



Universidad Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**“RELACIÓN ENTRE LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO DURANTE LA
GESTACIÓN Y LAS COMPLICACIONES MATERNAS Y PERINATALES EN
PUÉRPERAS DE 20 A 35 AÑOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL SAN JUAN
DE LURIGANCHO EN EL PERIODO DE FEBRERO A MARZO DEL 2018”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Presentado por:

Bachiller:

HUALLPA BAEZ, JENNIFER YESENIA

URRUTIA COTRINA, ALMA ROSA

LIMA – PERÚ

2018

Dedicatoria

A mis padres por la oportunidad, la confianza que me brindaron y por ser mi fortaleza para poder culminar mis estudios. Por su amor, esfuerzo, sacrificio y su ejemplo de perseverancia para cumplir esta meta.

Y a mi familia que siempre me apoyo en todo este camino.

Urrutia Cotrina Alma R.

Agradecimiento

Primero a Dios por la vida, por guiarnos en nuestro camino y la oportunidad de llegar hasta donde estamos.

A nuestros padres que son nuestro principal motivo para seguir adelante, por ser ejemplos de lucha y constancia, por todo su apoyo incondicional y su amor.

A mis profesores por sus conocimientos que nos permitieron desarrollar esta tesis y a nuestros amigos por su apoyo y buenos deseos.

Y un agradecimiento especial a nuestra asesora Mag. Ana Alcántara Chávez.

ASESORA

Mag. Ana Alcántara Chávez

JURADOS

PRESIDENTE

Dra. Sabrina Ynés Morales Alvarado

SECRETARIO

Mag. Katty Leticia Salcedo Suárez

VOCAL

Mag. Nelly Barrantes Cruz

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	11
1. CAPITULO I: EL PROBLEMA	
1.1. Planteamiento del problema	13
1.2. Formulación del problema	15
1.3. Justificación	15
1.4. Objetivos	17
1.4.1. Objetivo general	17
1.4.2. Objetivos Específicos	17
2. CAPITULO II: MARCO TEORICO	
2.1. Antecedentes	18
2.2. Base teórica	22
2.3. Terminología básica	41
2.4. Hipótesis	41
2.5. Variables e Indicadores	42
2.6. Definición operacional de términos	43
3. CAPÍTULO III: DISEÑO MÉTODOLÓGICO	
3.1. Tipo de Investigación	46
3.2. Población y muestra	46
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	47
3.4. Procesamiento de datos y análisis estadístico	48
3.5. Aspectos éticos	49
4. CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION	
4.1. Resultados	50
4.2. Discusión	65
5. CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones	70
5.2. Recomendaciones	72

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	74
--------------------------------------	-----------

ANEXOS

Anexo 1. Formato de encuesta	81
Anexo 2. Ficha de tamizaje de violencia basada en género	83
Anexo 3. Consentimiento Informado	84
Anexo 4. Juicio de expertos	86
Anexo 5. Constancia de aprobación (HSJL)	92

ÍNDICE DE TABLAS

TABLAS	Pág.
Tabla 01 Características sociodemográficas de las puérperas que se encontraron en el servicio de puerperio en el período de febrero a marzo del 2018.	50
Tabla 02 Características obstétricas de las puérperas que se encontraron en el servicio de puerperio en el período de febrero a marzo del 2018.	53
Tabla 03 Número de casos de violencia basada en género en el embarazo en el período de febrero a marzo del 2018.	55
Tabla 04 Tipos de violencia basada en género en el embarazo en puérperas que se encontraron en el servicio de puerperio en el período de febrero a marzo del 2018.	56
Tabla 05.1 Complicaciones maternas en puérperas que se encontraron en el servicio de puerperio en el período de febrero a marzo del 2018.	57
Tabla 05.2 Complicaciones perinatales en recién nacidos en el período de febrero a marzo del 2018.	59
Tabla 06.1 Relación entre los tipos de violencia durante la gestación y las complicaciones maternas.	61
Tabla 06.2 Relación entre los tipos de violencia durante la gestación y las complicaciones perinatales.	63

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICOS	Pág.
Gráfico 01 Número de casos de violencia basada en género en el embarazo en el período de febrero a marzo del 2018.	55
Gráfico 02 Tipos de violencia basada en género en el embarazo en puérperas que se encontraron en el servicio de puerperio en el período de febrero a marzo del 2018.	56
Gráfico 03 Complicaciones maternas en puérperas que se encontraron en el servicio de puerperio en el período de febrero a marzo del 2018.	58
Gráfico 04 Complicaciones perinatales en recién nacidos en el período de febrero a marzo del 2018.	60

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre la violencia basada en género durante la gestación y las complicaciones maternas y perinatales en puérperas de 20 a 35 años que acuden al hospital San Juan de Lurigancho en el periodo de febrero a marzo del 2018.

Materiales y Método: Estudio cuantitativo, prospectivo y de diseño observacional, correlacional y de corte transversal, la muestra fue de 325 puérperas.

Resultados: Edad promedio de 27.4 años, de grado de instrucción secundaria completa, de estado civil conviviente, con ocupación su casa y procedentes de provincia o regiones. Las características obstétricas de las puérperas del estudio corresponden a número de controles prenatales de 6 a más y el número de gestaciones e hijos fueron 2. De acuerdo al tipo de violencia basada en género en el embarazo en las puérperas, el 24% violencia física, el 66.8% violencia psicológica y el 3.7% violencia sexual. Las principales complicaciones maternas en las puérperas fueron: infección del tracto urinario (43.8%), anemia (9.2%), hemorragia del I trimestre (8.8%) y depresión (7.4%). Las principales complicaciones perinatales en los recién nacidos fueron: bajo peso al nacer (28.6%), pequeño para edad gestacional (6.9%), depresión neonatal o asfixia (4.6%) y prematuridad (4.1%). La violencia de género en el embarazo se presentó en el 66.8% de las puérperas encuestadas. Hubo una relación significativa entre la violencia física ($p=0.000$), psicológica ($p=0.000$) y sexual ($p=0.014$) y las complicaciones maternas. También se obtuvo que la violencia física ($p=0.000$) y psicológica ($p=0.009$) se relaciona significativamente con la presencia de complicaciones perinatales.

Conclusión: Existe relación significativa entre la violencia basada en género durante la gestación y las complicaciones maternas tales como infección del tracto urinario, anemia y hemorragia de la primera mitad del embarazo y las complicaciones perinatales tales como bajo peso al nacer, pequeño para edad gestacional y depresión neonatal o asfixia en recién nacidos; en puérperas de 20 a 35 años que acudieron al hospital San Juan de Lurigancho en el período de febrero a marzo del 2018.

Palabras Clave: Violencia basada en género, complicaciones maternas, complicaciones perinatales, embarazo.

SUMMARY

Objective: To determine the relationship between gender-based violence during pregnancy and maternal and perinatal complications in puerperal women aged 20 to 35 who attend the San Juan de Lurigancho hospital from February to March 2018.

Materials and Methods: Quantitative, prospective and observational design, correlational and cross-sectional study, the sample was 325 puerperal women.

Results: Average age of 27.4 years, of complete secondary education degree, of cohabiting civil status, with occupation at home and coming from province or regions. The obstetric characteristics of the puerperal women of the study correspond to the number of prenatal controls of 6 to more and the number of pregnancies and children were 2. According to the type of gender-based violence in pregnancy in the puerperal women, 24% physical violence, 66.8% psychological violence and 3.7% sexual violence. The main maternal complications in the puerperal women were: urinary tract infection (43.8%), anemia (9.2%), first trimester hemorrhage (8.8%) and depression (7.4%). The main perinatal complications in the newborns were: low birth weight (28.6%), small for gestational age (6.9%), neonatal depression or asphyxia (4.6%) and prematurity (4.1%). Gender violence in pregnancy occurred in 66.8% of postpartum women surveyed. There was a significant relationship between physical ($p = 0.000$), psychological ($p = 0.000$) and sexual violence ($p = 0.014$) and maternal complications. It was also obtained that physical ($p = 0.000$) and psychological ($p = 0.009$) violence are significantly related to the presence of perinatal complications.

Conclusion: There is a significant relationship between gender-based violence during pregnancy and maternal complications such as urinary tract infection, anemia and hemorrhage of the first half of pregnancy and perinatal complications such as low birth weight, small for gestational age and neonatal depression or asphyxia in newborns; in puerperal women from 20 to 35 years old who attended the San Juan de Lurigancho hospital in the period from February to March 2018.

Keywords: Violence based on gender, maternal complications, perinatal complications, pregnancy.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1996, reconoce a la violencia contra la mujer como un problema de salud mundial, solicitando a cada miembro de estado a evaluar la problemática y realizar esfuerzos en todos los países del mundo para ponerlo en manifiesto ⁽²⁾.

La violencia basada en género (VBG), o la violencia contra las mujeres forma parte de un problema social y de derechos humanos que influye de manera importante en el desarrollo integral de la mujer. La violencia basada en género afecta a la tercera parte de las mujeres en el mundo. Sus consecuencias en el Perú son catastróficas llegando a ser uno de los problemas más graves en América Latina y el Caribe ocasionado el rompimiento de la libertad y los derechos ⁽¹⁾.

Diversos autores que han explicado sobre este tema concuerdan que la violencia es un problema que se va incrementando cada día en diferentes edades. Este no ha sido un problema en la sociedad actual, sino que a través del tiempo se encuentra en todos los países, ya que no discrimina la edad, clase social, raza ni religión. Se establece como una costumbre, manteniéndose de generación en generación en la educación de los hijos y lo replican cuando son padres ⁽⁶⁶⁾.

Las Naciones Unidas definen la violencia contra las mujeres como “cualquier acto de agresión basada en el género que causa el daño físico, sexual o mental que genera sufrimiento a las mujeres, incluyendo la intimidación, coacción o la privación de la libertad, los cuales pueden ocurrir en público o en la vida privada” ⁽³⁾.

La OMS realizó un primer estudio en el año 2005, sobre el bienestar de la mujer y la violencia doméstica, donde se realizó en 10 países, y se observó violencia entre las edades de 15 a 49 años y se obtuvo como resultado que el 15% de mujeres japonesas, el 71% de mujeres de Etiopia y 69% de mujeres de Perú que habitaban en zonas rurales mencionaron haber sufrido violencia física o sexual a lo largo de su vida por su pareja.

La violencia en la gestación es la etapa más importante y vulnerable de una mujer, ya que no la protege contra la violencia, más bien, se establece una etapa crítica dado que existen resultados adversos tanto para la madre como para el bebé e incrementa la morbilidad y conforma lo que se conoce como un abuso prenatal ⁽¹⁶⁾.

La VBG durante la gestación es un patrón de coacción, que comprende tres tipos de violencia que son la violencia física, psicológica y sexual o la combinación de ellas y

amenazas contra la mujer, por su pareja o ex pareja, antes, durante, después y hasta un año después del nacimiento del niño. Este problema ocurre a nivel mundial entre el 1% y el 70% y esto se da con mayor frecuencia en países en vías de desarrollo donde la mujer embarazada puede ser violentada físicamente en 32% de los casos, violencia sexual 13% y violencia psicológica en un 6.7% ⁽⁵⁾.

La violencia basada en género durante la gestación tiene repercusiones físicas y mentales sobre la salud provocando un mayor riesgo de muerte materna, suicidios, depresión, abuso de alcohol, lesiones, infecciones de transmisión sexual, trastornos ginecológicos, embarazos no deseados, abortos espontáneos, partos pretérminos. En el infante, hay mayor riesgo de nacer con bajo peso, riesgo de morir en el primer año de vida y desnutrición ⁽⁶⁾.

En el estudio de la OMS realizado el 2005, acerca de la violencia doméstica contra la mujer durante la gestación en distintas regiones a nivel mundial, se encontró que en Perú las personas que habitaban en la zona rural, presentaron que el 28% de mujeres alguna vez habían sufrido violencia física en el embarazo durante al menos un embarazo, las mujeres que habitaban en la zona urbana presentaron un 15% de violencia psicológica, siendo la más frecuente ⁽¹⁶⁾.

La violencia física es el tipo de agresión que se da con mayor frecuencia durante la gestación y sus resultados son susceptibles. Dos a cinco millones de mujeres refieren haber sido agredidas físicamente anualmente. De ellas, aproximadamente son 335 000 mujeres que se encuentran en etapa de gestación, y el 50% de las mujeres sufrieron más de tres agresiones durante la gestación, asimismo de la violencia psicológica ⁽⁵⁾.

En el Perú, según la ENDES (2017) a nivel nacional, el 65.4% de las mujeres alguna vez unidas sufrieron algún tipo de violencia por parte del esposo o compañero, disminuyó 11.5 puntos porcentuales con relación al año 2009 (76.9%). Dentro de las formas de violencia, sobresale la violencia psicológica y/o verbal (61.5%), que se puede presentar mediante palabras, ofensas, calumnias, gritos, insultos, desprecios, burlas, ironías, situaciones donde no se maneja el control, humillaciones, amenazas y otras acciones para disminuir su autoestima; la violencia física (30.6%) mediante golpes, empujones, patadas, abofeteadas, entre otras y la violencia sexual (6.5%) mediante la presión hacia una persona a fin de que realice actos sexuales sin su consentimiento o la obliga a tener relaciones sexuales aunque ella no quería.

La violencia por parte de la pareja fue mayor en mujeres que habitan en el área urbana 65.8% y en aquellas mujeres con educación secundaria 68.8% ⁽⁹⁾.

Ante lo anteriormente mencionado se hace imprescindible realizar la siguiente investigación: “Relación entre la violencia basada en género durante la gestación y las complicaciones maternas y perinatales en puérperas de 20 a 35 años que acuden al hospital San Juan de Lurigancho en el período de febrero a marzo del 2018”.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre la violencia basada en género durante la gestación y las complicaciones maternas y perinatales en puérperas de 20 a 35 años que acuden al hospital San Juan de Lurigancho en el período de febrero a marzo del 2018?

1.3. Justificación

La violencia basada en género es uno de los problemas más alarmantes en la sociedad, ya que se presentan muchos sucesos de agresión hacia la mujer y la sociedad tiende a minimizar el problema ⁽¹⁰⁾.

La violencia basada en género durante la gestación abarca un patrón de presión y autoridad del hombre hacia la mujer gestante, que comprende la agresión física, psicológica o sexual por parte de su compañero sentimental o su ex pareja, antes, durante y hasta después un año del nacimiento de su bebé.

Estos tipos de agresión son más frecuentes en países en vías de desarrollo, de acuerdo con algunos autores la gestación incrementa la probabilidad de que las mujeres sean víctimas de violencia durante la gestación. La Encuesta Nacional sobre Violencia contra la Mujer en México, realizó un informe donde indica que la gestación no resguarda a las mujeres de la violencia, ya que un 48.6% de las mujeres señalaron que antes y durante el embarazo fueron maltratadas, y un 25.8% refirió que incluso empeoró. Un 4.4% de mujeres refirió haber sufrido violencia como pateada y golpes en el abdomen durante la gestación. El estudio realizado por Roberto Castro y Agustín Ruiz tuvo como objetivo determinar si el embarazo es un factor de riesgo o un factor de protección frente a la violencia, donde se presenció que la violencia no cambia antes y durante la gestación con un 32%, además se observó que el 24% de las mujeres sufrieron violencia antes de la gestación, pero el 27% de las mujeres refirieron que la violencia se inició en el embarazo. En cambio, en el estudio de Ku S se observó que el 67% de las gestantes presentaron violencia al inicio de esta etapa, presentándose moderadamente en un 68% y con una frecuencia de siempre en un 44% ⁽¹⁶⁾.

La violencia en la gestación por parte de la pareja es un gran problema de salud pública en nuestra sociedad, la violencia se puede manifestar durante la gestación o mantenerse si ha sucedido antes, la violencia puede traer repercusiones en el bebé,

de forma directa por medio de los golpes, o indirectas en el bebé debido a los resultados que puede traer a la madre como consecuencia de la agresión física y el estrés causado por el maltrato ⁽²³⁾.

Las mujeres que son víctimas de violencia basada en género durante la gestación poseen tres veces más probabilidades de presentar repercusiones durante el parto y posparto a diferencia de las mujeres que no presentaron agresión, así mismo tienen cuatro veces más probabilidades de que los bebés presenten bajo peso al nacer. El resultado de la violencia en la gestación puede traer complicaciones, tanto para la madre como para el bebé. Tales como la agresión física o sexual, que conlleven a traumas abdominales de acuerdo con la edad gestacional, implicando la pérdida del feto, o el adelanto del parto obteniendo un bebe prematuro o de bajo peso al nacer ⁽¹¹⁾.

Varios estudios demuestran que las mujeres violentadas en la gestación son más propensas a manifestar cuadros de estrés, infecciones, anemia, abortos espontáneos, amenaza de partos pretérminos, parto prematuro, recién nacidos con insuficiencia ponderal, distrés fetal o muerte fetal ⁽¹⁶⁾.

Las mujeres que fueron agredidas por sus parejas presentan una mayor posibilidad de volver a sufrir violencia en los siguientes meses, a diferencia de las mujeres que son agredidos por desconocidos ⁽¹²⁾.

Se debe tomar decisiones importantes en nuestra vida como la de elegir con quien formamos pareja, decidir cuando y cuantos hijos desea tener y como gozar de su sexualidad en la etapa reproductiva y post reproductiva. De otra manera se debe brindar la información y educación adecuada a la población para que sepa identificar el problema y sea capaz de pedir ayuda oportuna ante las instancias civiles y jurídicas, a la vez sensibilizar, informar y capacitar al personal de Salud para la atención de la violencia y así brindar una atención integral, oportuna, de calidad y de calidez ⁽¹³⁾.

Por esta razón es vital que se realicen investigaciones que permitan declarar que la violencia física, psicológica y sexual durante la gestación tiene relación con las complicaciones maternas y perinatales, poniendo en peligro la salud, y la vida de la madre como la del bebé.

La presente investigación nos ayudará a reafirmar y a avalar los resultados encontrados en varios estudios, y así poder colaborar al reconocimiento de la violencia familiar. Ya que, en nuestro país, y en otros países de América latina el reconocimiento de la violencia durante la gestación no se ve con frecuencia durante las atenciones prenatales. Se debe reconocer a la violencia durante la gestación como

un problema de salud, cumpliendo con su identificación oportuna y así prevenir el incremento de las tasas de mortalidad materna y perinatal en nuestro país.

Para nosotros como obstetras es fundamental conocer este tema y lograr una mayor sensibilización en la salud de la mujer, siendo la gestación una etapa importante para sus vidas, y como profesionales de la salud estamos involucrados en la salud materna perinatal, teniendo un rol importante de prevenir las complicaciones y la violencia basada en género durante la gestación mediante la detección temprana, a fin de brindar a la madre una atención integral en cualquier etapa de su vida, y de obtener un producto sano. De esta forma se contribuirá a la realización de acciones destinadas a la promoción y la prevención de la violencia que se encuentra implícito en nuestro país y que cada día está aumentando.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar la relación entre la violencia basada en género durante la gestación y las complicaciones maternas y perinatales en puérperas de 20 a 35 años que acuden al hospital San Juan de Lurigancho en el período de febrero a marzo del 2018.

1.4.2. Objetivos Específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de la población de estudio.
2. Describir las características obstétricas de la población de estudio.
3. Determinar el número de casos de violencia basada en género durante la gestación.
4. Identificar los tipos de violencia basada en género durante la gestación.
5. Determinar las complicaciones maternas y perinatales de la población a estudiar.
6. Establecer la relación entre los tipos de violencia basada en género durante la gestación con las complicaciones maternas y perinatales.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

A nivel nacional encontramos las siguientes investigaciones:

Coloma, G ⁽¹⁴⁾. En su investigación “Prevalencia y factores asociados a la violencia en mujeres gestantes, que acuden al Puesto de Salud del Distrito de Marcavelica provincia de Sullana durante el período 2012-2015”, presento como objetivo determinar cuál es la prevalencia y factores asociados a la violencia en mujeres gestantes que acuden al Puesto de Salud del Distrito de Marcavelica de la provincia de Sullana, durante el Periodo 2012-2015. Fue un estudio cuantitativo. Su muestra fue de 97 gestantes que acudan al servicio del Centro de Salud de Marcavelica Provincia de Sullana datos estadísticos del MINSA. Los resultados mostraron que las 97 mujeres gestantes que fueron encuestadas tuvieron una prevalencia de violencia de 14.4%, donde el 25% fueron gestantes adolescentes, 33.3% viudas, 26.3% analfabetas y tuvieron ocupación dependiente con 25%. Entre los tipos de violencia, prevaleció la psicológica con 100%, la violencia física con 92.9% y la violencia sexual 64.3%. Se concluyo que la prevalencia de violencia durante la gestación fue de 14% y el 14.4% de las mujeres gestantes sufrieron violencia.

Gracián, N ⁽¹⁵⁾. En su investigación “Violencia de género como factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal febrero 2016”, tuvo como objetivo determinar si la violencia de género es un factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el mes de febrero 2016. Fue un estudio analítico, prospectivo de corte transversal. Su muestra fueron 170 gestantes las cuales se clasificaron en grupo de estudio (85 gestantes con amenaza de parto pretérmino) y grupo comparativo (85 gestantes sin amenaza de parto pretérmino). Los resultados mostraron La edad media de las gestantes con y sin amenaza de parto pretérmino (APP) fue similar 28,4 años y 27,6 años respectivamente. En ambos grupos, la mayoría tenía grado de instrucción secundaria, eran convivientes y ama de casa. Respecto a las características obstétricas, las gestantes con APP presentaron menos frecuencia de embarazo planeado (29,4 vs 42,4%) y control prenatal adecuado (72,9 vs 90,6%) Las principales formas de violencia psicológica fueron gritos y humillaciones, de violencia física fueron empujones y jalones mientras que en lo relacionado a la violencia sexual se identificó acoso sexual y abuso sexual. En los tres componentes de la violencia de género el principal agresor fue la pareja. El autor concluyó que la violencia de género, en sus tres formas, violencia psicológica, física y

sexual son factores de riesgo para amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el mes de febrero 2016.

Andrade, E ⁽¹⁶⁾. En su investigación “Violencia de género durante la gestación y su relación con los resultados maternos en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, junio 2016”, presento el objetivo de determinar la relación entre la violencia de género durante la gestación y los resultados maternos en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en junio del 2016. Se realizó un estudio de tipo observacional, correlacional, prospectivo y de corte transversal, tuvo como muestra a 245 puérperas. Se obtuvo como resultado que el 26% de puérperas refirió presentar algún tipo de violencia. Entre los tipos de violencia, el 22.4% presento violencia psicológica, el 5.7% violencia física y el 6.9% violencia sexual. De los resultados maternos tuvo mayor prevalencia la cesárea con 50.8% y anemia con 50.8%. Se presento una relación muy significativa entre la violencia de género y los resultados maternos como la anemia con $p=0.002$ y la preeclampsia $p=0.002$. Se concluyo que si existe una relación significativa entre la violencia de género durante la gestación y los resultados maternos en las puérperas que fueron atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en junio del 2016.

Morales, J ⁽¹⁷⁾. En su investigación “Violencia doméstica de la pareja y su relación con la preeclampsia en gestantes atendidas en el hospital San Juan de Lurigancho. Enero – Julio, 2015”, tuvo como objetivo determinar la relación entre la violencia doméstica de la pareja y la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho enero – julio, 2015. Fue un estudio retrospectivo, analítico de casos y controles en 80 gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho durante el periodo enero – julio, 2015. Con la finalidad de evaluar la presencia o ausencia de violencia doméstica de la pareja durante el embarazo. Los resultados mostraron el promedio de edad de las gestantes preeclámplicas (casos) fue 27.83 y 27.35 para las gestantes normotensas (controles). En ambos grupos tuvieron educación secundaria completa, eran convivientes y ama de casa. El 62.5% de los casos tienen una procedencia de nacimiento de la costa y el 40% de los controles procede de la sierra. La probabilidad de tener Preeclampsia cuando se presenta violencia física es más de dos veces y casi tres veces más cuando se presenta la violencia sexual. El autor concluyo que la violencia doméstica física y sexual de la pareja incrementa el riesgo de sufrir preeclampsia. En general, la violencia doméstica de la pareja constituye un factor de riesgo para desarrollar preeclampsia en las gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho en el periodo enero – julio 2015, aunque estos resultados no fueron estadísticamente significativos.

Padilla, B ⁽¹⁸⁾. En su investigación “Violencia intrafamiliar durante el embarazo y su asociación con el número de atenciones prenatales en pacientes del Instituto Nacional Materno Perinatal, febrero – marzo 2016”, tuvo como objetivo determinar la asociación entre la violencia intrafamiliar durante el embarazo y el número de atenciones prenatales en pacientes del Instituto Nacional Materno Perinatal durante febrero-marzo del 2016. Fue un estudio analítico de casos y controles, prospectivo y transversal, cuya muestra estuvo conformada por 144 puérperas atendidas en el servicio E del Instituto Nacional Materno Perinatal; se les aplicó un formulario de recolección de datos y un cuestionario de detección de violencia intrafamiliar durante el embarazo. Los resultados mostraron presencia de violencia intrafamiliar en el 60% de las gestantes y en el 40% no se manifestó violencia. La violencia intrafamiliar estuvo presente en el grupo de casos en las puérperas con menos de 6 atenciones prenatales en un 83.3% y en el grupo de controles en las puérperas con 6 atenciones prenatales a más en un 37.5%, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$), es decir, existe asociación entre la violencia intrafamiliar y el número de atenciones prenatales. Asimismo, se observó que la violencia física ($p=0.001$; $OR=4.2$), la psicológica ($p<0.001$, $OR=11.56$) y la sexual ($p=0.002$, $OR=12.8$) durante el embarazo se asocian con menos de 6 atenciones prenatales. El autor concluyó que la violencia intrafamiliar durante el embarazo se asocia significativamente con el número de atenciones prenatales ($p<0.001$), existiendo 8 veces más probabilidades de que las pacientes con violencia intrafamiliar asistan a menos de 6 atenciones prenatales en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante febrero a marzo del 2016.

A nivel Internacional encontramos las siguientes investigaciones:

Tenezaca, A ⁽¹⁹⁾. En su investigación “Violencia intrafamiliar como factor de riesgo para la gestante y su hijo o hija”, tuvo como objetivo asociar la exposición a la violencia Intrafamiliar durante el embarazo, con las complicaciones obstétricas y perinatales. Se realizó un estudio de casos y controles. Contando con una población de 116 puérperas y sus bebés. Los resultados mostraron la prevalencia de violencia intrafamiliar fue de 19.86%. La violencia psicológica fue la que prevaleció con un 52%. Se observó que las mujeres que sufren violencia tienen 2,77 veces mayor probabilidad de presentar complicaciones obstétricas, y además la muerte perinatal tiene relación estadística con la violencia de la madre. El autor concluyó que las mujeres víctimas de violencia sufrieron violencia psicológica, en forma de insultos, malos tratos y sentir temor especialmente por su pareja y entre las complicaciones obstétricas más frecuentes fueron infección de vías urinarias, infección vaginal, sangrado vaginal y preeclampsia. Las complicaciones perinatales encontradas fueron bajo peso al nacer, muerte perinatal y prematuridad.

Pacheco, D. Azcedo, F. Stefanelo, J. Spanó, A. y Santos, J ⁽²⁰⁾. En su investigación “Violencia del compañero íntimo contra las mujeres embarazadas: Estudio sobre el impacto en los resultados obstétricos y neonatales”, presento como objetivo identificar la prevalencia de violencia de pareja en mujeres embarazadas y clasificarlos según el tipo y la frecuencia. Fue un estudio observacional, descriptivo y analítico realizado en una maternidad pública de bajo riesgo y un hospital universitario. Se calculó una muestra de probabilidad sistemática basada en una población finita de 1,600 mujeres embarazadas bajo cuidado durante el período de recopilación de datos de mayo a diciembre de 2012. Los resultados mostraron que entre los participantes, 15.5% sufrieron violencia del compañero íntimo durante el embarazo, de los cuales resalto más la violencia psicológica con un 14.7%. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la VCI y las repercusiones obstétricas y neonatales. El autor concluyo que de los participantes del estudio no hubo repercusiones obstétricas y neonatales negativas relacionadas con la VCI durante el embarazo.

Estefó, S. Mendoza, S. y Sáez, K ⁽²¹⁾. En su investigación “Violencia física en el embarazo: realidad en el extremo sur de Chile”, tuvo como objetivo describir el perfil de las mujeres adscritas al Programa de Violencia, Punta Arenas, Chile, y que han presentado violencia física durante el embarazo. Fue un estudio de abordaje cuantitativo, con diseño descriptivo y retrospectivo. Se entrevistó a 59 mujeres, utilizando el Instrumento de la OMS sobre la violencia contra las mujeres. Los resultados mostraron la prevalencia de violencia durante el embarazo fue 28,8%. En su mayoría el agresor fue la pareja y el 52,9% declaró que los golpes o patadas fueron en el abdomen. El 100% presento violencia psicológica, física leve y grave y 70,6% violencia sexual. El 35,5% completó la enseñanza media, de religión católica, trabajan fuera del hogar, convivían, tenían tres o más hijos y con estrato socioeconómico medio y medio bajo. Los factores que se relacionaron con la presencia de violencia física en el embarazo fueron el nivel educacional de la pareja ($p=0,047$), condición laboral de la mujer ($p=0,018$) y antecedentes de peleas físicas en la pareja con otros hombres ($p=0,046$). El autor concluyo que los hallazgos obtenidos permiten identificar precozmente a las embarazadas con mayor riesgo de violencia, y permiten ofrecer una intervención oportuna, minimizando las graves consecuencias que tiene para la mujer y los hijos.

Jiménez, J ⁽²²⁾. En su investigación “Violencia en embarazadas y efectos materno-perinatales en usuarias del servicio de ginecología del Hospital Isidro Ayora de Loja 2014”, presento como objetivo determinar la incidencia de violencia en embarazadas y sus efectos materno– perinatales realizado en usuarias del Servicio de Ginecología del

Hospital Isidro Ayora de Loja. Fue un estudio cuantitativo, prospectivo, de corte transversal, con una muestra total de 100 usuarias que se encontraban en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja. Los resultados mostraron que de 100 usuarias el 66% fueron víctimas de violencia psicológica, el 32% ha sido víctima de violencia física, donde el 45% de casos el victimario fue su pareja. Como complicación materna se presentó depresión en el 29% y amenaza de parto prematuro en un 23%. Las complicaciones neonatales fueron peso bajo para la edad 33% y el 17% de recién nacidos pretérmino. El autor concluyó que los datos obtenidos en nuestra investigación, las mujeres por su condición de embarazo son más vulnerables a presentar alteraciones emocionales producto de la violencia de género, debido a que la violencia ejercida sobre ellas es más peligrosa que en una mujer que no está embarazada, cuando la violencia se da en el embarazo se pone en riesgo la vida del bebe y de la madre.

Velasco, M ⁽²³⁾. En su investigación “Violencia de pareja durante el embarazo en mujeres que dan a luz en hospitales públicos de Andalucía”, tuvo como objetivo determinar la prevalencia y tipo de género que sufren las mujeres durante el embarazo, y las variables asociadas a la misma, en las mujeres que dan a luz en los hospitales públicos de Andalucía. Se realizó un estudio cuantitativo, transversal, observacional, descriptivo y observacional analítico de cohorte para observar las dimensiones de la violencia. Tuvo una población de 750 mujeres que fueron divididas por hospitales en muestra de 50 mujeres por cada hospital, se hizo un total de 15 hospitales. Los resultados mostraron que de las 779 mujeres entrevistadas. La edad media de las mujeres fue de 29.9 años y el 62.7% tenía entre 25 y 34 años de edad, la ocupación que tuvo mayor prevalencia fue de ama de casa con un 21.9% y el 64.3% estaban casadas. Por otra parte, las mujeres de 20 a 24 años, de 30 años a más y las de más de 12 años presentaron una tasa de prevalencia de infección del tracto urinario menos que las otras. En este estudio, el 7,1% de los recién nacidos tenía que pesar menos de 2500 gramos, el 26.9% tuvo que ser resucitado y el 69.1% recibió contacto piel a piel dentro de los 30 minutos posteriores al nacimiento. El autor concluyó que las mujeres que son solteras y convivientes son más propensas a ser víctimas de violencia durante la gestación como durante la edad adulta.

2.2. Base teórica

2.2.1. Definición de violencia basada en género

La violencia basada en género o violencia contra la mujer es todo acto de violencia basado en el género que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, psicológico o sexual para la mujer, así como las amenazas, chantajes o

privación de la libertad, esto se puede presentar en vida pública como en la vida privada ⁽²⁴⁾.

2.2.2. Tipos de violencia basada en género

a) Violencia física

Es el daño a la integridad de una mujer de manera física ⁽²⁵⁾. Esta violencia puede aumentar en frecuencia y seriedad al paso del tiempo, pudiendo provocar la muerte ⁽¹⁾.

Este tipo de violencia incluyen agresiones a partir de un empujón hasta lesiones severas con resultados temporales o que pueden llegar hasta la muerte misma. Entre las formas de agresiones físicas constan en forcejeos, empujones, bofetadas, tracción de cabellos, intentos de estrangulación, torceduras de brazo, golpes de puño, punta pies, golpes con objetos, quemaduras, agresión con armas de fuego o punzocortantes hasta el homicidio ⁽¹⁰⁾.

b) Violencia psicológica

Es el padecimiento o alteración de algunas funciones mentales o capacidades de una persona producida por un hecho de violencia ⁽²⁵⁾.

En este tipo violencia suelen usar las palabras, miradas y los gestos. Son maltratos que implican la manipulación de la víctima que se siente indefensa, dominada por el agresor ⁽¹⁾.

d) Violencia sexual

Son acciones de naturaleza sexual que se hacen contra una persona sin su consentimiento o bajo presión ⁽²⁵⁾.

Se presentan al pretender tener relaciones sexuales sin consentimiento, sin protección o realice actos sexuales forzados incluyendo la penetración oral y anal ⁽¹⁾.

2.2.3. Ciclo de la violencia

Este ciclo hace efecto si la mujer sufre agresión y consiste de tres fases en la conducta característica de la pareja. Cuando se inicia una relación es difícil observar la violencia. La mujer y el hombre muestran su mejor aspecto. Si sucede algún hecho de violencia hay muchas probabilidades de que la pareja termine su relación.

Fase 1: acumulación de tensión

Esta fase se da cuando se producen episodios que van aumentando en magnitud y oposición. Se caracterizan por agresiones verbales entre los miembros de la pareja y por el control exagerado del otro. La agresión puede acompañarse de golpes menores.

a) Comportamiento de la mujer

1. Presenta un comportamiento manejable; minimiza las primeras muestras de violencia.
2. Intenta controlar situaciones que puedan provocar violencia.
3. Se considera culpable.
4. Se abrume, se aleja y no busca apoyo.
5. Justifica el suceso, minimizando lo ocurrido.

b) Comportamiento del hombre

1. Considera que lo hace por su bien para educarla.
2. El sometimiento de la mujer intensifica el control del hombre.
3. Aumenta su posición prepotente y controlador.
4. Demuestra su violencia primordialmente en su hogar.
5. Solamente corrige la violencia en una situación extrema.

Fase 2: episodio de agresión aguda o concreción de la violencia

Se caracteriza por la descarga incontrolada de presión que se acumula y se rompe en circunstancias que pueden llegar a ser severas, a partir de empujones hasta homicidios o suicidios.

a) Comportamiento de la mujer

1. Tiende a aislarse más que la anterior etapa, ya que las agresiones son visibles y las intenta ocultar.
2. Siente miedo y se deprime, lo que debilita sus fuerzas para defenderse.
3. Reacciona algunas veces y busca apoyo.
4. A veces abandona su hogar, si no tiene hijos.
5. Permite conductas monstruosas por miedo, aún sexualmente.

b) Comportamiento del hombre

1. Piensa que puede agredirla.
2. Quiere controlar excesivamente a su pareja.
3. Tiende a ser celoso y posesivo.
4. Destroza las cosas que son valiosas para su pareja.
5. No es consciente del daño que produce.
6. Se descontrola fácilmente.

Fase 3: Episodio luna de miel

En esta fase el hombre se arrepiente y llega a la etapa donde seduce y promete a la mujer que jamás volverá a pasar. Los hombres violentos proponen formalizar su relación en esta fase.

a) Comportamiento de la mujer

- a) Siente ánimos y hace preguntas.
- b) Tiene confianza de que no volverá a ser agredida.
- c) Piensa y se aferra a que él ha cambiado.
- d) Piensa que aun tiene responsabilidad de que haya sucedido.
- e) Empieza a desconfiar sobre las decisiones que tomo. Si dejo su hogar hay posibilidades de que vuelva.
- f) Si realizo acciones legales y policiales, puede retirarlas.
- g) Puede abandonar tratamientos psicológicos y grupo de autoayuda si los ha iniciado.

b) Comportamiento del hombre

- 1. Tiende a ser interesado, conquistador y protector.
- 2. Puede dar regalos y hacer promesas.
- 3. Se arrepiente y pide se disculpa.
- 4. Siente que no volverá a violentar a su pareja.
- 5. Pide ayuda.
- 6. Posiblemente abandone, si empezó un tratamiento ⁽²⁷⁾.

2.2.4. Detección de las personas afectadas por la violencia basada en género

Para determinar a las personas que fueron víctimas de violencia basada en género, se hizo el siguiente procedimiento:

Pautas para realizar la detección de la violencia basada en género:

- a) El personal de triaje, estuvo preparado y en alerta a la presencia de los signos de VBG, en las personas que solicitaron atención, y orientación al consultorio en el cual pudo recibir atención adecuada y oportuna.
- b) Las historias clínicas incluyeron las preguntas de detección como procedimiento de rutina de todas las pacientes nuevas y continuadoras.
- c) El personal de salud de los consultorios realizo las siguientes acciones:

- Garantizar un buen dialogo con el usuario y especialmente con las personas que proceden de comunidades étnico culturales.
- Saludar con respeto y llamar al usuario por su nombre.
- Indicar el nombre, cargo y función dentro del establecimiento de salud.
- Garantizar la privacidad y la intimidad del usuario.
- Brindar respeto y escuchar.
- Preguntar en relación a la familiar y sociodemográficos.
- Dejar que el usuario se exprese sin interrupciones y evitar críticas.
- Consultar el motivo de la consulta.
- No juzgar, criticar y desautorizar al usuario.
- Escuchar atentamente sin realizar gestos, ni juicios sobre lo que exprese el usuario.
- Ser empáticos y preguntar cómo le afecta el problema o necesidad.
- Usar un lenguaje no verbal amable y cordial.
- Brindar apoyo e interés para resolver el problema o necesidad.
- Si el usuario no manifiesta voluntariamente un hecho de violencia, realizar el Cuestionario de detección previniendo la rudeza y avanzar en tema ⁽¹⁾.

Detección de signos y síntomas de la violencia basada en género

Castañeda M. citó los signos y síntomas respecto a los tipos de violencia basada en género:

a) Violencia física

- Hematomas.
- Eritemas.
- Contusiones.
- Golpes leves y graves ⁽²⁸⁾.
- Cicatrices, quemaduras, fracturas.
- Lesiones notificadas como accidentales.
- Retraso entre la ocurrencia de la lesión y la fecha de la consulta.
- Marca de mordeduras de adulto.
- Lesiones en la vulva, perineo, recto o infecciones urinarias-
- Lesiones durante el embarazo sobre todo en mamas y abdomen.
- Laceraciones inexplicables en boca, mejilla, ojos.

- Quejas crónicas sin causa física: cefalea, trastornos del sueño y trastornos gastro intestinales.
- Dolores crónicos sin motivos claros.
- Dolor pélvico crónico.
- Asma.
- Disfunciones sexuales (anorgasmia, vaginismo, dispareunia).
- Uso frecuente del servicio de emergencia.
- Heridas abiertas por armas de fuego, objetos contundentes o armas punzocortantes.
- Dolor al miccionar.
- Consulta reiterada por sospecha presencia de ITS ⁽¹⁾.

b) Violencia psicológica

- Presenta baja autoestima.
- Desaliento.
- Angustia e incertidumbre.
- Depresión.
- Alejamiento y retraimiento.
- Trata de suicidarse.
- Tensión.
- Ansiedad y bulimia.
- Fatiga.
- No tiene ánimos.
- Dejader.
- Descuido.
- Desnutrición ⁽²⁸⁾.
- Siente mucha desconfianza por el personal que la atiende en el establecimiento de salud.
- Deseo exagerado por resaltar.
- Requiere demasiada atención.
- Presenta momentos de rudeza o pasividad.
- Uso de sedantes.
- Consumo de alcohol y drogas.
- Tristeza o angustia marcada ⁽¹⁾.

Conforme a la cita de Elgueta T. y Leiva P., la manera de mostrar si se sufre violencia psicológica es por medio de estas sintomatologías, se pueden agrupar en tres categorías:

a) Sintomatología física: problemas de sueño, no tiene ganas de comer, dolores de cabeza, úlcera, asma, cansancio, palpitaciones, adormecimiento, mareos, dolor permanente, poca atención.

b) Sintomatología emocional: decaimiento, indiferencia, ansiedad, autoagresión, desequilibrio emocional, se deja llevar por impulsos, intranquilidad, sentimientos de sumisión, se critica, baja autoestima, no se siente satisfecho.

c) Sintomatología psicosocial: alejarse, someterse a la autoridad de otro, no socializa, problemas para acostumbrarse, bajo interés en el trabajo ⁽²⁶⁾.

2.2.5. Violencia basada en género durante la gestación

La violencia basada en género durante la gestación es el tipo de violencia física, psicológica o sexual a una mujer gestante. La gestación es una etapa oportuna para detectar, intervenir y prevenir la violencia basada en género, debido a que asisten con frecuencia los servicios de salud. La violencia durante la gestación puede afectar a la madre y al bebé, es importante prevenir y detectar la violencia de género durante esta etapa ⁽²³⁾.

En Estados Unidos, se realizó un estudio cohorte de mujeres gestantes afroamericanas, hispanas y blancas, McFarlane donde se encontró una prevalencia de violencia en mujeres más jóvenes con un 20.6%. La excepción a estos datos está constituida por un grupo de mujeres embarazadas estudiadas por O'Campo et al., quienes mostraron un 65% de violencia física o verbal durante el embarazo ⁽²⁹⁾.

A nivel mundial se realizan constantemente estudios sobre la violencia de género que sufren las mujeres en la etapa gestacional y el parto. Estos estudios, fueron realizados por mujeres investigadoras, donde lo realizaron en los países industrializados como en los países en desarrollo. Según las investigaciones en países desarrollados, entre el 4% y un 8% de las mujeres embarazadas sufren violencia por parte de su pareja o ex pareja y en los países desarrollados, estudios realizados en EEUU y Canadá han ayudado a conocer la violencia e identificarla como un problema socio- sanitario con importantes consecuencias para la salud de la madre y del bebe. Sin embargo, todavía no está demostrado si la violencia aumenta al estar embarazada, o si el hecho de sufrir violencia aumenta el riesgo de embarazo. Aun no se ha demostrado cuáles serían los factores de riesgo para sufrir violencia o si existen, los factores protectores ⁽²³⁾.

El 5% de las mujeres dijeron que alguna vez habían estado embarazadas y que fueron víctimas de violencia física durante al menos un embarazo en 11 de los 15 entornos estudiados. Se registró una cifra baja en Japón (1%) y la más alta en el entorno provincial de Perú (28%). Entre el 25% y el 50% de las mujeres refirieron haber sufrido violencia física durante la gestación y haber recibido patadas y puñetazos en el abdomen. Las mujeres que alguna vez habían estado embarazadas refirieron que entre un 11% y el 44% habían sido víctimas de violencia durante el embarazo; y que más del 90% de las mujeres que fueron víctimas de violencia fue por parte del padre biológico del hijo, excepto en Japón donde la cifra se situó en 8%. En casi todos los casos, el padre biológico vivía con la mujer en el momento de maltrato ⁽³⁰⁾.

La OMS realizó un estudio en el año 2005 referente a la violencia doméstica física y psicológica contra la mujer gestante en distintas regiones del mundo, y se descubrió que la cifra más alta de violencia física durante la gestación fue en la zona rural del Perú con un 28%, seguida por la zona urbana, con un 15 %. En un estudio realizado en todo el país sobre violencia física y sexual contra las mujeres, casi 15 de cada 100 mujeres alguna vez embarazadas sufrieron de violencia física durante el embarazo. En Cusco se presentó de manera grave, donde el 27.6 % manifestaron haber sufrido ese tipo de agresión. En relación con el tipo de violencia recibida durante el embarazo, investigaciones realizadas en México y en el Perú demostraron que la violencia psicológica es más frecuente que la violencia física con un 42% y 32.4%, respectivamente. Un estudio realizado en el Perú demostró que el 97.9% de las mujeres que habían sido víctimas de violencia, fueron maltratadas por parte del padre biológico del hijo en gestación ⁽³¹⁾.

2.2.6. Manejo en la atención de la persona afectada

En los puestos de salud del primer nivel de atención, se designará a uno o más miembros del personal como "consejera o consejero" en situaciones de VBG a las personas usuarias.

- Según la dificultad del problema, el personal de los puestos de salud referirá los casos a un Centro de Salud, de acuerdo a los criterios de referencia (capacidad resolutive, accesibilidad y oportunidad).
- En los centros de salud y los hospitales, el proceso de identificación, atención, registro, referencia y seguimiento en materia de VBG es responsabilidad del personal de los servicios de psicología, psiquiatría o sus similares de salud mental o de ginecología, obstetricia o similares de salud sexual y reproductiva y al personal capacitado en procesos de consejería en VBG.

- Los casos de VBG deben atenderse como emergencia, por sus consecuencias físicas y psicológicas en la usuaria. La atención de la VBG es responsabilidad de todo el personal de salud y de prioridad del personal que atiende durante los fines de semana y en las guardias diurnas nocturnas, independientemente del perfil profesional. En caso de niños, niñas y adolescentes, la responsabilidad lo reciben los servicios del programa MAMIS, cuando lo hubiere, o en su ausencia al hospital de referencia más cercano.
- El personal responsable del establecimiento de salud debe cuidar y proteger la salud mental del personal involucrado en la atención de la VBG. Para ello promoverá la existencia de espacios de escucha, grupos de ayuda y otros, entre el personal asignado a su cargo.
- El personal de salud encargado de los procesos de atención debe respetar los siguientes aspectos esenciales:
 - a) Tener en cuenta sus propias emociones, creencias y actitudes sobre la VBG.
 - b) Debe mostrar bondad, conocer los derechos y mostrar una actitud de respeto hacia la persona usuaria.
 - c) Se debe estar capacitado e informado para brindar orientación acerca de las redes de apoyo y atención a la VBG en su comunidad.
 - d) Garantizar un espacio físico que proporcione privacidad y comodidad para las personas usuarias.
 - e) Se debe tener siempre a la mano y ser capacitado(a) en el manejo de los siguientes instrumentos: Guía de Atención Integral a las personas afectadas por la VBG, Protocolo de atención de la violencia sexual, Guías Nacionales de Atención de la Salud Sexual y Reproductiva, Ficha de Tamizaje de la VBG, Historia Clínica, Ficha de Referencia y Contrarreferencia.
 - f) Tener un listado actualizado de recursos institucionales y locales de atención a la VBG, considerando instituciones, direcciones, teléfonos, horarios, tipo de servicio que brindan, requisitos para la atención y nombres de las personas que atienden.
 - g) Se debe contar con material educativo o informativo (folletos, cartillas, trípticos, etc.).

- h) Realizar coordinaciones anticipado con los servicios Intra-institucionales y de otros sectores para establecer mecanismos de referencia y contra referencia.
- i) Conocer horarios de atención de los servicios de psicología, psiquiatría o sus similares de salud mental, de los servicios de ginecología, obstetricia o similares de salud sexual y reproductiva y del personal capacitado en procesos de consejería en VBG, que se brinden en su propio establecimiento de salud y en los establecimientos cercanos.

Pautas del proceso de atención

- a) Propiciar un diálogo con el usuario(a) que permita hacer saber que sus decisiones de la persona afectada serán consideradas por el personal de salud y que se respetará su autonomía.
- b) Se debe dar mensajes positivos, como; "Nosotros(as) nos preocupamos por su bienestar", "Usted no está sola (sólo), por eso buscamos apoyarla(o)", "La situación no es fácil y a veces toma tiempo resolverla, pero nosotros(as) podemos ayudarla(o).
- c) Brinde apoyo emocional y fortalecerá su autoestima.
- d) Evalúe el riesgo en el que se encuentra la persona y sus hijos e hijas si los tuviera. Identifique la necesidad de apoyo legal o psicológico. Realice consejería.
- e) Presente alternativas y un plan de emergencia para ella y sus hijos e hijas:
 - Pregunte al usuario(a) qué es lo que desea hacer.
 - Menciónele la necesidad de tener un lugar donde ir ella y sus hijos o hijas.
 - Dígale que intente conseguir dinero o ropa para situaciones de emergencia.
 - Proporcione información sobre centros o instituciones de apoyo a las víctimas de violencia.
 - reconozca a las personas que le puedan prestar ayuda, posibles salidas de su vivienda. preparación de un maletín, retiro de armas, preparación de los hijos, dejar constancia en la comisaría (si

abandona el hogar), información y referencia de albergues o casas refugio, evitar regresar mientras dure la crisis.

- f) Deje que la persona usuaria tome sus propias decisiones. Infórmele sobre el proceso de realización de una denuncia.
- g) Si es el caso de persona afectada por violencia sexual, siga de acuerdo a la atención a la persona afectada por violencia sexual.
- h) Previa a la administración de exámenes y evaluaciones se deberá contar con el consentimiento informado de la paciente. sobre la intervención a seguir.
- i) Anime a que regrese al servicio y establezca la interconsulta de ser necesaria.
- j) Si es necesario refiera a la paciente a los servicios que el caso lo requiera.
- k) Haga el seguimiento correspondiente del caso ⁽¹⁾.

2.2.7. Complicaciones maternas y perinatales de la violencia basada en género en el embarazo

Las complicaciones de la violencia durante la gestación, dependen del momento, el tipo de violencia, la frecuencia y el tiempo de exposición. Es posible encontrar complicaciones en la salud física, mental, conducta social y reproductiva de la madre y, también hallar complicaciones en el recién nacido ⁽⁵⁾.

En la sociedad es común la violencia doméstica durante la gestación, que las violaciones y otras formas de violencia sexual están incrementando en todo el mundo. El embarazo no es un factor de protección contra la violencia de género ⁽⁶²⁾.

2.2.7.1. Complicaciones maternas de la violencia basada en género durante la gestación

Cuando una gestante es víctima de violencia, puede llegar a tener complicaciones importantes en su salud.

- **Homicidio:** Cuando un ser humano mata a otro deliberada e intencionalmente ⁽³²⁾.
- **Suicidio:** Constituye la acción voluntaria de acabar con su propia vida ⁽³²⁾.

La evolución de la gestación en estos casos, pueden ser:

- **Anemia:** Es cuando el contenido de hemoglobina en la sangre está por debajo de los valores normales, los cuales varían con la edad, el sexo, el embarazo y la altitud ⁽³³⁾.
- **Infección uterina:** Es la infección y la inflamación resultante del tracto superior de los órganos reproductivos femeninos ⁽³⁴⁾.
- Sangrado vaginal
- **Rotura prematura de membranas:** Es la ruptura de las membranas ovulares antes del parto ⁽³⁵⁾.
- **Hemorragia de la primera mitad del embarazo:** Es el sangrado genital que aparece durante las primeras 22 semanas de gestación, agrupa a un número de patologías del embarazo que se pueden presentar durante este periodo y como característica en común está el sangrado genital en el aborto, embarazo ectópico y enfermedad trofoblástica gestacional ⁽³⁶⁾.
- **Parto Pre término:** Es aquel parto que sucede después de la semana 22 y antes de las 37 semanas ⁽³⁷⁾.
- **Amenaza de parto prematuro:** Se define como la presencia de contracciones con un ritmo de 4 cada 20 minutos o de 8 en 60 minutos entre las 22 y 37 semanas de gestación ⁽³⁷⁾.
- **Preeclampsia:** Es la aparición de hipertensión y proteinuria después de la semana 20 del embarazo ⁽³⁸⁾.
- **Infección transmisión sexual:** Las infecciones de transmisión sexual son un grupo de infecciones que se transmite de una persona a otra a través del contacto sexual ya sea vaginal, anal y oral ⁽³⁹⁾.
- **Restricción de crecimiento intrauterino:** Es la incapacidad de un feto de lograr un potencial de crecimiento completo mientras está en el útero ⁽⁴⁰⁾.
- **Desprendimiento prematuro de placenta:** Se define como la separación parcial o total de una placenta no previa de la decidua uterina, ocurriendo esto antes de la expulsión fetal ⁽⁴¹⁾.
- **Oligohidramnios:** La disminución del volumen del líquido Amniótico ⁽⁴²⁾.
- **Corioamnionitis:** Es una infección del líquido amniótico y las membranas que lo contienen ⁽⁴³⁾.
- **Diabetes gestacional:** Es la intolerancia de los hidratos de carbono, de severidad variable, que comienza y se diagnostica por primera vez durante el embarazo. La diabetes gestacional no es causada por la carencia de insulina, sino por los efectos bloqueadores de las otras hormonas en la insulina producida, una condición denominada resistencia a la insulina, que se presenta generalmente a partir de las 20 semanas de gestación ⁽⁴⁴⁾.

- **Muerte materna:** Es la muerte de una mujer embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales ⁽⁴⁵⁾.

Además, diversos autores señalan que algunas de las complicaciones en la salud mental son:

- **Ansiedad:** Es un proceso absolutamente normal en el ser humano, una respuesta automática que se produce en el cerebro primitivo cuando interpreta que existe un peligro para la vida. En exceso, la ansiedad es nociva, compromete la eficacia y conduce a las enfermedades ⁽⁴⁶⁾.
- **Estrés postraumático:** El trastorno de estrés postraumático (TEP) es un patrón de síntomas que puede desarrollarse en individuos que han sufrido estímulos estresantes traumáticos ⁽⁴⁷⁾.
- **Trastornos de alimentación:** Es el trastorno de la alimentación y las más comunes son la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y el trastorno por atracón ⁽⁴⁸⁾.
- **Depresión:** Es el estado de ánimo disfórico frente a determinado evento desencadenante, estado de ánimo que puede convertirse en síntoma de un trastorno ⁽⁴⁹⁾.

2.2.7.2. Complicaciones perinatales de la violencia basada en género

a) Complicaciones inmediatas

- **Prematurez:** Se define como el nacimiento de un feto antes de la semana 37 de gestación, siendo la gestación una variable fisiológica fijada en 280 días, más menos 15 días ⁽⁵⁰⁾.
- **Bajo peso al nacer (BPN):** Se define como el nacimiento de un niño menos de 2,500g para su edad gestacional ⁽⁵¹⁾.
- **Depresión neonatal o asfixia:** Es cuando se presenta una alteración grave en el intercambio gaseoso del neonato como consecuencia de diferentes noxas bien sea durante el trabajo de parto ⁽⁵²⁾.
- **Síndrome de dificultad respiratoria (SDR):** La inmadurez del pulmón del pretérmino no es solamente bioquímica, déficit de surfactante pulmonar, sino también morfológica y funcional, ya que todavía no se ha desarrollado el pulmón y aún no se ha completado en estos niños inmaduros ⁽⁵³⁾.

- **Pequeño por edad gestacional (PEG):** Se define PEG a los fetos con un peso fetal inferior al percentil 10 para una edad gestacional específica, bajo la aplicación de un concepto estadístico que resulta al aplicar curvas poblacionales de crecimiento intrauterino a un caso en particular ⁽⁵⁴⁾.
- **Neumonía:** Inflamación pulmonar agudo del parénquima de origen infeccioso ⁽⁵⁵⁾.
- **Infeción:** Invasión y proliferación de bacterias, hongos o virus en el torrente sanguíneo del recién nacido y que se manifiesta dentro de los primeros 28 días de vida ⁽⁵⁶⁾.
- **Ictericia:** Coloración amarillenta de la piel y mucosas ocasionada por el aumento de bilirrubina. ⁽⁵⁷⁾.

b) Complicaciones tardías

- **Muerte fetal o neonatal:** Se considera muerte fetal o neonatal, a la muerte del neonato en el primer año de vida, maltrato infantil, falta de vínculo madre-hijo y de una lactancia materna saludable, posibilidades limitadas para el desarrollo de sus capacidades físicas, cognitivas, afectivas y sociales ⁽⁵⁸⁾.
- **Muerte fetal intrauterina u óbito fetal:** Es la muerte que puede suceder antes de la expulsión o extracción completa de la madre, del producto de la concepción, cualquiera haya sido el tiempo de la gestación ⁽⁵⁸⁾.

2.2.8. Prevención de la violencia basada en género

En la etapa del embarazo hay un riesgo especial e inseguridad de la mujer que sufre violencia basada en género. También en esta etapa es la oportunidad para prevenir o realizar una intervención con éxito. La prevención de la violencia durante este periodo de su vida, tiene relación con las causas que la producen. En nuestra sociedad, podemos pensar que es un problema de la sociedad familiar en la que vivimos, con el poder mayoritariamente por los hombres. Es de suma importancia fomentar la igualdad de género para la prevención de la violencia contra las mujeres ⁽²³⁾.

Una de las causas de la violencia contra las mujeres es la discriminación de género, las normas sociales y los estereotipos de género que lo mantienen. Dados los efectos devastadores que la violencia tiene en las mujeres, los esfuerzos se han centralizado principalmente en las respuestas y servicios para las sobrevivientes. Sin embargo, la mejor manera de enfrentar la violencia de género es prevenirla tratando desde el principio y sus causas estructurales.

La prevención compromete apoyar la implementación de las conclusiones convenidas en el 57º periodo de sesiones de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, donde se recalca la prevención a través de la promoción de la igualdad de género, el empoderamiento de las mujeres y de disfrutar los derechos humanos.

Por tal motivo, la prevención debe comenzar desde la primera etapa de vida, educando a los niños(a) promoviendo la relación de respeto y la igualdad de género. Es necesario trabajar con los más jóvenes ya que así podemos lograr un progreso rápido y sostenido en la prevención y la eliminación de la violencia de género. Sin embargo, las políticas públicas y las intervenciones pasar por alto esa etapa de vida que es crucial para formar los valores y normas relativas a la igualdad de género.

Se deberá lograr que el hogar y los espacios públicos sean más seguros para las mujeres y niñas, aumentando la participación de la mujer y su autonomía, también que tenga poder de decisión, en el hogar y las relaciones, así como en su vida pública y política. Trabajar con los hombres y niños ayudará a aumentar el progreso de la prevención y la eliminación de la violencia contra las mujeres y niñas. Otro componente importante en la prevención es la sensibilización y la movilización comunitaria, inclusive a través de los medios de comunicación y los medios sociales.

Al poder realizar esto los hombres comenzaran a cuestionarse las desigualdades y las normas sociales profundamente adaptadas que mantienen el control y el poder que los hombres ejercen sobre las mujeres y reforzarán la tolerancia contra la violencia de mujeres y niñas ⁽⁵⁹⁾.

Por ello, se deberá proteger la perspectiva de género. Como en el informe mundial describe sobre la violencia y la salud, en el que se hace hincapié en la prevención primaria. Este enfoque ayudara a las personas para mejorar su atención y su seguridad de la población. Se debe tener en cuenta muchas disciplinas, ya que la violencia ejercida por la pareja tiene múltiples problemas y la respuesta también debe ser multisectorial. Es de suma importancia que la cooperación de los sectores de salud, educación, servicios sociales y de la justicia. Con este enfoque las actuaciones deben ser a cuatro niveles: individual, alrededor de la relación o la familia, la comunidad y la sociedad en general. Desde esta misma perspectiva, las estrategias de prevención de la violencia son de tres tipos.

- a) Prevención primaria: Prevenir la violencia antes que suceda.
- b) Prevención secundaria: Es las respuestas inmediatas a la violencia y el tratamiento después de ser agredida, en el centro de salud, servicios de urgencias, etc.

- c) **Prevención terciaria:** Es la concentración que se da, después de haber sufrido la violencia, incluye la rehabilitación o la reintegración para disminuir la impresión o reducir la discapacidad asociada a la violencia.

En nuestro entorno se ha trabajado más con la prevención secundaria y terciaria; pero como obstetras y con el apoyo de otros profesionales de la salud se deberá trabajar en el campo del embarazo y el parto con una adecuada formación, y así iniciar un trabajo con la prevención primaria, antes de que ocurran los actos de violencia por parte de la pareja ⁽²³⁾.

2.2.9. Tratamiento de la violencia basada en género

Es importante saber que para el tratamiento de la violencia de género y su eliminación es comprender el ambiente donde se genera y se inicia para así identificar las dificultades, conocer sus causas, y consecuencias. Saber cómo detectarla, orientar a las mujeres y actuar adecuadamente mejorará las actuaciones y la intervención con quienes la sufren, con el objetivo de minimizar los efectos y su perpetuación social.

a) La detección

Las mujeres maltratadas son incapaces de ayudarse ya que el daño psicológico que presentan como consecuencia de la violencia. Por eso la detección y la atención profesional es un apoyo clave para terminar con la violencia de género y facilitar la normalización de la vida de la mujer y de las personas que de ella dependen, su rehabilitación a su vida social y su recuperación psicológica.

Por otra parte, los discursos de negación, certificación, justificación o naturalización de la violencia que siguen en nuestra sociedad, los mitos y estereotipos que se transmiten y en una parte de los profesionales que intervienen en el proceso provoca que las mujeres se encuentren en un estado de conflicto e inseguridad en la percepción e interpretación de la agresión que están sufriendo, que paraliza o anula su capacidad de reacción y la búsqueda de soluciones y dificulta la detección por parte de los servicios que deben intervenir.

En muchos casos, la negación sobre la violencia por parte de las mujeres víctimas está condicionada por las siguientes circunstancias:

- Miedo a aceptar que tiene problema por temor a la desprotección, la falta de protección, la dependencia económica, los trastornos en la vida propia y en la de las hijas e hijos, etc.
- Miedo a recibir amenazas y sufrir acoso si se intenta romper la relación.
- Vergüenza por el hecho de ser víctima de violencia y por el miedo a ser juzgada.

- Sentimientos de culpa y de que merece tener violencia.
- Sentimientos de comprensión y protección hacia el agresor, por sus circunstancias personales. Piensan que el maltrato no es severo, así como incapacidad para prever la evolución del mismo e identificar el peligro.
- Siente miedo al futuro, especialmente cuando tienen hijos menores o personas a su cargo.

Ante tales discursos es importante que las mujeres comprendan que el agresor:

- Usa la violencia para poder dominarla y así causar temor en ella, como un fin de poder someterla.
- Tiene un concepto estereotipado y sexista sobre la masculinidad y la feminidad.
- Justifica su violencia culpando a la mujer. Le reclama que su comportamiento no es el apropiado. No asume la responsabilidad de sus actos considerando que el problema no es de él. Habitualmente lo proyecta hacia causas externas (familia, trabajo, estrés, desempleo, ebriedad, provocación por parte de la mujer).
- Emplea maniobras para disminuir la autoestima de la mujer, tales como el aislamiento social (intenta impedir sus relaciones con familiares, amistades, compañeros/as de trabajo, etc.); la descalifica y humilla; desprecia y critica su trabajo, su conducta o actitudes, su modo de tratar a las/os hijas/os, etc.
- Su comportamiento en el entorno privado no es igual con la actitud que tiene en público. En el ámbito social puede ser un individuo respetado y respetuoso, amable, solidario, equilibrado.
- Es manipulador y controlador. suele utilizar a los hijos/as como un medio para poder seguir maltratando.
- Dice que va a cambiar, pues no reconoce sus actos como delictivos.

b) La orientación

Las mujeres deben estar informadas y saber cómo actuar ante una violencia, por ello es necesario empezar medidas de información y sensibilización.

b.1) Ante una situación de violencia de género hay algunas cuestiones generales que las mujeres y las personas que las rodean deben tener en cuenta:

- Denunciar desde los primeros momentos: Los malos tratos empeoran con el paso del tiempo. No denunciar por miedo nunca tiene resultados positivos ya que volverá a suceder y cada vez será peor.

- Buscar ayuda: Desde el primer maltrato se deberá buscar información, orientación y asesoramiento especializado, incluso antes de interponer la denuncia, a través de los servicios y centros destinados a este fin.
- Utilizar los recursos de protección: Después de la denuncia, puede que la situación de riesgo continúe e incluso empeore. Se debe orientar a la mujer y facilitar la solicitud de medidas de protección, tanto en el ámbito judicial (orden de protección o medidas cautelares como el alejamiento) como en el social (acogimiento en un centro o asociación, etc).
- No acercarse o contactar con el agresor: Es importante saber las consecuencias que esto puede ocasionar, así como sobre el incumplimiento de la orden de alejamiento y, si fuera el caso, de la necesidad de comunicar a la policía cualquier violación de la misma por parte del agresor. Habitualmente, las amenazas van en serio. Aunque el agresor no parezca peligroso para las demás personas, sí puede serlo para la mujer. Nunca se debe minimizar el riesgo.

El objetivo principal en la intervención con las mujeres que están siendo o han sido violentadas debe ser el rehabilitar el control sobre su vida y su autonomía personal, trabajando en la construcción o mejora de su autoestima y auto respeto. Mediante el conocimiento de las causas, el ciclo y las consecuencias de este tipo de violencia, se deberá generar en ella recursos personales que refuercen su capacidad de afrontar la situación de violencia. Para ello se debe promover la comunicación y la utilización de las redes de apoyo, familiares y sociales, y de los recursos jurídicos, sanitarios, sociales o de cualquier otra índole, para su recuperación y la ruptura con la situación de violencia de género. La finalidad debe ser facilitar que la mujer inicie una vida diferente, sin violencia. El trabajo en red, la coordinación y la colaboración entre estos recursos y los servicios especializados en la atención a mujeres víctimas de violencia de género, debe darse y orientarse hacia una adecuada intervención y su posterior seguimiento ⁽⁶⁰⁾.

2.2.10. Procedimientos legales en violencia familiar (violencia física, y psicológica)

La Ley peruana N° 30364 establece que es cualquier acción que cause daño físico o psicológico, maltrato sin lesión, inclusive la amenaza.

Es decir:

- Humillaciones.
- Golpes.
- Arrogancia.
- Ofensas.
- Intimidación.
- Que él la bote de la casa o que no se les permita salir de ella.

También es el dejar de dar o de cumplir determinada obligación:

- No cumplir con los alimentos, sabiendo que no trabaja.
- No proporcionar medicamentos.
- No dejar que los niños estudien.

La violencia familiar lastima los derechos humanos, porque afecta gravemente lo siguiente:

- Derecho a la vida.
- Derecho a la integridad.
- Derecho a la salud.
- Derecho a la seguridad personal.
- Derecho a la libertad individual.
- Derecho a la libertad sexual.
- Derecho a tener una vida libre de violencia.

Nadie puede perjudicar estos derechos humanos reconocidos y protegidos universalmente. El Estado peruano está obligado a protegerlos. Por ello, la legislación interna cuenta con un marco que comprende la constitución, los códigos y las leyes que sobre violencia familiar han sido dictados⁽⁶¹⁾.

a) Derechos de las víctimas mujeres y del grupo familiar.

Es de suma importancia que mujeres víctimas de violencia sepan sus derechos, y que la nueva ley recoge diversos derechos como el derecho a una vida libre de violencia y de toda forma de discriminación; derecho a tener información amplio en torno a las vías de denuncia de actos de violencia. Es importante que los operadores estatales señalen los derechos de las víctimas y los servicios de atención que brinda el estado, utilizando todos los canales existentes y asesorar a las víctimas de manera gratuita.

Es importante señalar, que las norma reconoce el derecho de las víctimas a la atención de la salud física y mental de manera gratuita en cualquier establecimiento de salud del Estado, para el restablecimiento de su salud ⁽²⁵⁾.

2.3. Terminología básica

- **Violencia basada en género:** La violencia basada en género o violencia contra la mujer es todo acto de violencia basado en el género que llegue a causar un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la amenaza o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada ⁽²⁴⁾.
- **Embarazo o gestación:** Se define como gestación o embarazo, al período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado hasta el momento del parto la cual comprende 9 meses o 40 semanas ⁽⁶⁶⁾.
- **Complicaciones maternas:** Es la condición que pone en peligro la vida de una madre gestante y su bebé, que pueden ser desarrolladas durante el embarazo, parto y puerperio ⁽⁶⁶⁾.
- **Complicaciones perinatales:** Es la condición de peligro que efectúa en la gestante desde las 28 semanas de gestación y se extiende hasta los siete días de vida neonatal. Se utiliza como instrumento de presentimiento, tanto desde el punto de vista materno como fetal y neonatal. Es un concepto más evolucionado que el riesgo obstétrico, además de considerar los riesgos maternos, también predice los que le ocurrirán al fruto ⁽¹⁹⁾.

2.4. Hipótesis

H₁: La violencia basada en género durante la gestación se relaciona significativamente con las complicaciones maternas y perinatales.

H₀: La violencia basada en género durante la gestación no se relaciona significativamente con las complicaciones maternas y perinatales.

2.5. Variables

2.5.1. Variable Independiente

Tipos de violencia

- Violencia física
- Violencia psicológica
- Violencia sexual

2.5.2. Variable Dependiente

- Complicaciones Maternas
- Complicaciones Perinatales

2.5.3. Variables Intervinientes

a) Características sociodemográficas

- Edad
- Estado civil
- Grado de instrucción
- Ocupación
- Lugar de procedencia

b) Características obstétricas

- Control prenatal
- Gestaciones
- Número de hijos

2.6. Definición operacional de términos

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR	TÉCNICA O INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS					
EDAD	El tiempo transcurrido a partir del nacimiento hasta la actualidad.	Cuantitativa	Intervalo	1= 20-23 años 2= 24-27 años 3= 28-31 años 4= 32-35 años	Encuesta e HC
ESTADO CIVIL	Estado conyugal legal de la paciente en la sociedad.	Cualitativa	Nominal	1=Soltera 2=Casada 3=Conviviente 4=Divorciada / separada 5=Viuda	Encuesta e HC
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Nivel de estudio realizados por las gestantes.	Cualitativa	Ordinal	1=Primaria incompleta 2=Primaria completa 3=Secundaria incompleta 4=Secundaria completa 5=Técnico Incompleto 6=Técnico completo 7=Superior incompleto 8=Superior completo 9=Analfabeta	Encuesta e HC
OCUPACIÓN	Acción o función que se desempeña la gestante para generar el sustento.	Cualitativa	Nominal	1=Ama de casa 2=Estudiante 3=Trabajadora dependiente 4=Trabajadora independiente	Encuesta e HC
LUGAR DE NACIMIENTO	Manifestación de la gestante sobre el departamento donde nació.	Cualitativa	Nominal	1=Lima 2=Provincia	Encuesta e HC

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS					
CONTROL PRENATAL	Vigilancia y atención durante la gestación con la finalidad de una maternidad saludable y fetal.	Cualitativa	Nominal	1=Menos de 5 CPN 2=De 6 a más CPN	Encuesta e HC
GESTACIONES	Número que ocupa el reciente embarazo.	Cuantitativa	Intervalo	1=Primero 2=Segundo 3=Tercero 4=Cuarto 5=Quinto o más	Encuesta e HC
NÚMERO DE HIJOS	Hijos que tiene una generación, habitualmente referido a la mujer a lo largo de su vida reproductiva.	Cuantitativa	Discreta	1= Sin hijos 2=1 hijos 3=2 hijos 4=3 hijos 5=4 hijos 6=5 a más hijos	Encuesta e HC
VARIABLE: TIPOS DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO					
VIOLENCIA FISICA	Acto u omisión de agresión intencional que causa daño a la integridad física de la gestante.	Cualitativa	Nominal	1= Si 2= No	Encuesta e HC
VIOLENCIA PSICOLOGICA	tipo de agresión a la vida afectiva de la gestante.	Cualitativa	Nominal	1= Si 2= No	Encuesta e HC
VIOLENCIA SEXUAL	Imposición o el intento de tener relaciones sexuales o cualquier acto sexual contra la voluntad de la gestante.	Cualitativa	Nominal	1= Si 2= No	Encuesta e HC

VARIABLE: COMPLICACIONES MATERNAS Y PERINATALES					
COMPLICACIONES MATERNAS	Cuando una mujer es víctima de violencia, puede llegar a repercusiones importantes en su salud.	Cualitativa	Nominal	1=Anemia 2=Infección uterina 3=Sangrado vaginal 4=RPM 5=Hemorragias 6=Parto pretérmino 7=Amenaza de parto prematuro 9=ITS 10=RCIU 11=DPP 12=Oligohidramnios 13=Corioamnionitis 14=Diabetes mellitus 15=Ansiedad 16=Estrés postraumático 17=Trastornos de alimentación 18=Abuso de alcohol, drogas y psicofármacos 19=Depresión 20=Muerte materna	Encuesta e HC
COMPLICACIONES PERINATALES	Daño que se da en el neonato de acuerdo a cualquier circunstancia en el momento de su nacimiento.	Cualitativa	Nominal	1=Prematurez 2=Bajo peso al nacer 3=Depresión neonatal o asfixia 4=SDR 5=PEG 6=Neumonía 7=Infección 8=Ictericia 9=Muerte fetal 10=Óbito fetal	Encuesta e HC

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Investigación

Según Hernández, Fernández y Baptista ⁽⁶³⁾ el tipo de investigación que se realizó es cuantitativa, prospectiva y el diseño es observacional, correlacional y de corte transversal.

3.2. Población y muestra

Todas las puérperas que se encontraron en el servicio de puerperio del Hospital San Juan de Lurigancho en el período de febrero a marzo del 2018.

3.2.1. Criterios de selección

a) Criterios de inclusión

- Puérpera de 20 a 35 años.
- Puérpera con historia clínica accesible y completa.
- Puérpera que firmo el consentimiento informado.

b) Criterios de exclusión

- Puérpera que no acepto participar del estudio.
- Puérpera que se encontró en otros servicios.

3.2.2. Muestra

a) Unidad de análisis:

Una puérpera que se encontró en el servicio de puerperio en el período de febrero a marzo del 2018 con o sin violencia de género durante la gestación que cumplió con los criterios de inclusión y exclusión.

b) Tamaño de Muestra: Se obtuvo una población de 2128 puérperas que se encontraron en el servicio de puerperio en el último trimestre del 2017 que fue de octubre a diciembre. La muestra se realizará tomando en cuenta la fórmula de población finita.

$$n_c = \frac{Z^2 \cdot p(1-p)}{\alpha^2}$$

Donde:

n_c : Muestra Calculada

Z: 1,96

p: Prevalencia estimada

(1-p): Complemento

α : Máximo error, precisión deseada

$$n_c = \frac{(1.96)^2 \cdot 0.5(1-0.5)}{(0.05)^2} = \frac{3.8416(0.5)(0.5)}{0.0025} = 384$$

Factor de ajuste:

$$n_f = \frac{n_c}{1 + \frac{n_c}{Nt}}$$

$$n_f = \frac{384}{1 + \frac{384}{2128}} = 325.29$$

La muestra final será de 325 puérperas.

Tipo de muestreo: Muestreo probabilístico, Aleatorio Sistemático

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.3.1. Técnica

En la investigación se utilizó como técnica la encuesta para recolectar las características sociodemográficas y obstétricas; la revisión de historias clínicas para las complicaciones maternas y perinatales; y la ficha de tamizaje de violencia basada en género que se encuentra en la guía técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género con R. M. N° 141-2007, validada por el Ministerio de Salud en el 2007 que evaluó los tres tipos de violencia, es decir la psicológica, la física y la sexual. Para ello se realizó las siguientes actividades:

- **Autorización:** Inicialmente se realizó una solicitud de permiso dirigida al director del Hospital San Juan de Lurigancho Dr. Pedro Silva Martel luego se solicitó la autorización al servicio de Gineco - obstetricia.
- **Proceso de selección:** Se seleccionó a las puérperas que se encontraron en el servicio de puerperio y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

- Se realizó consentimiento informado previa explicación de la encuesta.
- **Recolección de los datos:** Se recolectó la información de las encuestas realizadas, las historias clínicas y la ficha de tamizaje de violencia basada en género.
- Para lograr la validez se realizó un juicio de expertos que consta de un gineco obstetra y cuatro obstetras.

3.3.2. Instrumento de recolección de datos

El instrumento es una encuesta que consta de 3 partes:

- **Parte I:** Características sociodemográficas, que contienen 5 ítems: Edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación y lugar de procedencia.
- **Parte II:** Características obstétricas, que contienen 3 ítems: Control prenatal, gestaciones y número de hijos.
- **Parte III:** Complicaciones Maternas y perinatales, que contienen 2 ítems: Complicaciones maternas y complicaciones perinatales.

3.4. Procesamiento de datos y análisis estadístico

- Para el procesamiento y el análisis de los datos se usó la estadística descriptiva e inferencial.
- Para la estadística descriptiva e inferencial se creó una base de datos con el programa SPSS versión 23; las variables se expresaron de acuerdo con las categorías previamente diseñadas en el instrumento.
- Se llevó a cabo la introducción de los datos recolectados.
- Las variables cualitativas identificadas en la operacionalización de variables fueron analizadas mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes. Este análisis determinó las características sociodemográficas y obstétricas entre las púerperas atendidas en el mes de febrero a marzo, los tipos de violencia encontrados, las complicaciones maternas y perinatales.
- Para la variable cuantitativa como la edad, esta fue estimada mediante medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar).
- Para la prueba de hipótesis y la asociación entre las variables y cada una de sus dimensiones se determinó mediante la estimación de la prueba de chi cuadrado, la cual mostró el grado de asociación entre estas, considerando que $p < 0.05$ = relación significativa.
- La presentación de los datos se realizó mediante tablas y gráficos.

3.5. Aspectos éticos

Se respetó la privacidad de la información de las encuestas en las puérperas. Además, los datos proporcionados de las puérperas en las encuestas no serán alteradas por ningún medio, preservando la veracidad de su contenido.

Se aplicó el consentimiento informado a todas las puérperas que participaron del estudio. Se respetó el deseo de las participantes que no desearon colaborar en la investigación.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

Tabla 01. Características sociodemográficas de las puérperas que se encontraron en el servicio de puerperio en el período de febrero a marzo del 2018

Características Sociodemográficas	Con Violencia		Sin Violencia	
	n=217	%	n= 108	%
EDAD				
20 - 23 años	67	30.9	27	25
24 - 27 años	60	27.6	30	27.8
28 - 31 años	36	16.5	28	25.9
32 - 35 años	54	24.8	23	21.3
GRADO DE INSTRUCCIÓN				
Primaria Incompleta	12	5.5	1	0.9
Primaria Completa	13	6.0	2	1.9
Secundaria Incompleta	50	23.0	24	22.2
Secundaria Completa	109	50.2	76	70.4
Técnico Incompleto	12	5,5	2	1.9
Técnico Completo	11	5.1	1	0.9
Superior Incompleto	5	2.3	2	1.9
Superior Completo	5	2.3	0	0

Fuente: Encuesta a 325 puérperas, Hosp. San Juan de Lurigancho, febrero a marzo del 2018

Tabla 01. Continuación de características sociodemográficas de las púerperas que se encontraron en el servicio de puerperio en el período de febrero a marzo del 2018

Características Sociodemográficas	Con Violencia		Sin Violencia	
	n=217	%	n=108	%
ESTADO CIVIL				
Soltera	30	13.8	16	14.8
Casada	14	6.5	18	16.7
Conviviente	172	79.3	73	67.6
Divorciada / separada	1	0.5	1	0.9
OCUPACIÓN				
Ama de Casa	191	88.0	88	81.5
Estudiante	7	3.2	5	4.6
Trabajadora Independiente	17	7.8	11	10.2
Trabajadora Dependiente	2	0.9	4	3.7
LUGAR DE NACIMIENTO				
Lima	102	47,0	67	62
Provincia	115	53,0	41	38

Fuente: Encuesta a 325 púerperas, Hosp. San Juan de Lurigancho, febrero a marzo del 2018

En representación de la tabla 01, observamos que el promedio de la edad de las púerperas que sufrieron violencia basada en género durante la gestación fue de $27 \pm 4,792$ años. Con respecto a las 108 púerperas que no sufren violencia; la mayoría de las púerperas corresponde a las edades entre 20 a 25 años con un 42.6% (n=46). Por otro lado, de las 217 púerperas que han estado expuestas a violencia se aprecia con mayor porcentaje de 20 a 25 años con un 44.2% (n=96), que se encontraron en el servicio de puerperio del Hospital San Juan de Lurigancho en el período de febrero a marzo del 2018.

En relación al grado de instrucción observamos que: de las 108 puérperas que no han estado expuestas a violencia; el grado de escolaridad de la mayoría de la población femenina corresponde a secundaria completa con un 70.4% (n=76). Y de las 217 puérperas que han sido expuestas a violencia el grado de instrucción de igual manera es secundaria completa con un 50.2% (n=109).

En cuanto al estado civil encontramos que de las 108 puérperas que no sufren violencia; la mayoría de la población son convivientes con un 67.6% (n=73). Y de las 217 puérperas que han estado expuestas a violencia también son convivientes con 79.3% (n=172).

De acuerdo a la ocupación de las puérperas que no sufren violencia son amas de casa con un 81.5% (n=88), al igual que las que sufren violencia con un 88% (n=191) respectivamente.

Y con respecto al lugar de nacimiento de las puérperas que no sufren violencia refirieron que el lugar de nacimiento fue en lima con un 62% (n=67). En cambio, de las 217 puérperas expuestas a violencia encontramos que la mayor población femenina es de provincia con un 53% (n=115).

Tabla 02. Características obstétricas de las puérperas que se encontraron en el servicio de puerperio en el período de febrero a marzo del 2018

Características obstétricas	Con Violencia		Sin Violencia	
	n=217	%	n= 108	%
CONTROLES PRENATALES				
Menos de 5 CPN	86	39.6	30	27.8
De 6 a más CPN	131	60.4	78	72.2
NÚMERO DE GESTACIONES				
Primero	43	19.8	29	26.9
Segundo	71	32.7	47	43.5
Tercero	48	22.1	26	24.1
Cuarto	31	14.3	5	4.6
Quinto a más	24	11.1	1	0.9
NÚMERO DE HIJOS				
Sin hijos	1	0.5	0	0
1 hijo	54	24.9	35	32.4
2 hijos	81	37.3	50	46.3
3 hijos	47	21.7	20	18.5
4 hijos	22	10.1	3	2.8
5 a más hijos	12	5.5	0	0

Fuente: Encuesta a 325 puérperas, Hosp. San Juan de Lurigancho, febrero a marzo del 2018

En representación de la tabla 02, encontramos que de las 108 puérperas que no presentaron exposición a violencia tuvieron más de 6 controles prenatales con un 72.2% (n=78), al igual que las 217 puérperas que sí estuvieron expuestas a violencia con 60.4% (n=131) respectivamente.

En relación al número de gestaciones se observa que de las puérperas que no han sufrido violencia la mayoría se encontraban en su segunda gestación con un 43.5%

(n=47), al igual que las puérperas que si sufren violencia con un 32.7% (n=71) respectivamente.

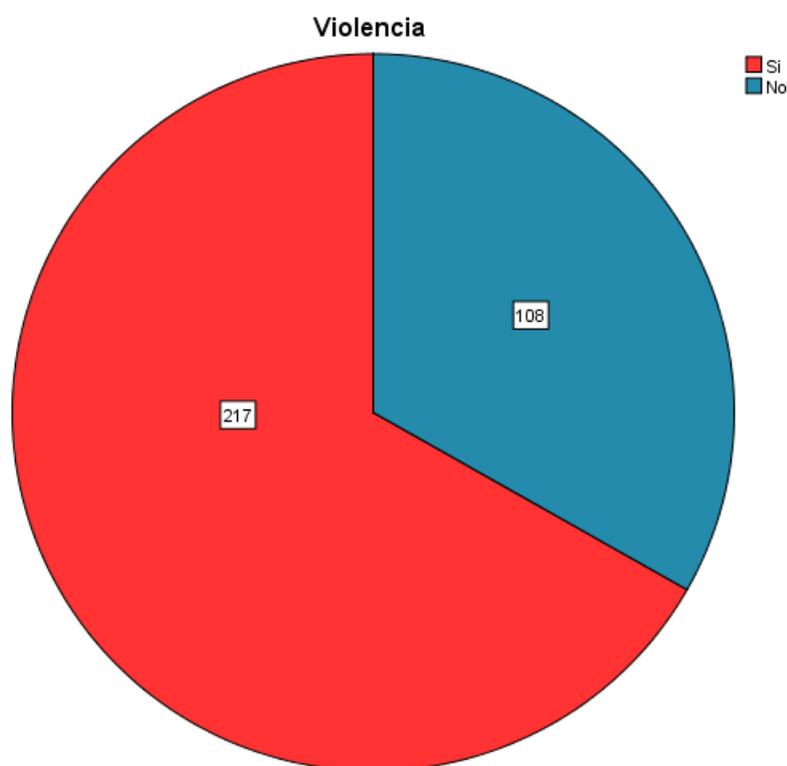
Y en cuanto al número de hijos se observa que la mayoría de la población femenina que no ha sufrido violencia tiene 2 hijos con un 46.3% (n=50). Al igual que las puérperas que sí estuvieron expuestas a violencia con un 37.3% (n=81) respectivamente.

Tabla 03. Número de casos de violencia basada en género durante la gestación en el período de febrero a marzo del 2018

Número de casos de violencia basada en género	F	%
Si	217	66.8
No	108	33.2
Total	325	100

Fuente: Encuesta a 325 púerperas, Hosp. San Juan de Lurigancho, febrero a marzo del 2018

Gráfico 01. Número de casos de violencia basada en género durante la gestación en el período de febrero a marzo del 2018



Fuente: Encuesta a 325 púerperas, Hosp. San Juan de Lurigancho, febrero a marzo del 2018

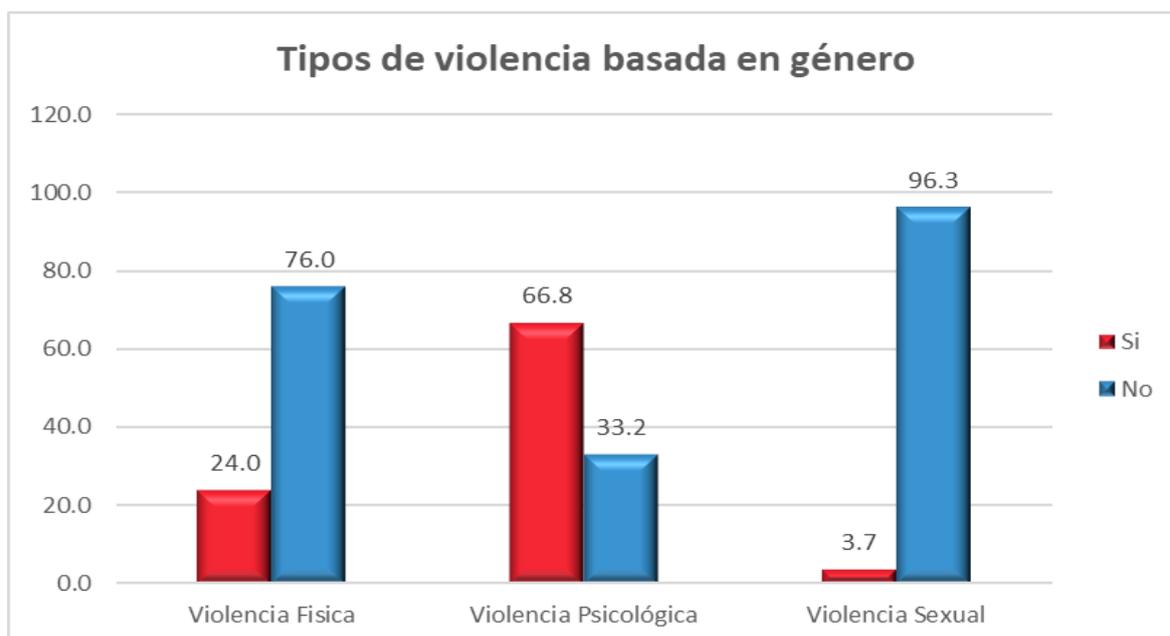
En representación a la tabla 03 y el gráfico 01, se observa que el número de casos de violencia basada en género en el embarazo se presentó en un 66.8% por otro lado, el 33.2% no presentó violencia basada en género en el embarazo.

Tabla 04. Tipos de violencia basada en género durante la gestación en puérperas que se encontraron en el servicio de puerperio en el período de febrero a marzo del 2018

Tipos de violencia basada en género	Si		No	
	F	%	F	%
Física	78	24	247	76
Psicológica	217	66.8	108	33.2
Sexual	12	3.7	313	96.3

Fuente: Encuesta a 325 puérperas, Hosp. San Juan de Lurigancho, febrero a marzo del 2018

Gráfico 02. Tipos de violencia basada en género en el embarazo en puérperas que se encontraron en el servicio de puerperio en el período de febrero a marzo del 2018



Fuente: Encuesta a 325 puérperas, Hosp. San Juan de Lurigancho, febrero a marzo del 2018

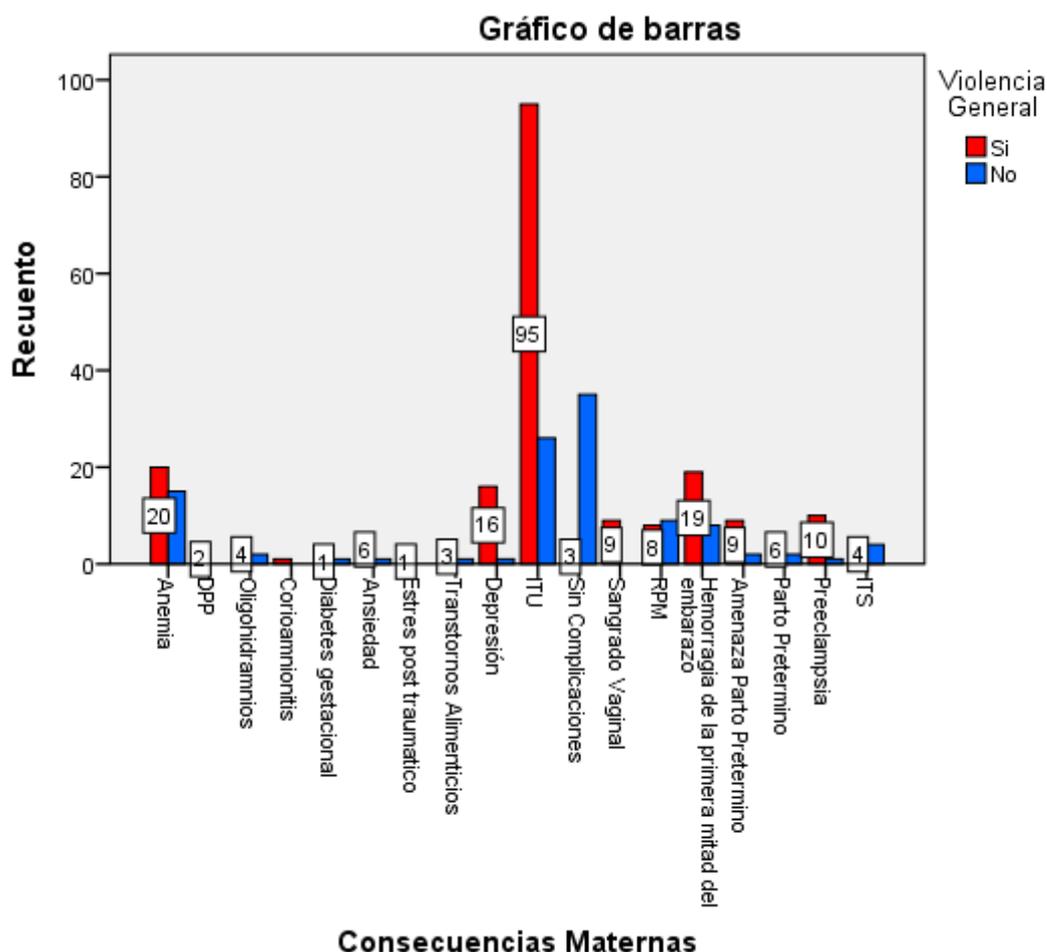
En representación de la tabla 04 y el gráfico 02, se observa que de las 325 puérperas que se encontraron en el servicio de puerperio en el Hospital San Juan de Lurigancho, del cual el 24% (n=78) de las puérperas ha sufrido violencia física, el 66.8% (n=217) ha sufrido violencia psicológica y el 3.7% (n=12) violencia sexual.

Tabla 05.1. Complicaciones maternas en puérperas que se encontraron en el servicio de puerperio en el período de febrero a marzo del 2018

Complicaciones maternas	Con violencia		Sin Violencia	
	n=217	%	n=108	%
Sin Complicaciones	3	1.4	35	32.4
Anemia	20	9.2	15	13.9
DPP	2	0.9	0	0
Oligohidramnios	4	1.8	2	1.9
Corioamnionitis	1	0.5	0	0
Diabetes gestacional	1	0.5	1	0.9
Ansiedad	6	2.8	1	0.9
Estrés post traumático	1	0.5	0	0
Trastornos Alimenticios	3	1.4	1	0.9
Depresión	16	7.4	1	0.9
ITU	95	43.8	26	24.1
Sangrado Vaginal	9	4.1	0	0
RPM	8	3.7	9	8.3
Hemorragia de la primera mitad del embarazo	19	8.8	8	7.4
Amenaza Parto Pretérmino	9	4.1	2	1.9
Parto Pretérmino	6	2.8	2	1.9
Preeclampsia	10	4.6	1	0.9
ITS VIH – SIDA	4	1.8	4	3.7

Fuente: Encuesta a 325 puérperas, Hosp. San Juan de Lurigancho, febrero a marzo del 2018

Gráfico 03. Complicaciones maternas en púérperas que se encontraron en el servicio de puerperio en el período de febrero a marzo del 2018



Fuente: Encuesta a 325 púérperas, Hosp. San Juan de Lurigancho, febrero a marzo del 2018

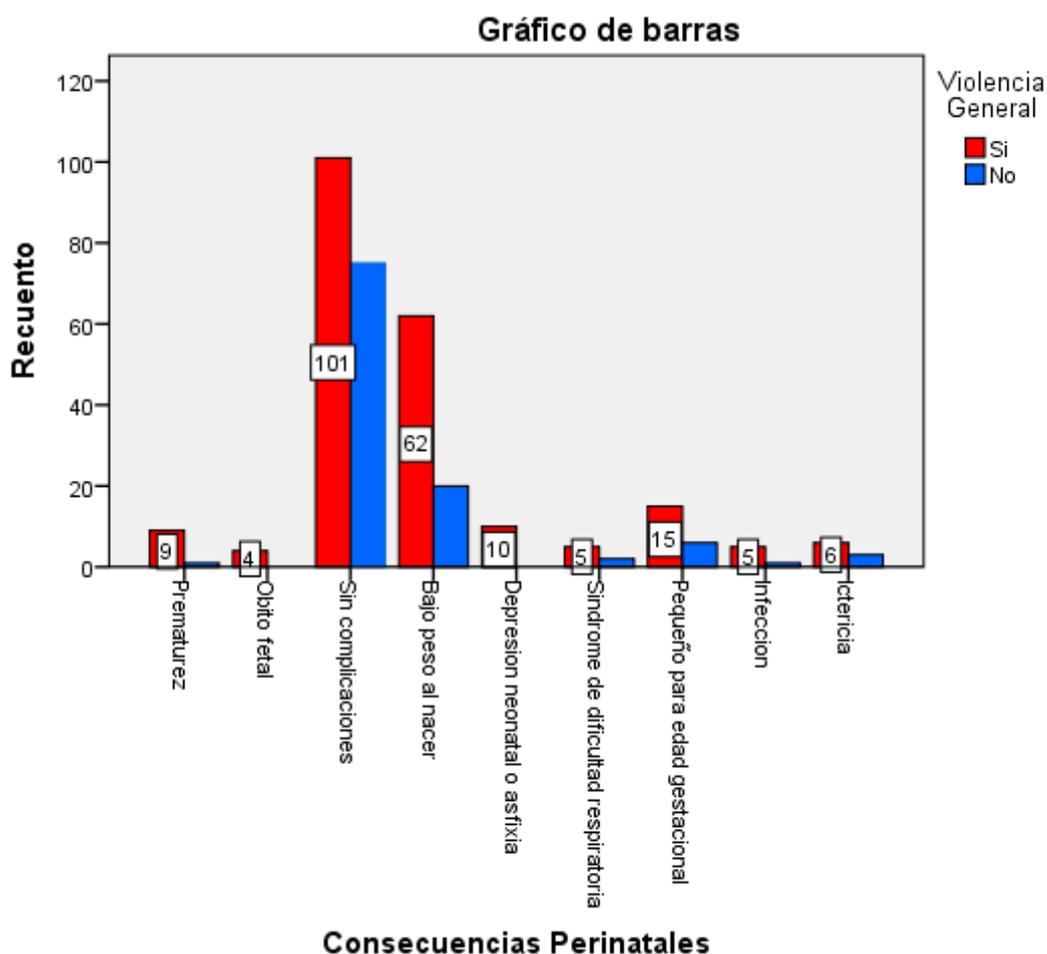
En representación de la tabla 05.1 y el gráfico 03, se observa en relación a las complicaciones maternas durante el embarazo que de las 217 púérperas que sufrieron violencia presentaron infección de tracto urinario con un 43.8% (n=95). Por otro lado, de las 108 púérperas que no estuvieron expuestas a violencia no presentaron complicaciones durante el embarazo con un porcentaje de 32.4 (n=35).

Tabla 05.2. Complicaciones perinatales en recién nacidos en el período de febrero a marzo del 2018

Complicaciones perinatales	Con violencia		Sin Violencia	
	n=217	%	n=108	%
Sin complicaciones	101	46.5	75	69.4
Prematurez	9	4.1	1	0.9
Óbito fetal	4	1.8	0	0
Bajo peso al nacer	62	28.6	20	18.5
Depresión neonatal o asfixia	10	4.6	0	0
Síndrome de dificultad respiratoria	5	2.3	2	1.9
Pequeño para edad gestacional	15	6.9	6	5.6
Infección	5	2.3	1	0.9
Ictericia	6	2.8	3	2.8

Fuente: Encuesta a 325 púerperas, Hosp. San Juan de Lurigancho, febrero a marzo del 2018.

Gráfico 04. Complicaciones perinatales en recién nacidos en el período de febrero a marzo del 2018



Fuente: Encuesta a 325 puérperas, Hosp. San Juan de Lurigancho, febrero a marzo del 2018.

En representación a la tabla 05.2 y el gráfico 04, se observa en relación a las complicaciones perinatales en el recién nacido de las madres que sufrieron violencia, no presentaron complicaciones con un 46.5% (n=101), pero cabe resaltar que como segundo indicador se encuentra bajo peso al nacer con un 28,6% (n=62). De igual manera en las 108 puérperas que no estuvieron expuestas a violencia con un 69.4% (n=75) y 18.5% (n=20) respectivamente.

Tabla 06.1. Relación entre los tipos de violencia durante la gestación y las complicaciones maternas en las púerperas atendidas en el hospital San Juan de Lurigancho en el período de febrero a marzo del 2018

Tipos de violencia basada en género		Complicaciones Maternas				P
		Si		No		
		N	%	N	%	
Violencia física	Si	78	27.18	0	0	0.000
	No	209	72.82	38	100	
Violencia psicológica	Si	214	74.57	3	7.90	0.000
	No	73	25.43	35	92.10	
Violencia sexual	Si	12	4.18	0	0	0.014
	No	275	95.82	38	100	

Fuente: Encuesta a 325 púerperas, Hosp. San Juan de Lurigancho, febrero a marzo del 2018

En representación de la tabla 06.1 se observa la relación entre los tipos de violencia basada en género durante la gestación y las complicaciones maternas.

Contrastación de hipótesis específicas

Enunciados

H_{e1}: La violencia física se relaciona significativamente con las complicaciones maternas durante la gestación.

H_{e2}: La violencia psicológica se relaciona significativamente con las complicaciones maternas durante la gestación.

H_{e3}: La violencia sexual se relaciona significativamente con las complicaciones maternas durante la gestación.

Prueba estadística

Prueba de Chi-Cuadrado

Rango de decisión

$p < 0.05$ = relación significativa

Presentación de la prueba de hipótesis

Según la hipótesis planteada, siendo el valor que se obtiene 0.000 es menor que 0.05 por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa N° 1.

Por lo tanto:

H_{e1}: La violencia física se relaciona significativamente con las complicaciones maternas durante la gestación.

Según la hipótesis planteada, siendo el valor que se obtiene 0.000 es menor que 0.05 por lo se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa N° 2.

Por lo tanto:

H_{e2}: La violencia psicológica se relaciona significativamente con las complicaciones maternas durante la gestación.

Según la hipótesis planteada, siendo el valor que se obtiene 0.014 es menor que 0.05 por lo se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa N° 3.

Por lo tanto:

H_{e3}: La violencia sexual se relaciona significativamente con las complicaciones maternas durante la gestación.

Tabla 06.2. Relación entre los tipos de violencia durante la gestación y las complicaciones perinatales en los recién nacidos del hospital San Juan de Lurigancho en el período de febrero a marzo del 2018

Tipos de violencia basada en género		Complicaciones Perinatales				P
		Si		No		
		N	%	N	%	
Violencia física	Si	53	35.57	25	14.20	0.000
	No	96	64.43	151	85.80	
Violencia psicológica	Si	116	77.85	101	57.39	0.009
	No	33	22.15	75	42.61	
Violencia sexual	Si	9	6.04	3	1.70	0.114
	No	140	93.96	173	98.30	

Fuente: Encuesta a 325 puérperas, Hosp. San Juan de Lurigancho, febrero a marzo del 2018

Finalmente, en representación de la tabla 06.2 se observa la relación entre los tipos de violencia basada en género durante la gestación y las complicaciones perinatales.

Contrastación de hipótesis específicas

Enunciados

H_{e4}: La violencia física se relaciona significativamente con las complicaciones perinatales.

H_{e5}: La violencia psicológica se relaciona significativamente con las complicaciones perinatales.

H_{e6}: La violencia sexual se relaciona significativamente con las complicaciones perinatales.

Prueba estadística

Prueba de Chi-Cuadrado

Rango de decisión

$p < 0.05$ = relación significativa

Presentación de la prueba de hipótesis

Según la hipótesis planteada, siendo el valor que se obtiene 0.000 es menor que 0.05 por lo se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa N° 4.

Por lo tanto:

H_{e4}: La violencia física se relaciona significativamente con las complicaciones perinatales.

Según la hipótesis planteada, siendo el valor que se obtiene 0.009 es menor que 0.05 por lo se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa N° 5.

Por lo tanto:

H_{e5}: La violencia psicológica se relaciona significativamente con las complicaciones perinatales.

Según la hipótesis planteada, siendo el valor que se obtiene 0.114 es mayor que 0.05 por lo se rechaza la hipótesis alternativa N° 6 y se acepta la hipótesis nula.

Por lo tanto:

H_{o6}: La violencia sexual no se relaciona significativamente con las complicaciones perinatales.

4.2. Discusión

La Organización Mundial de la Salud ⁽¹⁾ considera que la violencia contra la mujer es un problema de salud a nivel mundial, y también uno de los mayores problemas de salud pública y de derechos humanos por sus consecuencias negativas en el desarrollo integral de las personas.

En el Perú, según Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ⁽⁹⁾ 2016 el 68.2% de las mujeres alguna vez unidas fueron víctimas de algún tipo de violencia por parte del esposo o compañero y a nivel mundial se considera que el 35% de las mujeres de todo el mundo han sufrido violencia física y/o sexual por parte de su pareja o violencia por parte de una persona distinta a su compañero sentimental en algún momento de su vida según la Organización de Naciones Unidas para la Mujer ⁽⁷⁾.

La violencia en el embarazo es un patrón de amenazas y control, que incluye la agresión física, sexual, emocional o combinación de ellos y intimidación contra una mujer, por su pareja o ex –pareja, antes, durante y hasta un año después del nacimiento de un hijo. Este fenómeno se ha descrito a nivel mundial entre el 1% y el 70% ⁽⁵⁾.

Se demostró que la violencia contra la mujer embarazada afecta la salud física y psicológica, provocando un mayor riesgo de muerte materna, suicidios, infecciones de transmisión sexual, trastornos ginecológicos, abortos espontáneos, partos pretérminos. En el recién nacido, hay un mayor riesgo de bajo peso al nacer, riesgo de morir en el primer año de vida y desnutrición. Tomando en cuenta la alta incidencia y las serias repercusiones que la violencia de pareja puede provocar sobre la salud de la mujer ⁽⁶⁾.

Es por ellos, que se consideró importante investigar cuáles son las consecuencias maternas y perinatales de la violencia durante el embarazo en púerperas con el propósito de reconocer la violencia como un problema de Salud pública brindando ayuda en cuanto a la prevención, la identificación precoz y el manejo ante la situación y de esta manera enfrentar este problema e involucrar a los varones como papel fundamental para una buena evolución y desarrollo del embarazo, logrando la disminución de la violencia, y reducir los riesgos de salud tanto para la madre y el recién nacido.

En nuestra investigación titulada: “Violencia basada en género en el embarazo y su relación con las complicaciones maternas y perinatales en puérperas de 20 a 35 años que acuden al hospital San Juan de Lurigancho en el mes de febrero a marzo del 2018”, se observó que en relación a las características sociodemográficas encontramos que la edad media de las puérperas que sufrieron violencia basada en género durante la gestación fue de $27 \pm 4,792$ años. Lo que concuerda con las investigaciones de **Bolhe X. y Andrade E.** en donde la edad media de las puérperas que fueron violentadas durante la gestación fue de 26 y 28.2 años respectivamente.

Encontramos que el grado de instrucción más frecuente fue secundaria completa con un 50.2% seguida de secundaria incompleta con un 23%, tal como concuerda con la investigación de **Andrade E.** en donde el grado de instrucción fue secundaria completa en 53.2% y difiere con la investigación de **Coloma G.** en donde el nivel educativo de las mujeres que sufrieron violencia en el embarazo fue analfabetas con un 26.3 %. Esto puede deberse a que a pesar de que las mujeres tuvieron una educación básica, fueron expuestas a actos de violencia de pareja contra sus madres y han vivido en entornos en los que se aceptaba la violencia e influir a mantenerse de generación en generación.

Se encontró en nuestra investigación que las mujeres víctimas de violencia tenían como estado civil convivientes con un 79.3%, encontrando resultado similar en la investigación de **Gracián N.** donde prevaleció el estado civil convivientes con un 74.1%. Y no concuerda con la investigación de **Estefó S, Mendoza S, Sáez K.** donde el estado civil convivientes se presentó en un 52.9%. Esta situación probablemente se presentó, ya que las mujeres son mayoritariamente jóvenes y éstas más bien optan por una relación de convivencia antes de establecer relaciones más formales.

Con respecto a la ocupación las mujeres que padecieron algún tipo de violencia durante la gestación tenían como ocupación ser ama de casa con un 88%, lo que no concuerda con la investigación de **Távora L. y et al.** donde la mayor parte tenían por ocupación ser amas de casa con un 74.8%. Lo cual puede corresponderse con que estas permanecen más tiempo en casa y, por lo general, dependen económicamente de sus familias y/o parejas.

En relación a las características obstétricas en controles prenatales se encontró con mayor prevalencia de 6 a más CPN que es lo mínimo para considerarse como gestantes controladas con un 60.4% y el 39.6% presentó menos de 5 CPN, lo que no concuerda con la investigación de **Andrade E.** donde se encontró con mayor

prevalencia el indicador mayor o igual a 6 CPN con un 72.7% y el 27.3% menos de 6 CPN.

En cuanto al número de gestaciones se encontró que el 32.7% de las mujeres se encontraban en su segunda gestación lo que no concuerda con la investigación de **Padilla B.** donde las mujeres se encontraban en su segunda gestación con un 66.1%.

Y en cuanto a la relación del número de hijos el 37.1% de las mujeres refirieron tener dos hijos, lo que no concuerda con la investigación de **Estefó S, Mendoza S, Sáez K.** donde el 17.6% tuvo dos hijos.

En relación al número de casos de violencia basada en género durante la gestación, se presentó que de 217 puérperas el 66.8% habían sufrido violencia basada en género durante la gestación, lo que concuerda con la investigación de **Padilla B.** donde el 60% presentó violencia basada en género durante la gestación. Y no concuerda con las investigaciones de **Bohle X. y Coloma G.** donde el 13.2% y el 14.4% presentaron de violencia basada en género durante la gestación, respectivamente.

Respecto a los tipos de violencia basada en género durante la gestación en la presente investigación se encontró que, de las 325 puérperas encuestadas, el 66.8% señaló haber sufrido violencia psicológica, se ha observado en diversos estudios que este tipo de violencia es la más frecuente. Lo que concuerda con la investigación de **Jiménez J.** donde se reportó el 66% de violencia psicológica. Por otro lado, no concuerda con las investigaciones de **Coloma G. y Tenezaca A.** donde la violencia psicológica se presentó en un 100% y 52% respectivamente.

Por lo que se señala a la violencia psicológica como un factor asociado a enfermedades mentales en la que se altera el estado de ánimo de las mujeres lo cual repercute en daños a la personalidad ⁽⁶⁴⁾ es así que Celene, 2012 declara otros riesgos agregados a la violencia emocional, entre ellos padecimiento psicósomático de migraña durante todo el embarazo, relaciones sexuales sin protección y múltiples parejas sexuales. Por lo que es de suma importancia implementar nuevos trabajos investigativos de orden cualitativo que se relacionen con la violencia psicológica, ya que esta demuestra ser uno de los principales factores de riesgo para la embarazada y el recién nacido ⁽¹⁹⁾.

Seguido de la violencia psicológica se encuentra la violencia física en un 24% de las puérperas encuestadas, lo que no concuerda con las investigaciones de **Távora L. y et al. y Tenezaca A.** donde la violencia física se presentaba en un 9.4% y 9% respectivamente.

Y por último en cuanto a la violencia sexual, se presentó un 3.7%, lo que concuerda con la investigación de **Tenezaca A.** en donde la violencia sexual se encontraba en un 4% y no concuerda con la investigación de **Távora L. y et al.** donde se presentó en un 7.1%.

En relación a las complicaciones maternas, en el presente estudio, se observó que las principales complicaciones presentes en las puérperas víctimas de violencia durante la gestación fue infección del tracto urinario con un 43.8%, lo que no concuerda con la investigación de **Tenezaca A.** donde las mujeres violentadas sufrieron de Infección de vías urinarias en un 69.6%, y difiere con la investigación de **Andrade E.** donde se encontró que las principales complicaciones maternas es anemia con un 50.8%.

Diversos estudios explican estas complicaciones como efecto acumulativo de los diferentes tipos de violencia de manera que el impacto sobre la salud sexual y reproductiva es mayor en mujeres que experimentan abusos físicos y sexuales.⁽¹⁹⁾

En relación a las complicaciones perinatales se encontró que el indicador con mayor prevalencia fue bajo peso al nacer con un 28.6%, lo que difiere con la investigación de **Tenezaca A.** donde la complicación con mayor prevalencia fue prematuridad en un 12.9%.

Al relacionar la violencia física y las complicaciones maternas, se halló en la presente investigación que hay relación estadísticamente significativa ($p=0.000$), es decir existe relación entre la violencia física y las complicaciones maternas, tal como concuerda con la investigación de **Correa M.** donde se observa que si existe relación significativa ($p=0.035$) entre la violencia física y las complicaciones maternas.

En relación a la violencia psicológica y las complicaciones maternas, se halló en la presente investigación que hay relación estadísticamente significativamente ($p=0.000$), es decir existe relación entre la violencia psicológica y las complicaciones maternas, tal como concuerda con la investigación de **Correa M.** donde se observa que si existe relación significativamente ($p=0.016$) entre la violencia psicológica y las complicaciones maternas.

Y en cuanto la relación de la violencia sexual y las complicaciones maternas, se halló en la presente investigación que hay relación estadísticamente significativamente ($p=0.014$), es decir existe relación entre la violencia psicológica y las complicaciones maternas, lo cual no concuerda con la investigación de **Correa M.** donde se observa que no existe relación significativamente ($p=0.255$) entre la violencia sexual y las complicaciones maternas.

Y al relacionar violencia física y complicaciones perinatales, se halló en la presente investigación que hay relación estadísticamente significativa ($p=0.000$), es decir existe relación entre la violencia física y complicaciones perinatales, la cual no concuerda con ninguna investigación ya que no lo mencionan.

En cuanto a la relación de la violencia psicológica y las complicaciones perinatales, se halló en la presente investigación que hay relación estadísticamente significativa ($p=0.009$), es decir existe relación entre la violencia psicológica y las complicaciones maternas, lo que no concuerda con ninguna investigación ya que lo mencionan.

Y en cuanto a la relación de la violencia sexual y las complicaciones perinatales, se halló que no existe relación significativa ($p= 0.114$), es decir no existe relación entre la violencia sexual y complicaciones perinatales, lo que no concuerda con ninguna investigación ya que no hay estudios realizados a este tema.

Por lo que se recomienda que se realicen estudios relacionados entre la violencia basada en género y las complicaciones perinatales y que esta investigación sirva como base para otros estudios.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

1. Sí existe relación significativa entre la violencia basada en género durante la gestación y las complicaciones maternas y perinatales en puérperas de 20 a 35 años que acudieron al hospital San Juan de Lurigancho en el período de febrero a marzo del 2018.
2. Las características sociodemográficas de las puérperas que sufrieron violencia basada en género durante la gestación corresponden a la edad promedio de 27.4 años, de grado de instrucción secundaria completa, de estado civil conviviente, con ocupación ama de casa y procedentes de provincia o regiones del interior del país.
3. Las características obstétricas de las puérperas que sufrieron violencia basada en género durante la gestación corresponden a 2 gestaciones, 2 hijos y el número de controles prenatales de 6 a más.
4. Los números de casos de violencia basada en género durante la gestación fue de 66.8% de las puérperas encuestadas en el hospital de San Juan de Lurigancho.
5. Los tipos de violencia basada en género durante la gestación que sufrieron las puérperas que acudieron al hospital San Juan de Lurigancho en el período de febrero a marzo fueron violencia psicológica con 66.8%, violencia física con 24% y violencia sexual con 3.7%.
6. Las complicaciones maternas de las puérperas que sufrieron violencia basada en género durante la gestación en el hospital de San Juan de Lurigancho fueron infección del tracto urinario con 43.8%, anemia con 9.2%, hemorragia de la primera mitad del embarazo con 8.8%, depresión con 7.4% y preeclampsia con 4.6% y las complicaciones perinatales en los recién nacidos son bajo peso al nacer con 28.6%, pequeño para edad gestacional con 6.9%, depresión neonatal o asfixia con 4.6%, prematuridad con 4.1%, ictericia con 2.8%, infección con 2.3%, síndrome de dificultad respiratoria con 2.3% y óbito fetal con 1.8%.
7. La relación entre los tipos de violencia basada en género durante la gestación y las complicaciones maternas si están relacionadas significativamente en donde la violencia física ($p=0.000$), psicológica ($p=0.000$) y sexual ($p=0.014$) en las gestantes, las coloca en riesgo de presentar complicaciones maternas y la relación entre los tipos de violencia basada en género durante la gestación y las complicaciones perinatales en los recién nacidos, vemos que la violencia

física ($p=0.000$) y psicológica ($p=0.009$) en la madre si están relacionadas significativamente con la presencia de complicaciones perinatales.

5.2. Recomendaciones

1. Capacitar al profesional obstetra en el manejo de la violencia basada en género con un equipo multidisciplinario que permita detectar y prevenir las complicaciones maternas y perinatales; con la finalidad de constituir familias saludables.
2. Identificar a la población que presenta la edad promedio de 27.4 años, así como el intervalo de 20 a 23 años, ya que es el grupo etario de mayor incidencia de violencia basada en género durante la gestación; a fin de realizar la detección temprana de la violencia, brindar la información necesaria para enfrentarla y reforzar mediante talleres las habilidades sociales en las gestantes, como comunicación, asertividad, autoestima y toma de decisiones.
3. Implementar el programa de prevención de violencia basada en género en el hospital de San Juan de Lurigancho, donde se aplique la ficha de tamizaje de violencia basada en género desde la primera atención prenatal, a fin de que se promueva la participación activa de los varones, motivándolo a que acuda a las atenciones prenatales acompañando a la gestante hasta el momento mismo del parto con talleres educativos de psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal, donde se empodere a las gestantes sobre sus derechos sexuales y reproductivos, cómo enfrentar situaciones de violencia, los planes de emergencia y brindar orientación acerca de las instituciones de apoyo y hogares de refugio temporal.
4. Implementar un programa de prevención y atención de la violencia basada en género en la sede hospitalaria con un equipo interdisciplinario (gineco obstetra, obstetra, psiquiatra, psicólogo, asistente social y nutricionista), que involucre a la víctima y el agresor, con el objeto de manejar el tratamiento y disminuir la incidencia de violencia basada en género.
5. Fortalecer los enfoques de equidad de género, de derechos humanos, derechos en la salud sexual y reproductiva, interculturalidad, integralidad e inclusión social logrando ser atendida en igualdad de oportunidades, motivando el cambio de actitudes, creencias y sus valores; empoderándola en sus derechos para que no la victimice.
6. Desarrollar y ejecutar un plan de mejora continua en la atención prenatal reenfocada que sean oportunos y eficientes que incorporen actividades de prevención primaria de la violencia y evitar complicaciones maternas; mediante charlas, talleres, consejerías y trípticos informativos a fin de reconocerlos,

denunciarlos y la derivación de los casos detectados a las instituciones públicas que brindan la asesoría y tratamiento pertinentes.

7. Enfatizar actividades informativo-educativas a cargo del equipo interdisciplinario de violencia basada en género asimismo fomentar grupos de autoayuda con énfasis en la detección temprana de la violencia psicológica ya que está directamente relacionada con la autoestima, y es la que se presenta con mayor frecuencia; para que de esta manera se disminuya las complicaciones materno perinatales.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Guía técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género. Perú: Minsa; 2009.
2. Vives C, Álvarez C, Carrasco M. y Torrubiano J. El impacto de la desigualdad de género en la violencia del compañero íntimo en España. Rev Gaceta Sanit. [Internet]. 2007 [citado 12 de abril de 2016]; 21(3): 242-246. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112007000300011.
3. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer. [Internet]. Ginebra: OMS; 2016. [citado 12 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
4. Rondón E. Prevalencia y características de la violencia intrafamiliar en gestantes usuarias del Hospital Antonio Lorena de la ciudad del Cusco (setiembre 2006 - marzo 2007). [Tesis magistral]. Cusco: Universidad Internacional de Andalucía; 2009.
5. Pérez M, López G. y León A. Violencia contra la mujer embarazada: un reto para detectar y prevenir daño en el recién nacido. Acta Pediatr Mex. [Internet]. 2008 [citado 12 de abril de 2016]; 29(5): 267-72. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2008/apm085e.pdf>.
6. Vladislavovna S, Pámanes V, Billings D, Torres L. Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. Rev Saúde Pública. [Internet]. 2007 [citado 12 de abril de 2016]; 41(4): 582-590. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S0034-89102007000400012&lng=en&lng=es.
7. Organización de Naciones Unidas para la Mujer. Hechos y cifras: Acabar con la violencia contra mujeres y niñas. [Internet]. Informe de un Grupo Científico de la ONU mujer; 2016. [citado 12 de abril 2016]. Disponible en: <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures#notes>.
8. Bott S, Guedes A, Goodwin M. y Mendoza J. Violencia contra la Mujer en América Latina y el Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países. [Internet]. Informe de un Grupo Científico de la OPS; 2013. [citado 12 de abril 2016]. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/2.Violencia%20contra%20la%20mujer%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe%20An%C3%A1lisis%20comparativo%20de%20datos%20poblacionales%20de%2012%20pa%C3%ADses.%20Washington,%20DC%20OPS,%202013. 1.pdf>.

9. Instituto Nacional de Estadística e Informática 2017. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. [Internet]. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2017. [citado 17 de agosto 2018]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/index.html
10. Salas C. y Baldeon T. Criminalización de la violencia familiar desde una óptica crítica. Lima: Librería y ediciones Jurídicas; 2009.
11. Castañeda N, Tamayo M, Maque M, Carrillo C. y Alvarado N. Vigilancia de violencia física, psicológica y sexual en gestantes de la provincia de Huánuco, 2006. Investigación valdizana. [Internet]. 2007 [citado 12 de abril de 2016].; 1(2). Disponible en: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/invest.valdiz/v1n2/a3.pdf>.
12. Castro R. y Ruiz A. Prevalencia y severidad de la violencia contra las mujeres embarazadas, México. Rev. Saúde Pública. [Internet]. 2004; 38(1): 62-70. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102004000100009&script=sci_abstract&tlng=es.
13. Valenzuela S. Violencia intrafamiliar como factor de riesgo en la mujer embarazada y su producto. [tesis doctoral]. México: Universidad Colima; 2004.
14. Coloma G. Prevalencia y factores asociados a la violencia en mujeres gestantes, que acuden al Puesto de Salud del Distrito de Marcavelica provincia de Sullana durante el período 2012-2015. [Tesis de licenciatura]. Piura: Universidad Católica los Ángeles Chimbote; 2015.
15. Gracián N. Violencia de género como factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal febrero 2016. [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
16. Andrade E. Violencia de género durante la gestación y su relación con los resultados maternos en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, junio 2016. [Tesis de Licenciatura]. Lima: Universidad Nacional De San Marcos; 2016.
17. Morales J. Violencia doméstica de la pareja y su relación con la preeclampsia en gestantes atendidas en el hospital San Juan de Lurigancho. Enero – Julio, 2015. [Tesis de Licenciatura]. Lima: Universidad Nacional De San Marcos; 2016.
18. Padilla B. Violencia intrafamiliar durante el embarazo y su asociación con el número de atenciones prenatales en pacientes del Instituto Nacional Materno Perinatal, febrero – marzo 2016. [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.

19. Tenezaca A. Violencia intrafamiliar como factor de riesgo para la gestante y su hijo/hija. [Tesis de doctorado]. Ecuador: Universidad Nacional De Loja; 2014.
20. Pacheco D, Azevedo F, Stefanelo J, Spanó A. y Santos J. Violencia del compañero íntimo contra las mujeres embarazadas: Estudio sobre el impacto en los resultados obstétricos y neonatales. Rev esc. enferm. USP. [Internet]. 2014 [citado 6 de mayo de 2016]; 48(2): 206-212. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000200206.
21. Estefó A, Mendoza S. y Sáez K. Violencia física en el embarazo: realidad en el extremo sur de Chile. Rev Chil Obstet Ginecol. [Internet]. 2014 [citado 6 de mayo de 2016]; 79(5): 396 – 407. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000500007.
22. Jiménez J. Violencia en embarazadas y efectos materno-perinatales en usuarias del servicio de ginecología del Hospital Isidro Ayora de Loja 2014. [Tesis de doctorado]. Ecuador: Universidad Nacional De Loja; 2015.
23. Velasco M. Violencia de pareja durante el embarazo en mujeres que dan a luz en hospitales públicos de Andalucía. [Tesis de doctorado]. Granada: Universidad de Granada; 2015.
24. Organización Mundial de la Salud. Manual sobre violencia de género para organizaciones de salud. [Internet]. Secretaría general de la OMS; 2017. [citado 8 de agosto 2017]. Disponible en: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=222:manual-sobre-violencia-genero-organizaciones-salud-&Itemid=227.
25. Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. Publicado en el diario oficial El Peruano, Ley n°. 30364, 2015. [citado 7 de agosto 2017]. Disponible en: <http://www4.congreso.gob.pe/pvp/leyes/ley30364.pdf>.
26. Elgueta T. y Leiva P. La violencia psicológica: un impacto indeleble. [tesina]. Chile: Centro de Estudios de Psicodrama Santiago de Chile; 2007.
27. Quiñones M, Arias Y, Delgado E. y Tejera A. Violencia intrafamiliar desde un enfoque de género. Rev Mediciego. [Internet]. 2011 [citado 6 de mayo de 2016]; 17(2). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2011/mdc112za.pdf>.
28. Castañeda M. Violencia y género. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2006.

29. Alzamora L. Violencia contra la mujer y violencia en gestantes. Rev Salud, Sexualidad y Sociedad. [Internet]. 2009 [citado 6 de mayo de 2016]; 2(2). Disponible en: <http://www.inppares.org/revistasss/Revista%20VI%202009/5.%20Violencia%20Mujer.htm>.
30. Organización Mundial de la Salud. La violencia infligida por la pareja y la salud de la mujer. [Internet]. Ginebra: OMS; 2016. [citado 8 de agosto 2017]. Disponible en: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter4/es/index4.html.
31. Saravia J, Mejía M, Becerra S. y Palomino A. Violencia física contra la mujer durante el embarazo: prevalencia y factores asociados. Rev. Peruana de Epidemiología. [Internet]. 2012 [citado 6 de mayo de 2016]; 16(2): 84-90. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203124632004>
32. Campero L, Walker D, Hernández B, Espinoza H, Reynoso S. Contribución de la violencia a la mortalidad materna en Morelos. Rev Salud pública Mex. [Internet]. 2006. [citado 6 de mayo 2016]; 48(2): 298-306. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000800010.
33. Ortega P, Montiel L. y Amaya D. Anemia y Depleción de las Reservas de Hierro en adolescentes de sexo femenino no embarazadas. Rev. Chilena de nutrición. [Internet]. 2009 [citado 9 de mayo 2016]; 36(2): 111-119. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182009000200002.
34. Bataglia V, Rojas G. y Ayala J. Prevención y manejo de la infección puerperal. Rev. Per Ginecol Obstet. [Internet]. 2006. [citado 9 de mayo 2016]; 52(3):154-158. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol52_n3/pdf/a05v52n3.pdf.
35. Vargas AK. Y Vargas RC. Ruptura prematura de membranas. Rev Med Cos Cen. [Internet]. 2014. [citado 9 de mayo 2016]; 71(613): 719 – 723. Disponible en: <http://www.mediagraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=56252>.
36. Pérez M. Guía hemorragia de la primera mitad de la gestación clínica de la mujer. Clínica de la mujer. [Internet]. 2014. [citado 9 de mayo 2016]. Disponible en: https://www.clinicadelamujer.com.co/files/hemorragia_primera_mitad_de_la_gestacion.pdf
37. Ochoa A. y Pérez D. Amenaza de parto prematuro. Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. Rev. Anales Sis San Navarra. [Internet]. 2009. [citado

- 5 junio 2016]; 32(1): 105-119. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200011.
38. Cararach V. y Botet F. Preeclampsia. Eclampsia y síndrome HELLP. Asociación Española de Pediatría. [Internet]. 2008. [citado 5 junio 2016]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16_1.pdf.
 39. Zárate A. Efectividad de la Educación Sanitaria en el Nivel de Conocimientos y Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual en Adolescentes de 4to y 5to de Secundaria del Colegio Marco Puente Llanos. [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2008.
 40. Mari G y Tate D. Detección y vigilancia RCIU. Contemporary OB/GYN. [Internet]; 2013. [citado 9 de mayo 2016]. Disponible en: <http://contemporaryobgyn.modernmedicine.com/contemporary-obgyn/content/tags/intrauterine-growth-restriction/detection-and-surveillance-iugr>.
 41. Zamorano M. Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada. [Internet]; 2015. [citado 9 de mayo 2016]. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2015/clase2015_desprendimiento_prematuro_placenta.pdf.
 42. Hill LM. Oligohydramnios: sonographic diagnosis and clinical implications. Rev. Clin Obstet Gynecol. 1997; 40(2): 314-327.
 43. Franklin J. Diagnóstico y tratamiento de la corioamnionitis clínica. Rev colombiana y ginecología [Internet]. 2008 [fecha de acceso 7 de mayo 2016]; 53(3): 231-237. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v59n3/v59n3a08.pdf>.
 44. Cabrera M. y Giagnoni M. Diabetes gestacional. [tesis de licenciatura]. San Martín: Universidad Nacional de Cuyo Facultad de Ciencias Médicas; 2011.
 45. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. [Internet]. Informe de un Grupo Científico de la OPS; 1995. [citado 12 de abril 2016]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6282/Volume1.pdf?sequence=1>.
 46. Celis J. y et al. Ansiedad y estrés académico en estudiantes de medicina humana de primer y sexto año. Anales de la facultad de medicina. [en línea]. 2007 [citado 6 de mayo 2017]; 62(1): 25-30. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/4143>.

47. Rincón P. Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. [Tesis magistral]. Madrid: Universidad Internacional de Andalucía; 2009.
48. Sánchez B. Trastornos de la Conducta Alimentaria, de 18 a 22 años en las Alumnas de la Carrera de Psicología de la Universidad Tecnológica Intercontinental. [Tesis de licenciatura]. Paraguay: Universidad Tecnológica Intercontinental; 2013.
49. Arenas S. Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes. [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marco; 2009.
50. Rellan S, Garcia C. y Paz M. El recién nacido prematuro. Asociación Española de Pediatría. [Internet]; 2008 [citado 6 de mayo 2017]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf.
51. Chatelain P. Children born with intra-uterine growth retardation (IUGR) or small for gestational age (SGA): long term growth and metabolic consequences. Endocrine regulations. [Internet] 2000 [citado 6 de mayo 2017]; 33: 33-36. Disponible en: <https://www.sav.sk/journals/endo/full/er0100f.pdf>.
52. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica del recién nacido con asfisia perinatal. Colombia: Min salud; 2013.
53. López J. y Valls A. Síndrome de dificultad respiratoria. Asociación Española de Pediatría. [Internet]; 2008 [citado 6 de mayo 2017]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/31.pdf>.
54. Lagos R, Busto L. y Orellana J. Evaluación Neonatal del crecimiento intrauterino de recién nacidos en hospital regional de Temuco. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. [Internet].2009 [citado 9 de mayo 2016]; 74(4): 209-216. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000400002.
55. Fuentes M. y et al. Neumonía adquirida en la comunidad. Rev. Cubana Med Gen Integr. [Internet]. 2013 [citado 7 de mayo 2016]; 29(2): 202-213. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000200011.
56. Fernandez B, Lopez J, Coto D, Ramos A. y Ibañez A. Sepsis del recién nacido. Asociación Española de Pediatría. [Internet]; 2008 [citado 6 de mayo 2017]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/21_0.pdf.
57. Rodriguez J. y Figueras J. Ictericia neonatal. Asociación Española de Pediatría. [Internet]; 2008 [citado 6 de mayo 2017]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/38.pdf>.
58. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad fetal, neonatal y perinatal. [Internet]. Informe de un Grupo Científico de la OPS. [citado 12 de abril 2016]. Disponible en: http://www.who.int/pmnch/activities/sintesis_situacionmortalidad_en_alc.pdf

59. Organización de Naciones Unidas para la Mujer. Enfoque en la prevención de la violencia [Internet]. Informe de un Grupo Científico de la ONU mujer [citado 12 de abril 2016]. Disponible en: <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/prevention>
60. Instituto Canario de igualdad. Guía para la Atención a Mujeres Víctimas de Violencia de Género. 3ra ed. España: Instituto Canario de igualdad; 2011
61. Osorio Y. y Mucha J. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la violencia física y psicológica en gestantes adolescentes y gestantes adultas en el Hospital San José, Callao-2013. [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2013.
62. Távara L y et al. Repercusiones maternas y perinatales de la violencia basada en género. Rev. Peruana de Ginecología y Obstetricia. [Internet] 2007 [citado 11 de junio 2017]; 53(1): 10-17. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428183002>
63. Hernández R, Fernández E. y Baptista P. Metodología de la investigación. 6ta ed. México: Mc GRAW- HILL; 2014.
64. Castro R, Vázquez de la Torre J, Caro M. y Pérula L. Violencia doméstica en la ciudad de Córdoba: estudio de prevalencia y factores asociados. SEMERGEN. 2009; 35(5):221-6.
65. Bohle X. Magnitud y características de la violencia doméstica en las mujeres embarazadas atendidas en el servicio de obstetricia y ginecología del Hospital Clínico Regional Valdivia. [Tesis de licenciatura]. Chile: Universidad Austral de Chile; 2008.
66. Correa M. La violencia física, psicológica y sexual durante el embarazo y su relación con las complicaciones maternas Hospital de Vitarte 2011. Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual. Míndes cooperación técnica belga -ctb; 2011.

ANEXOS

Anexo 1. Formato de encuesta

“VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO EN EL EMBARAZO Y SU RELACIÓN CON LAS COMPLICACIONES MATERNAS Y PERINATALES EN PUÉRPERAS DE 20 A 35 AÑOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO EN EL MES DE FEBRERO A MARZO DEL 2018”

Estimada señora: El presente cuestionario tiene como objetivo “Determinar la relación entre la violencia basada en género en el embarazo y las complicaciones maternas y perinatales en puérperas de 20 a 35 años”. Lo que nos ayudará a reconocer cuales son las complicaciones que puede presentar usted en su embarazo y su bebé.

Su colaboración es muy importante para el estudio, tenga en cuenta que el cuestionario es anónimo por lo que solicitamos que responda con la verdad.

PARTE I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad: _____

2. Grado de instrucción:

Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta
 Secundaria completa Técnico incompleto Técnico completo
 Superior incompleto Superior completo Analfabeta

3. Estado Civil:

Soltera Casada Conviviente Divorciada
 Viuda

4. Ocupación:

Ama de casa Estudiante Trabajadora independiente
 Trabajadora dependiente

5.- Lugar de Nacimiento:

Lima Provincia

PARTE II. CARACTERÍSTICAS OBSTÉRICAS:

1. Control prenatal:

Menos de 5 CPN De 6 a más CPN

2. Gestaciones:

Primero Segundo Tercero Cuarto Quinto a más

3. Número de Hijos

Sin hijos 1 hijo 2 hijos 3 hijos 4 hijos 5 a más hijos

PARTE III. COMPLICACIONES MATERNAS Y PERINATALES

1.- Complicaciones Maternas:

Anemia ITU Sangrado vaginal RPM
 Hemorragia del I trimestre Amenaza de PT Parto pre termino
 Preeclampsia ITS RCIU DPP
 Oligohidramnios Corioamnionitis Diabetes gestacional
 Ansiedad Estrés post traumático Trastornos alimenticios
 Abuso de alcohol, drogas, psicofármacos Depresión
 Sin complicaciones

1. Complicaciones Perinatales

Prematurez Bajo peso al nacer Depresión neonatal o asfixia
 Síndrome de dificultad respiratoria Pequeño por edad gestacional
 Neumonía Infección Ictericia
 Muerte fetal Óbito fetal Sin complicaciones

Anexo 2. Ficha de tamizaje de Violencia basada en género

FICHA DE TAMIZAJE

DIRECCIÓN DE SALUD:.....ESTABLECIMIENTO.....FECHA:.....
 SERVICIO: Emergencia Pediatría Ginecología Obstetricia CRED Medicina P.F.
 NOMBRE Y APELLIDO DEL USUARIO:.....
 EDAD:..... SEXO: Masculino Femenino
 DIRECCIÓN:.....

Lea al Paciente		
Debido a que la Violencia familiar es dañina para la salud de las personas, en todos los programas de salud estamos preguntado a los pacientes si actualmente están en esta situación para participar con ellas en la solución de su problema, por favor, conteste a estas preguntas:		
Pregunte		
<p>Si es adulto (a): ¿alguna vez ha sido maltratada psicológicamente? ¿alguna vez ha sido maltratada físicamente? ¿ha sido forzada a tener relaciones sexuales?</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>¿Quién?..... ¿Desde cuándo?..... ¿Cuándo fue la última vez?.....</p>
<p>Si es niño, niña – adolescente: ¿Te castigan tu papá o tu mamá? ¿Cómo? ¿Alguna persona extraña o de tu propia familia te ha tocado de manera desagradable?</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>¿Quién?..... ¿Desde cuándo?..... ¿Cuándo fue la última vez?.....</p>
<p>Marque con aspa (X) todos los indicadores de maltrato, que observe En todos los casos: niña (o), adolescente, adultos (s), adulta mayor(o)</p>		
FISICOS	Retraimiento	Intento de suicidio
Hematomas y confusiones inexplicables	Llanto frecuente	Uso de alcohol, drogas
Cicatrices o quemaduras	Exagerada necesidad de ganar, sobresalir.	Tranquilizantes o analgésicos.
Fracturas inexplicables	Demandas excesivas de atención.	SEXUALES
Marca de mordeduras.	Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.	Conocimiento y conducta sexual inapropiada (niños)
Lesiones de vulva, perineo y recto, etc.	Tartamudeo	Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.
Laceraciones en la boca, mejilla, ojos, etc.	Temor a los padres o de llegar al hogar.	Embarazo precoz.
Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del sueño.	Robo, mentira, fatiga, desobediencia, agresividad.	Abortos o amenaza de infecciones de transmisión sexual.
Enuresis (niños.)	Llegar muy temprano a la escuela o retirarse muy tarde.	NEGLIGENCIA
PSICOLÓGICO	Bajo rendimiento académico.	Falta de peso a pobre patrón de crecimiento.
Extrema falta de confianza en sí mismo.	Aislamiento de personas.	No tiene vacunas o atención de salud.
Tristeza, depresión o angustia.		Accidente o enfermedades muy frecuentes.
		Descuido en la higiene y falta de estimulación del desarrollo.
		Fatiga, sueño, hambre.

FECHA:.....DERIVADO POR.....FIRMA Y SELLO.....
 NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE ATENDIÓ EL CASO:.....
 REFERENCIA A: HOSPITAL CENTRO DE SALUD OTROS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitada a participar en una investigación sobre Violencia basada en género durante el embarazo y su relación con las complicaciones maternas y perinatales en puérperas de 20 a 35 años que acuden al hospital San Juan de Lurigancho. Este estudio es realizado por la Bachiller en Obstetricia Alma Urrutia Cotrina y Jennifer Huallpa Báez.

El propósito de esta investigación es Determinar la relación entre la violencia basada en género en el embarazo y las complicaciones maternas y perinatales en puérperas de 20 a 35 años que acuden al hospital San Juan de Lurigancho en el mes de febrero a marzo del 2018. Usted fue seleccionada para participar en este estudio, ya que cumple con determinados criterios.

Si acepta participar en esta investigación tendrá que contestar una serie de preguntas, las cuales deberán ser respondidas con absoluta sinceridad y claridad, además deberá de dar su permiso para usar los datos de forma anónima. El participar en este estudio le tomará un tiempo de 15 minutos aproximadamente.

Riesgos y beneficios:

Los riesgos asociados a este estudio son mínimos puesto que no afectará directamente la integridad física de la persona, más puede causar incomodidad por indagar sobre aspectos personales, por ende, para dar seguridad no se consignarán los nombres y apellidos de las mismas. El desarrollo de este estudio beneficiará a la comunidad científica puesto que obtendremos información importante para esta institución.

Confidencialidad:

Se guardará absoluta confidencialidad de los datos de las participantes y en la publicación se mantendrá el anonimato de las mismas.

Incentivos:

Las participantes de este estudio no recibirán incentivos monetarios.

Derechos:

Si ha leído este documento, es necesario que entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento.

Si firma este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Firma de la entrevistada

Firma de la encuestadora

Anexo 4. Juicio de expertos

Datos de calificación:

1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.
3. La estructura del instrumento es adecuado.
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.
6. Los ítems son claros y entendibles.
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación

CRITERIOS	JUECES					SUMA
	J1	J2	J3	J4	J5	
1	1	0	1	1	1	4
2	1	1	1	1	1	5
3	1	1	1	1	1	5
4	1	1	1	1	1	5
5	1	1	1	1	1	5
6	1	1	1	1	1	5
7	1	1	1	1	1	5
TOTAL	7	6	7	7	7	34

Prueba de concordancia entre los jueces

$$b = \frac{T_a}{T_a + T_d} \times 100$$

$$b = \frac{34}{34 + 1} \times 100 = 0.9714$$

0.53 a menos	Validez nula
0.54 a 0.59	Validez baja
0.60 a 0.65	Válida
0.66 a 0.71	Muy valida
0.72 a 0.99	Excelente validez
1.0	Validez perfecta

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a): *Mg. Ruth Nilda Otárola De la Torre.*

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	X		<i>Se sugiere mejorar los ítems a aplicar.</i>
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Los ítems son claros y entendibles.	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

SUGERENCIAS:

- la secuencia respecto a la prevalencia e intensidad de violencia tipo en un mes de estudio me parece innecesario solo por el estudio se amplie.

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a): *Dr. Franklin Solís Arias*

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACION
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.		X	<i>Para Embarazos Maternos y Perinatales debe ser más exhaustiva.</i>
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Los ítems son claros y entendibles.	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

SUGERENCIAS:

Revisar uso de lenguaje y su uso en relación a ser un instrumento para determinar tipos de Embarazos Maternos y/o Perinatales


 MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
 HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
 FRANKLIN ARTURO SOLÍS ARIAS
 JUEZ EXPERTO
 FIRMADO EN PRESENCIA DEL JUEZ EXPERTO Nº 12436
 FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a): *Lic. Ruth Chasquibol Chacon*

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACION
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	✓		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles.	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....

.....

.....


MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO

RUTH CHASQUIBOL CHACON
 Coordinadora de Obstetras
 C.O.P 18563

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)

Anexo 5. Constancia de aprobación

 **PERÚ** Ministerio de Salud Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro Tu salud es nuestro propósito

MEMORANDUM Nº 222 -2018-UADI-HSJL

A : **DR. MAURO REYES ACUÑA**
Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia

ASUNTO : **VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO EN EL EMBARAZO Y SU RELACIÓN CON LAS COMPLICACIONES MATERNAS Y PERINATALES EN PUÉRPERAS DE 20 A 35 AÑOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO EN EL MES DE AGOSTO DEL 2018.**

FECHA : Canto Grande, 30 de Julio del 2018

Por medio del presente es grato dirigirme a Usted, para saludarlo cordialmente y a la vez hacer de su conocimiento que con la finalidad de obtener el título de Licenciada en Obstetricia se ha presentado la Tesis titulada "VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO EN EL EMBARAZO Y SU RELACIÓN CON LAS COMPLICACIONES MATERNAS Y PERINATALES EN PUÉRPERAS DE 20 A 35 AÑOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO EN EL MES DE AGOSTO DEL 2018.", los Comités de Ética e Investigación han aprobado el proyecto de Investigación y el Consentimiento informado.

Por lo expuesto solicito a Usted, se brinde las facilidades a **HUALLPA BAEZ JENNIFER YESENIA Y URRUTIA COTRINA ALMA ROSA** de la **Universidad Norberto Wiener** para proporcionar las facilidades para el desarrollo del Programa en mención y desarrollar el Estudio de Investigación.

Agradeciendo su atención al presente quedo de usted no sin antes reiterarle mi consideración y estima personal.

Atentamente,





MC. HUGO ENRIQUE MARTINEZ RIOS
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

HMR/LBC
C.c. ARCHIVO

