



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA
SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**TESIS
TIPOS DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y
COMPLICACIONES MATERNAS EN GESTANTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE
LA VEGA ABANCAY, 2016.**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA
EN OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR
VELQUIZA CÁCERES PESEROS**

**ASESOR:
OBSTA. HUGO GUILLERMO SANTOS VARGAS**

Abancay, Perú - 2018

DEDICATORIA

Con toda la humildad que mi corazón emana dedico mi trabajo a Dios.

A mi padre, a pesar de nuestra distancia física, siento que estás conmigo siempre y aunque nos faltaron muchas cosas por vivir juntos, sé que este momento hubiera sido tan especial para ti como lo es para mí.

De igual manera, dedico esta tesis a mi madre que ha sabido formarme con buenos deseos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles

A mis hermanos que son el motor y motivo de mis días.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, doy infinitamente gracias a Dios, por haberme dado fuerza y valor para culminar esta etapa de mi vida.

Al Obsta. Hugo Guillermo Santos Vargas por toda la colaboración brindada, durante la elaboración de la presente tesis.

A mi padre que siempre lo he sentido presente en mi vida. Y sé que está orgulloso de la persona en la cual me he convertido.

Agradezco también la confianza y el apoyo brindado por parte de mi madre que sin duda alguna en el trayecto de mi vida me ha demostrado su amor, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos.

Finalmente, a la Obsta. Zulma Dávila Quiroga por sus valiosas aportaciones que hicieron posible este proyecto y por la gran calidad humana que me ha demostrado con su amistad.

RESUMEN

TIPOS DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y COMPLICACIONES MATERNAS EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA ABANCAJ, 2016.

Objetivo: Determinar los tipos de violencia basada en género y complicaciones maternas en las gestantes que acuden al Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancaj, 2016.

Material y métodos: estudio de tipo básico, observacional, retrospectiva, transversal, analítico de diseño transaccional correlacional, realizado en 154 gestantes que acudieron al Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Apurímac, (Perú). Se utilizaron como técnica la revisión documental, y como instrumento se utilizó una ficha de recolección de datos, la misma que fue validada por juicio de expertos.

Primero: Los tipos de violencia basada en género recibida por las gestantes con complicaciones maternas, en la cual un alto porcentaje (70%) según el tamizaje empleado indica haber recibido violencia psicológica, seguido de por la física con un 21% y en menor porcentaje la sexual con un 9%.

Segundo: Las complicaciones maternas más frecuentes fueron: las hemorragias de la I mitad del embarazo (36,4%), ruptura prematura de membranas (22,1%) y el parto complicado quirúrgico (15,6%).

Tercero: las complicaciones maternas hemorrágicas, otras complicaciones del embarazo y las complicaciones del parto y puerperio se relacionan significativamente con los tipos de violencia basada en género

Cuarto: Las hemorragias de la I mitad sin laparotomía y el parto complicado quirúrgico está asociado con la violencia psicológica.

Quinto: Las mujeres gestantes estudiadas mayoritariamente son jóvenes (45,5%) y adultas (39,6%); con instrucción secundaria (72,1%), más de la mitad (55,2%) proceden del ámbito rural, un 72,1% tienen el estado civil conviviente y el tipo de gravidez más frecuente es la primigravidez con un 39,6%.

Palabras clave: Tipos de Violencia Basada en Género, Violencia Basada en Género (VBG) durante el embarazo, Complicaciones maternas.

ABSTRAC

TYPES OF GENDER-BASED VIOLENCE AND MATERNAL COMPLICATIONS IN GESTANTS WHO GO TO THE REGIONAL HOSPITAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA ABANCAAY, 2016.

Objective: To determine the types of violence based on gender and maternal complications in pregnant women who attend the Guillermo Diaz de la Vega Abancay Regional Hospital, 2016.

Material and methods: a basic, observational, retrospective, cross-sectional, analytical study of correlational transactional design, carried out on 154 pregnant women who attended the Guillermo Díaz de la Vega Apurímac Regional Hospital, (Peru). The documentary review was used as a technique, and a data collection form was used as an instrument, which was validated by expert judgment.

First: The types of violence based on gender received by pregnant women with maternal complications, in which a high percentage (70%) according to the screening used indicates having received psychological violence, followed by physics with 21% and a lower percentage the sexual one with 9%.

Second: The most frequent maternal complications were: hemorrhages of the first half of pregnancy (36.4%), premature rupture of membranes (22.1%) and complicated surgical delivery (15.6%).

Third: maternal hemorrhagic complications, other complications of pregnancy and the complications of childbirth and puerperium are significantly related to the types of gender-based violence

Fourth: Hemorrhages of the first half without laparotomy and complicated surgical delivery is associated with psychological violence.

Fifth: The pregnant women studied mostly are young (45.5%) and adults (39.6%); with secondary education (72.1%), more than half (55.2%) come from rural areas, 72.1% have civil status and the most frequent type of pregnancy is primigravidence with a 39.6% %.

Keywords: Types of Gender-Based Violence, Gender-Based Violence (GBV) during pregnancy, Maternal Complications.

ÍNDICE

| | |
|--|-------------|
| DEDICATORIA | ii |
| AGRADECIMIENTO | iii |
| RESUMEN | iv |
| ABSTRAC | vi |
| ÍNDICE | viii |
| ÍNDICE DE TABLAS | xi |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS | xiii |
| INTRODUCCIÓN | xiv |
| CAPITULO I: | 16 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 16 |
| 1.1 Descripción de la realidad problemática | 16 |
| 1.2 Delimitación de la investigación | 21 |
| 1.2.1 Delimitación temporal. | 21 |
| 1.2.2 Delimitación geográfica..... | 21 |
| 1.2.3 Delimitación social. | 21 |
| 1.3 Formulación del problema | 21 |
| 1.3.1 Problema principal | 21 |
| 1.3.2 Problemas secundarios | 21 |
| 1.4 Objetivos de la investigación..... | 22 |
| 1.4.1 Objetivo general | 22 |
| 1.4.2 Objetivos específicos | 22 |
| 1.5 Hipótesis de la investigación..... | 23 |
| 1.5.1 Hipótesis general..... | 23 |
| 1.6 Justificación de la investigación | 23 |
| CAPITULO II: | 26 |
| MARCO TEORICO | 26 |
| 2.1 Antecedentes de la investigación..... | 26 |

| | | |
|----------------------------|--|-----------|
| 2.2 | Bases teóricas | 36 |
| 2.2.1 | La Violencia Basada en Género (VBG)..... | 36 |
| 2.2.1.1 | La violencia en las etapas de la vida | 37 |
| 2.2.2 | Tipos de Violencia | 38 |
| 2.2.2.1 | La Violencia física. | 38 |
| 2.2.2.2 | La Violencia sexual. | 38 |
| 2.2.2.3 | La Violencia psicológica. | 39 |
| 2.2.3 | Factores asociados a la violencia basada en género | 41 |
| 2.2.4 | Teorías explicativas de la violencia basada en género | 42 |
| 2.2.5 | La Violencia Basada en Género (VBG) durante el embarazo | 45 |
| 2.2.5.1 | Definición | 45 |
| 2.2.5.2 | Estudios y estadísticas | 45 |
| 2.2.6 | Probables causas de agresión durante el embarazo | 47 |
| 2.2.7 | Complicaciones maternas de la Violencia Basada en Género (VBG) durante el embarazo | 49 |
| 2.3 | Definición de términos | 51 |
| CAPITULO III: | | 55 |
| METODOLOGÍA..... | | 55 |
| 3.1 | Tipo de investigación | 55 |
| 3.2 | Diseño de la investigación | 56 |
| 3.3 | Población y muestra de la investigación | 56 |
| 3.3.1 | Población..... | 56 |
| 3.3.2 | Muestra | 56 |
| 3.4 | Variables, dimensiones e indicadores..... | 58 |
| 3.5 | Técnicas e instrumentos de la recolección de datos | 59 |
| 3.5.1 | Técnicas | 59 |
| 3.5.2 | Instrumentos..... | 59 |
| 3.6 | Validez y confiabilidad del instrumento | 59 |
| CAPÍTULO IV:..... | | 61 |
| RESULTADOS | | 61 |

| | | |
|-----|--|-----------|
| 4.1 | Resultados descriptivos | 61 |
| 4.2 | Contrastación de hipótesis..... | 74 |
| 4.3 | Discusión de los resultados | 82 |
| | CONCLUSIONES | 85 |
| | RECOMENDACIONES..... | 86 |
| | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 87 |
| | ANEXO | 92 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1.-Gestantes según violencia basada en género atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016. | 61 |
| Tabla 2.-Gestantes según complicaciones maternas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016 | 63 |
| Tabla 3.-Gestantes con complicaciones maternas hemorrágicas según tipos de violencia basada en género atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016 | 65 |
| Tabla 4.-Gestantes con complicación materna hipertensiva del embarazo según tipos de violencia basada en género atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016 | 67 |
| Tabla 5.-Gestantes con otras complicaciones maternas según tipos de violencia basada en género atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016 | 68 |
| Tabla 6.-Gestantes con complicaciones del parto y puerperio según tipos de violencia basada en género atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016 | 70 |
| Tabla 7.-Gestantes con violencia basada en genero según características socio reproductivas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016 | 72 |
| Tabla 8.-Gestantes con complicaciones maternas según violencia basada en género atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016 | 74 |
| Tabla 9.-Gestantes con complicaciones maternas hemorrágicas del embarazo dicotomizada según tipos de violencia basada en género dicotomizada atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016 | 75 |
| Tabla 10.-Gestantes con complicaciones hemorrágicas dicotómizada según Violencia basada en género dicotomizada atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016 | 77 |
| Tabla 11.-Gestantes por otras complicaciones del embarazo dicotomizada según tipos de violencia basada en género dicotomizada atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016 | 77 |

| | |
|---|----|
| Tabla 12.-Gestantes con otras complicaciones del embarazo según Violencia basada en género atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016 | 79 |
| Tabla 13.-Gestantes por otras complicaciones del parto y puerperio dicotomizada según tipos de violencia basada en género dicotomizada atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016..... | 79 |
| Tabla 14.-Gestantes con complicaciones según Violencia basada en género atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016..... | 81 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1.- Frecuencia y porcentaje de gestantes según violencia basada en género atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016 | 62 |
| Gráfico 2.- Porcentaje de gestantes según complicaciones maternas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016..... | 64 |
| Gráfico 3.- Porcentaje de gestantes con complicaciones maternas hemorrágicas según tipos de violencia basada en género atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016 | 66 |
| Gráfico 4.- Porcentaje de gestantes con complicación materna hipertensiva según tipos de violencia basada en género atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016 | 67 |
| Gráfico 5.- Porcentaje de Gestantes con otras complicaciones maternas según tipos de violencia basada en género atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016. | 69 |
| Gráfico 6.- Porcentaje de gestantes con complicaciones del parto y puerperio según tipos de violencia basada en género atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016 | 71 |
| Gráfico 7.- Porcentaje de gestantes con violencia basada en genero según características socio reproductivas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016. | 73 |
| Gráfico 8.- Análisis de correspondencias de gestantes con complicaciones hemorrágicas del embarazo dicotomizada según tipos de violencia basada en género dicotomizada atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016 | 76 |
| Gráfico 9.- Análisis de correspondencias de otras complicaciones del embarazo dicotomizada según tipos de violencia basada en género dicotomizada atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016 | 78 |
| Gráfico 10.- Análisis de correspondencias de otras complicaciones del parto y puerperio dicotomizada según tipos de violencia basada en género dicotomizada atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016 | 80 |

INTRODUCCIÓN

La violencia basada en género, o la violencia contra la mujer, es uno de los mayores problemas de salud pública y de derechos humanos en todo el mundo. Esta afirmación procede de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), ya que desde que en 1996 esta institución reconociera la violencia contra las mujeres como un problema de salud a nivel mundial.

La violencia de género es tal vez la violación de los derechos humanos más generalizada y más tolerada socialmente. El costo para las mujeres, sus hijos, sus familias y sus comunidades es un obstáculo sustancial para reducir la pobreza, lograr la igualdad entre hombres y mujeres. La violencia es una experiencia traumática para cualquier mujer esto afecta la salud, la dignidad, la seguridad y la autonomía de sus víctimas. La violencia basada en el género no tiene fronteras, económicas, sociales o geográficas. Es una violencia perpetrada mayormente por los hombres contra las mujeres, que reflejan y refuerza simultáneamente la inequidad de género. El precio que se cobra en forma de menoscabo de la dignidad, la autonomía y la salud de la mujer es horroroso, a escala mundial una de cada tres mujeres ha sido o bien golpeada, o bien obligada bajo coacción a entablar relaciones sexuales no deseadas, o bien objeto de malos tratos, a menudo por parte de un miembro de la familia o de alguien que la mujer conoce. A comienzos del siglo XXI, la violencia mata y daña a tantas mujeres y niñas de entre 15 y 44 años de edad.

El embarazo es una etapa donde se desarrolla una nueva vida y debiera ser un periodo donde se respetara el bienestar materno fetal, pero esto no se cumple sino por el contrario la violencia puede aparecer, aumentar y prolongarse hasta más allá del periodo posparto. Este fenómeno se constituye como una seria y preocupante influencia en el sano desarrollo del embarazo. Constituye una fuerte carga en los

países en vías de desarrollo para las mujeres quienes con frecuencia están desnutridas, sobrecargadas de trabajo y sin acceso a los servicios de salud.

Actualmente lo que permite identificar los diferentes tipos de violencia es su visibilización como problema social, las sociedades cambian, lo que hace que se tomen en cuenta problemas no visibles antiguamente.

La violencia basada en género es un problema creciente en todas las sociedades y por ello el obstetra está en una posición privilegiada para hacer su pesquisa y de esta manera su intervención puede detenerla y evitar muertes de mujeres y sus hijos.

El reto es coadyuvar a la prevención y disminución de la violencia basada en género y promover estilos de vida saludables, asimismo se requiere realizar nuevas investigaciones en el tema, que permitirán conocer la magnitud de algunas características del problema, para estar en condiciones de afrontarlo mejor, de diseñar o fortalecer políticas públicas y tomar decisiones para su prevención y la atención integral de los involucrados promoviendo la capacitación del personal médico y de trabajo social, proporcionar orientación médica, psicológica y jurídica que resulte necesaria, canalizando a las víctimas y a sus agresores a las instituciones adecuadas para su atención y lograr su paulatino abatimiento.

CAPITULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La violencia en el Perú, es un problema social de graves consecuencias para la salud de las personas, la economía y el desarrollo de los pueblos, y generalmente se instala de manera silenciosa en numerosas familias dejándola sus terribles secuelas (1) .

Esta manifestación del ejercicio de poder de una persona sobre otra puede ser expresada a través de insultos, amenazas, coerción, chantaje y/o agresión física que afectan la salud física, sexual y/o psicológica de las personas que la sufren, principalmente las mujeres y las niñas. La violencia es un problema que generalmente se calla y se oculta principalmente por la propia víctima y en muchas culturas es tolerada y hasta legitimada como un derecho del hombre sobre la mujer, hijas e hijos, pasando a formar parte de la interacción intrafamiliar. Se constituye a la violencia como práctica cotidiana, repitiéndose a

través de generaciones en la crianza de las hijas e hijos; los que a su vez, la replican cuando son padres (2) .

La violencia basada en género es reconocida como un problema social y de salud pública, concierne a los derechos humanos y por tanto es obligación del estado y de la toda la sociedad intervenir (3) .

La violencia contra la mujer constituye un problema social y de derechos humanos que repercute de manera importante en la salud y bienestar de las mujeres y sus recién nacidos (4) .

Diversos autores que han escrito sobre el tema, coinciden que la violencia es un mal social que va en aumento en todas sus formas. La violencia basada en género no es un problema de la sociedad contemporánea, ha sido constante a lo largo de la historia (5) , de tal manera que hoy la padecemos como endémica en comunidades y países de todo el mundo, sin distinción de clases sociales, raza, edad o religión. Esta puede tomar la forma de abuso mental, físico y sexual (6) , (7) .

En lo que se refiere al maltrato durante el embarazo se conoce que la violencia contra estas mujeres tiene un efecto devastador sobre su salud sexual y reproductiva lo cual también afecta la salud de sus hijos. Tal comportamiento es arraigado en la inequidad sexual, que es tristemente persistente, posiblemente en todas partes de todas las sociedades. Este fenómeno se constituye como una seria y preocupante influencia en el sano desarrollo del embarazo; además, es franca una violación de los derechos humanos de una mujer. La violencia

puede comenzar o intensificarse en el embarazo y tiene consecuencias significativas para la mujer, el feto y el niño (8).

El Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer constituye un hito tanto por su alcance como por el modo en que se ha llevado a cabo. En lo que se refiere a sus resultados, equipos formados específicamente para la ocasión recabaron información de más de 24000 mujeres procedentes de 15 entornos ubicados en 10 países con diferentes entornos culturales: Bangladesh, Brasil, Etiopía, Japón, Namibia, Perú, Samoa, Serbia y Montenegro, Tailandia y la República Unida de Tanzania.

En lo que se refiere a la violencia durante el embarazo este estudio revela que el porcentaje de mujeres que alguna vez habían estado embarazadas y habían sido víctimas superaba el 5% en 11 de los 15 entornos examinados. La cifra más baja se registró en Japón (1%) y la más alta en el entorno provincial de Perú (28%).

El embarazo no constituye un factor protector contra la violencia familiar, reportándose a nivel mundial la prevalencia de abuso durante esta etapa del 4 al 25%, según la población estudiada (9) . Y en América Latina se ha reportado que afecta a un 13% de embarazadas (10).

El embarazo se puede constituir en una etapa crítica en donde aumenta la vulnerabilidad de la mujer al abuso de diferente naturaleza (6), dado que existen resultados adversos para las madres y sus niños (11).

La salud física y mental de las mujeres embarazadas que sufren violencia doméstica está comprometida en comparación con las mujeres que no son víctimas de violencia (7), (12).

A pesar de que el embarazo es una etapa donde se desarrolla una nueva vida y debería ser un periodo en que se respeta el bienestar de la madre y el feto, esto en términos reales no es así, y la violencia puede aparecer, aumentar y prolongarse. Es una fuerte carga para los países en general y, a pesar que es un mal generalizado, termina por afectar a los más débiles (13), (14).

Comúnmente, las mujeres se resisten a reportar el problema a los proveedores de salud y ellos no investigan lo suficiente acerca de la posibilidad de exposición a violencia basada en género en sus pacientes (7).

Se ha reportado que la violencia basada en género es muy frecuente durante el embarazo y tiene graves efectos sobre la salud y la vida de la gestante y sus niños (3). Así en estudios nacionales se ha encontrado que poco más de dos terceras partes de las mujeres han sido violentadas antes o durante el embarazo con una prevalencia de 32%, inicio tardío de la atención prenatal, incremento de patologías del embarazo, mayor frecuencia de cesáreas por la mayor frecuencia de patologías y las alteraciones encontradas durante el trabajo de parto (15).

La asociación entre violencia familiar durante el embarazo, peso bajo al nacimiento y complicaciones maternas al nacimiento, ha sido observada y reportada; sin embargo, su estudio es incompleto, aun derivado de las

diferencias para definir y medir la violencia, el momento de hacerlo y el difícil control de las variables confusoras (16), (17).

Según la ENDES (2012), En la región Apurímac el 81,3% de las mujeres alguna vez unidas afirmaron que el esposo o compañero ejerció alguna forma de control sobre ellas, El 30,8% declararon que había experimentado situaciones de violencia verbal a través de expresiones humillantes delante de los demás, el 30,6% reportaron que habían sido amenazadas por su esposo o compañero con irse de la casa/quitarle a sus hijas (os) o la ayuda económica, el 50,3% manifestaron que fueron víctimas de alguna forma de violencia (física y/o sexual) por parte de su esposo o compañero, el 19,9% manifestaron que fueron víctimas de violencia física por parte de su esposo o compañero en los últimos doce meses anteriores al día de la entrevista (2).

Durante mis prácticas pre profesionales en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay, se observó que existen complicaciones que desarrollan las gestantes y muchas de ellas están asociadas a la violencia contra la mujer, por lo que es necesario identificar si la violencia se constituye en un factor de riesgo para desarrollar complicaciones maternas, para de esa forma formular estrategias de tamizaje más sensibles que nos ayuden a identificar precozmente la violencia basada en género y se ayude a disminuir la morbilidad materna y perinatal por esta causa

1.2 Delimitación de la investigación

1.2.1 Delimitación temporal.

Para realizar la presente investigación se tomó como referencia el año del 2016.

1.2.2 Delimitación geográfica.

El trabajo de investigación se realizó en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay del distrito de Abancay, Región Apurímac.

1.2.3 Delimitación social.

Las unidades de estudio para la presente investigación fueron las mujeres gestantes que presentaron complicaciones maternas del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay del distrito de Abancay, Región Apurímac.

1.3 Formulación del problema

1.3.1 Problema principal

¿Cuáles son los tipos de violencia basada en género y su relación con las complicaciones maternas en gestantes que acuden al Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016?

1.3.2 Problemas secundarios

- ¿Cuáles son las complicaciones maternas hemorrágicas y los tipos de violencia basada en género en gestantes que acuden al hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega?
- ¿La complicación materna hipertensiva y los tipos de violencia basada en género en gestantes que acuden al Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016?

- ¿Cuáles son las otras complicaciones maternas y los tipos de violencia basada en género en gestantes que acuden al Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016?
- ¿Cuáles son las complicaciones del parto, puerperio y los tipos de violencia basada en género en gestantes que acuden al Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016?
- ¿cómo son las características socio reproductivas de las gestantes con violencia basada en género que acudieron al Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016??

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo general

- Determinar los tipos de violencia basada en género y complicaciones maternas en las gestantes que acuden al Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016.

1.4.2 Objetivos específicos

- Identificar las complicaciones maternas hemorrágicas y tipos de violencia basada en género en gestantes que acuden al hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016.
- Identificar la complicación materna hipertensiva y los tipos de violencia basada en género en gestantes que acuden al hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016.
- Identificar las otras complicaciones maternas y los tipos de violencia basada en género en gestantes que acuden al Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016.

- Identificar las complicaciones del parto, puerperio y los tipos de violencia basada en género en gestantes que acuden al Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016.
- identificar las características socio reproductivas de las gestantes con violencia basada en género que acudieron al Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016?

1.5 Hipótesis de la investigación

1.5.1 Hipótesis general

Los tipos de violencia basada en género se relaciona de forma significativa con las complicaciones maternas hemorrágicas, en las gestantes que acuden al Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016.

1.6 Justificación de la investigación

La presente investigación aportará a la línea de investigación, ya que sus resultados aportaron datos reales sobre los efectos de la violencia basada en género sobre la salud materna.

Las principales beneficiadas con la investigación son las mujeres gestantes de la región Apurímac, las mismas que si se empoderan en aspectos de hacer prevalecer sus derechos reconocerán en forma oportuna que la violencia es un factor de riesgo que puede complicar su salud y la de su futuro hijo y acudir a las instituciones para recibir la atención que se requiere; además esta investigación tendrá significancia social ya que aportara al sistema sanitario una disminución sustantiva de las complicaciones maternas y fetales y por consiguiente mejora en los indicadores sanitarios, así mismo a la evidencia científica de salud materna dando connotaciones especiales en la actividad

preventiva promocional, la cual se puede ver modificada en la medida que se brinda la posibilidad de revisar, y fortalecer las actividades preventivas y promocionales a nivel sectorial e intersectorial ya que esta problemática es multisectorial, con resultados válidos y útiles, procedentes de esta investigación. En este sentido identificar a la violencia basada en género como factor de riesgo para complicaciones maternas, aportará con la disminución del riesgo de morbilidad materna y perinatal y mejora de los indicadores sanitarios de la región y el país.

El problema de la violencia basada en género tiene una relevancia creciente actualmente en todos los contextos culturales y su solución necesita un abordaje multidisciplinar. Por ello los profesionales de la salud pública deben conocer los posibles efectos que puede tener sobre la salud materna, para poder prevenirlo y detectarlo clínicamente y abordarlo tanto en su tratamiento como en la rehabilitación de las alteraciones biopsicosociales que genera.

La violencia basada en género es considerada un problema de salud pública de primer orden por organizaciones internacionales y gobiernos. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) estableció en 1995 entre sus objetivos estratégicos la lucha contra la violencia basada en género en mujeres, así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1998, declaró a la violencia basada en género como una prioridad internacional para los servicios de salud. Por lo que la importancia de esta investigación recae en identificar mediante datos confiables como la violencia basada en género se constituye como un factor de riesgo para complicaciones maternas, y con sus resultados permitir la implementación de intervenciones a todo nivel para en primer lugar empoderar a las mujeres en aspectos de derechos reproductivos y puedan gozar

de un embarazo saludable con resultados maternos y neonatales óptimos, de tal manera que se contribuya a mejorar la atención de la salud materna en nuestra región y del país. Así mismo se espera que los resultados sugieran nuevos temas para avanzar el conocimiento del fenómeno de estudio y contribuya a la cualificación de la salud materna como derecho de las personas.

CAPITULO II:

MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Antecedentes Internacionales

Svetlana Vladislavovna, Doubova y Col “Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México” **Svetlana Vladislavovna, Doubova y Col**, 2004, **Objetivo:** Analizar los factores relacionados a la violencia de pareja en mujeres embarazadas. **Métodos:** Se recolectó la información de 383 mujeres derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social que acudieron a control prenatal en cinco Unidades de Medicina Familiar en la Ciudad de México entre septiembre del 2003 y agosto del 2004. Ellas respondieron a un cuestionario de violencia elaborado específicamente para el estudio. Obtuvieron los siguientes **Resultados:** Las mujeres, 120 (31.1%) reportaron haber estado expuestas a la violencia psicológica y/o física, y/o sexual por parte de su pareja masculina durante el embarazo actual, el 10% reportaron violencia combinada y 21% violencia aislada. La violencia psicológica fue la más frecuentemente reportada

(93% del grupo “había experimentado violencia”). Con relación a la percepción sobre la violencia no había diferencias significativas entre los grupos de mujeres con y sin violencia. Solo alrededor de 20% de las mujeres tenían conocimiento sobre los lugares donde atienden a las víctimas de violencia. Los factores asociados significativamente a la violencia de pareja en las mujeres embarazadas fueron ser soltera (RM=3.02, IC 95%:1.17; 7.83), vivir en unión libre (RM=2.22, IC 95%: 1.11; 4.42), antecedentes de violencia en la infancia (RM=3.08, IC 95%:1.62; 5.85), consumo de bebidas alcohólicas en la pareja (RM=1.87, IC 95%:1.02; 3.42) y presencia de alteraciones emocionales (RM=4.17, IC 95%: 1.12; 15.51) ; **Concluyendo:** Los resultados refuerzan los hallazgos de otros estudios de que el problema de violencia en mujeres embarazadas en México sigue siendo un problema frecuente (18).

Medina-Meza, Diana y Col, “Violencia física y psicológica contra la mujer embarazada”, realizado en el año 1999, con el **objetivo:** Determinar la frecuencia, características y consecuencias de la violencia física y psicológica contra las gestantes que llegan a la sala Santa Sofía del Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín. **Resultados:** 229 mujeres fueron encuestadas 88 (38,6%) reportaron maltrato durante la gestación, 59 (25,9%) violentadas psicológicamente, 26 (11,4%) física y psicológicamente y 3 (1,3%) exclusivamente abuso físico. Los principales agresores fueron los familiares y el compañero. **Concluyendo:** la violencia física y psicológica contra la mujer embarazada es un problema frecuente con consecuencias adversas para la gestante y su hijo. El sector salud debe conocer este grave problema que es subdiagnosticado para tomar medidas tendientes a su identificación adecuada y oportuna. (19)

Cepeda-Silva, Armando y Col, “Violencia familiar durante el embarazo como factor de riesgo para complicaciones maternas y recién nacidos de peso bajo”, realizado en el año 2011, con el **Objetivo**: Establecer la fuerza de asociación entre violencia familiar durante el embarazo, recién nacidos de peso bajo y complicaciones maternas. **Material y métodos**: Estudio de cohorte de 250 pacientes (125 sin violencia y 125 con violencia). Se calcularon riesgos relativos, Chi cuadrada y análisis de residuos de regresión lineal. **Resultados**: La violencia física incrementa en dos veces el riesgo de obtener recién nacidos de peso bajo (IC al 95% de 1.086 a 3.956) y cinco veces las toxicomanías (IC al 95% de 1.811 a 14.447). También se documentó la asociación con óbitos y trauma abdominal (residuos tipificados). **Concluyendo**: La violencia familiar durante el embarazo incrementa significativamente la probabilidad de nacimientos de bajo peso, óbitos, trauma abdominal y toxicomanías (tabaquismo, alcoholismo y uso de drogas) (9).

Nacionales:

Távora Orozco, Luis y Col. en su trabajo “Repercusiones maternas y perinatales de la violencia basada en género”, realizado en el año 2005. **Objetivo**: Reactualizar la prevalencia del abuso contra las mujeres atendidas en los servicios de obstetricia del Cono Sur de Lima y establecer la asociación entre la violencia y la patología materna y perinatal y la mortalidad perinatal, **Método**: Investigación analítica de tipo cohorte retrospectiva, **Resultados**: En el grupo con violencia durante el embarazo, fue significativa la mayor frecuencia de complicaciones obstétricas y neonatales, así como mayor mortalidad perinatal. **Conclusiones**: la violencia basada en género es muy frecuente entre la población de gestantes que se atienden en el cono sur de Lima y se asocia con

mayor frecuencia de patologías materna y perinatal, así como mayor mortalidad perinatal (15).

Escobar, Juan y Col. en su trabajo “Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género?”, realizado en el año 2009. **Objetivo:** Determinar la asociación entre depresión posparto y la violencia basada en género. **Metodología:** Exploratorio, de corte transversal **Resultados:** La tasa de depresión posparto fue 17%, encontrando diferencias estadísticas al compararla con autoestima, depresión previa al embarazo, ansiedad durante la gestación, satisfacción marital y eventos estresantes durante la gestación. El 51% fue víctima de violencia basada en género, siendo la más frecuente la forma psicológica. Se halló diferencias estadísticas entre depresión posparto y violencia basada en género ($p=0,001$), así como, diferencias estadísticas entre depresión posparto y violencia durante la gestación, encontrando un OR de 5,5 (IC: $< 5,5; 16,7>$). **Concluyendo:** Las mujeres víctimas de violencia tienen riesgo elevado de sufrir depresión posparto (20).

Casafranca, Giovanni , en su trabajo “Violencia intrafamiliar en gestantes”, realizado en el año 2013, **Objetivos:** Determinar el nivel de conocimiento sobre derechos relacionados con violencia intrafamiliar en gestantes. **Material y métodos:** El estudio fue de tipo descriptivo, prospectivo y transversal realizado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo mayo a julio del 2011. La muestra estuvo constituida por 150 gestantes atendidas en el ciclo que correspondió al estudio. **Resultados:** La edad media de las gestantes fue de 26.3 ± 4.9 años. El 54% de las gestantes eran convivientes. El 47.3% tenían grado de instrucción superior técnica. El 68.7% provenían de la costa. El 38% refirieron ser comerciantes. El 51.3% fueron multíparas. En cuanto a las medias

por edad, según el nivel de conocimientos global y por dimensiones, encontramos que las pacientes de menor edad, presentaron una tendencia a tener menores conocimientos sobre violencia intrafamiliar, de manera global y por dimensiones. **Concluyendo:** El nivel de conocimiento sobre derechos relacionados con la violencia intrafamiliar en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza fue de nivel intermedio del 52%. Sobre violencia física fue de nivel intermedio en el 50.7%, sobre violencia psicológica fue de 56.7%, sobre violencia sexual fue de 73.3%, sobre violencia socioeconómica fue de 60% (21).

González, Erika , en su trabajo “Factores asociados con la violencia en gestantes adolescentes del hospital nacional docente madre niño san Bartolomé enero – marzo 2014”, realizado en el año 2014, **Objetivo:** Identificar los factores asociados con la violencia en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé de enero a marzo del 2014. **Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, transversal. Se recolectó información de las fichas de tamizaje de violencia de 140 gestantes adolescentes atendidas en el servicio de madre adolescente del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. obteniendo como **Resultados:** La edad promedio fue de 16.98 años \pm 1.255 años. El 78.57% tenían secundaria, el 63.57% eran amas de casa, el 60% de gestantes eran convivientes. El promedio de edad del Inicio de Relaciones sexuales fue de 15.46 años \pm 1.51 años. El 83.57% de las adolescentes gestantes indicó no haber planificado el embarazo. El principal agresor de la gestante adolescente en los tres tipos de violencia son los padres o pareja. El tipo de violencia más frecuente en las gestantes adolescentes es la violencia psicológica que representó el 48.2% antes del

embarazo, lo cual disminuye a un 10% durante el embarazo. La violencia física se encontró en 41.2% de gestantes adolescentes antes del embarazo, durante el embarazo disminuyó a un 5.3%. La violencia sexual representó el 10.6% de las gestantes adolescentes antes del embarazo, disminuyendo durante el embarazo a un 2.4%. **Concluyendo:** Los factores socioeconómicos (edad, grado de instrucción, ocupación, estado civil) y de desarrollo biológico (menarquia, inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, aceptación del embarazo, planificación del embarazo) son los más representativos con la violencia en gestantes. El tipo de violencia más frecuente en gestantes adolescentes es la violencia psicológica, seguida de violencia física y en menor porcentaje violencia sexual (22).

Jara, Ginahely , en su trabajo “frecuencia de violencia en mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en servicio de ginecología y obstetricia del HNHU en noviembre 2015”, realizado en el año 2016, **Objetivo:** Determinar la frecuencia de violencia en mujeres con diagnóstico de aborto en pacientes atendidas en Servicio de Ginecología y Obstetricia del HNHU en noviembre del 2015. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio no experimental, descriptivo y de diseño transversal. **Resultados:** Las participantes se caracterizaron porque la mayoría tenía edades entre los 19 y 26 años (66.1%); 51.8% de los casos trabajaban; el 67.86% presentaban un grado de instrucción secundaria. Se encontró que en un 83.92 % de las mujeres se presentaron alguna manifestación de violencia, el tipo de violencia más frecuente fue la psicológica (65.8%). El agresor más frecuente es la pareja (73.2%). La ingesta de alcohol de la pareja se encontró más frecuente en las mujeres violentadas

(98%). **Concluyendo:** El 83,92 % de las mujeres con diagnóstico de aborto presentaron alguna manifestación de violencia (23).

López, Mayra y Camacho, Victoria , en su trabajo “Violencia intrafamiliar como factor de riesgo de pre eclampsia en gestantes de 20 a 35 años atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo marzo 2012 - mayo del 2013”, realizado en el año 2012, Objetivo: Determinar la asociación de violencia intrafamiliar como factor de riesgo de preeclampsia en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) durante el periodo Marzo 2012 a Mayo del 2013. **Material y métodos:** Estudio transversal analítico de casos y controles, realizado en 240 pacientes con diagnóstico de preeclampsia y normotensas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal., obtuvo como **Resultados** que: Respecto a la información socio demográfica, según el estado civil se encontró que el 75% de las pacientes preeclámplicas eran convivientes comparado con el 58.3% de las pacientes normotensas; Según el grado de instrucción se encontró que el 46.7% de pacientes preeclámplicas tenían nivel de instrucción secundaria completa comparada con un 61.7% de los controles; primaria 12.5% en los casos y 6.7% en los controles; En cuanto a la ocupación, el 84% de las pacientes preeclámplicas se dedicaban a labores del hogar comparado con un 76.7% en el grupo de pacientes normotensas; Según el aporte económico en las pacientes preeclámplicas, el 85.8% no aporta económicamente al hogar, comparado con un 81.7% en las pacientes normotensas. En el caso de la violencia intrafamiliar, el 42.5% de pacientes preeclámplicas refirió haber sido alguna vez abusada emocional o físicamente por su pareja o alguien importante para ella, en comparación con el 40.8% de pacientes normotensas (OR =1.07) IC (0.64 - 1.79).En cuanto a la violencia física

ejercida durante el embarazo se obtuvo que el 4.2% de preeclámpticas como normotensas presentaron este tipo de violencia en la misma proporción, hallándose un OR de 1, IC (0.3 - 3.5). Al medir el apoyo social, en pacientes preeclámpticas, recibieron apoyo social en un 83.3%, mientras que en las pacientes normotensas en un 79.2%. Respecto al nivel de resiliencia evaluado se obtuvo como resultado que fue baja en el 86.7 % de pacientes preeclámpticas comparado con las pacientes normotensas que también fue baja 66.7%, con un valor p de 0.000 y un OR=0.3 IC (0.2-0.6), lo que muestra una relación estadísticamente significativa entre ambas variables. **Concluyendo:** La violencia intrafamiliar no es un factor de riesgo de preeclampsia, en pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. En el grupo de pacientes preeclámpticas (casos) la frecuencia de violencia intrafamiliar fue mayor frente a las gestantes normotensas (control). El apoyo social presente no actúa como factor protector de preeclampsia, mientras que el nivel de resiliencia alta sí lo hace. En las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar el apoyo social más frecuente es el ausente en comparación con las mujeres que no sufren de violencia. Las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar y con apoyo social ausente, presentan más riesgo de hacer preeclampsia en el embarazo que las que presentan apoyo social (24).

Salas, Ángela y Salvatierra, Diana , en su trabajo “Resultados maternos de la violencia intrafamiliar en gestantes adolescentes. Hospital San Juan de Lurigancho periodo diciembre 2011- febrero 2012”, **Objetivo:** Analizar la asociación entre la violencia intrafamiliar durante el embarazo y los resultados maternos en puérperas adolescentes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, durante el periodo Diciembre 2011 - Febrero 2012. **Metodología:**

Estudio comparativo, transversal, retrospectivo. Se dividió a la población en base a la presencia o ausencia de violencia intrafamiliar durante el embarazo, partiendo de los criterios de elegibilidad para el estudio. La muestra la conforman 116 puérperas adolescentes, distribuidas en dos grupos de 58 participantes cada uno. Se recopilaron los datos mediante la entrevista estructurada y la revisión de las Historias Clínicas. En el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva y prueba chi cuadrado, con nivel de significancia estadística de 0.05 ($p < 0.05$). Obtuvo como **Resultados** que: El promedio de edad de las puérperas adolescentes fue 17.1 ± 1.2 años. Del total de participantes, 56.9% alcanzó el nivel de instrucción de secundaria incompleta, 50.9% manifiesta estado civil de soltera. El tipo de violencia intrafamiliar más frecuente fue la violencia psicológica (94.8%), seguido de la violencia física (17.2%) y la violencia sexual (8.6%). En el grupo con violencia intrafamiliar durante el embarazo fue significativa la mayor frecuencia de resultados maternos adversos, los cuales fueron: Infección del tracto urinario (37.9%), anemia (34.5%), ruptura prematura de membranas (8.6%), preeclampsia (8.6%), parto pretérmino (8.5%), amenaza de aborto (5.2%) y la vía de culminación del embarazo fue en su mayoría parto vaginal. En presencia de violencia intrafamiliar, se obtuvo diferencia significativa para la infección del tracto urinario, anemia y parto pretérmino. La preeclampsia fue significativa en el grupo con violencia física. El parto pretérmino fue el único resultado materno con asociación significativa ($p < 0.05$) para los diferentes tipos de violencia intrafamiliar. **Concluyendo**: Los resultados maternos adversos son más frecuentes en las puérperas adolescentes con violencia intrafamiliar durante el embarazo. Se encontró asociación significativa para la infección de tracto urinario, anemia y parto pretérmino (25).

Vela, Elsa , en su trabajo “Influencia de la violencia basada en género en mujeres con parto pretérmino atendidas en el HONADOMANI San Bartolomé en el periodo octubre 2007-enero 2008”, realizado en el año 2008, **Objetivo:** Analizar la influencia de la violencia basada en género en el parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé durante el año 2007 ; **Metodología** : Estudio de casos y controles, se estudió 60 puérperas; divididos en 30 casos de parto pretérmino y 30 controles puérperas de parto a término. La información fue recogida mediante la entrevista estructurada y revisión de historias clínicas. Para el análisis de los datos se utilizó para las variables cualitativas la razón de proporciones, en las cuantitativa el promedio y la desviación estándar. Para la estadística inferencial se utilizó χ^2 en las variables cualitativas y en las cuantitativas t-student significativos a un $p < 0.05$ obtuvo como **Resultados** que: Se encontró diferencia significativa en no tener empleo en el grupo caso (90%) frente al 66.7 % en el grupo control. ($p=0.01$). El consumo de café como hábito nocivo mostró tener diferencia estadísticamente significativa sobre el parto pretérmino. El 31.7% presentaron violencia física, el 16.7% de violencia sexual mientras que el de violencia psicológica fue el 68.3%. No se encontró la influencia de la violencia física sobre el parto pretérmino (OR=0.63 IC 95%: 0.21 a 1.88). Se encontró que las mujeres víctimas de violencia sexual fueron 5 veces más propensas a tener un parto pretérmino que las mujeres que no habían sido agredidas, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p=0.080$ IC 95%: 0.981 a 26.430). Tampoco se encontró la influencia de la violencia psicológica sobre el parto pretérmino (OR: 0.857; IC 95%: 0.23 a 2.55). **Concluyendo:** No encontramos evidencia para la influencia de la violencia psicológica y física con

respecto al parto pretérmino; existió cinco veces mayor probabilidad de parto pretérmino en mujeres con violencia sexual (26).

2.2 Bases teóricas

2.2.1 La Violencia Basada en Género (VBG)

Si revisamos la literatura nacional e internacional existente, encontraremos un sinnúmero de definiciones acerca de este tipo de violencia.

Para la Organización Mundial de la Salud la violencia es el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que causa o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (27).

Es una forma de discriminación que seriamente inhibe la capacidad de las mujeres para disfrutar sus derechos y libertades sobre la base de la igualdad con el varón. El Artículo 1° de la Convención define a la Violencia Basada en el Género, como aquella violencia dirigida contra las mujeres por ser tales, y que las afecta desproporcionadamente. De este modo la VBG incluye aquellos actos que infligen daño o sufrimiento físico, mental o sexual, las amenazas de tales actos, coerción y la privación de libertad (28).

La Asamblea General de las NN.UU. (1993), en su artículo primero, la define como “aquella violencia basada en el sexo y dirigida contra la mujer porque es mujer o que le afecta en forma desproporcionada. Se incluyen actos que infligen daño o sufrimiento de índole física, mental o sexual,

incluidas las amenazas de tales actos, la coerción o las privaciones arbitrarias de libertad, ya ocurran en la vida pública o en la privada”.

La Organización Panamericana de la Salud - OPS, aplica indistintamente las categorías Violencia Basada en Género y Violencia contra la Mujer para referirse a un mismo tipo de violencia. Esto se debe a que el origen de la VBG es la falta de poder de la mujer frente al hombre en sus relaciones personales y sociales (27).

2.2.1.1 La violencia en las etapas de la vida

La violencia tiene un efecto profundo sobre la mujer. Empieza antes del nacimiento, en algunos países, con abortos selectivos según el sexo o al nacer, cuando los padres desesperados por tener un hijo varón pueden matar a sus bebés del sexo femenino. Y sigue afectando a la mujer a lo largo de su vida. Todos los años, millones de niñas son sometidas a la mutilación de sus genitales.

Las niñas tienen mayor probabilidad que sus hermanos de ser violadas o agredidas sexualmente por miembros de su familia, por personas en posiciones de poder o confianza o por personas ajenas.

En algunos países, cuando una mujer soltera o adolescente es violada, puede ser obligada a contraer matrimonio con su agresor o ser encarcelada por haber cometido un acto ‘delictivo’.

La mujer que queda embarazada antes del matrimonio, puede ser golpeada, condenada al ostracismo o asesinada por sus familiares, aunque el embarazo sea producto de una violación.

Después del matrimonio, el riesgo mayor de violencia para la mujer sigue habitando en su propio hogar, donde su esposo y a veces la familia política, puede agredirla, violarla o matarla. Cuando la mujer queda embarazada, envejece o padece discapacidad mental o física, es más vulnerable al ataque.

La mujer que está lejos del hogar, encarcelada o aislada de cualquier forma es también objeto de agresión violenta. Durante un conflicto armado, las agresiones contra la mujer aumentan, tanto de parte de las fuerzas hostiles como de las “aliadas” (28).

2.2.2 Tipos de Violencia

2.2.2.1 La Violencia física.

Comprende cualquier acto no accidental que implique el uso deliberado de la fuerza, como bofetadas, golpes, empujones, heridas, fracturas o quemaduras, que provoquen o puedan provocar una lesión, daño o dolor en el cuerpo de la mujer (29).

Es aquella que causa daño no accidental a otra persona mediante el uso de la fuerza física o algún tipo de arma. Puede provocar o no lesiones internas, externas o ambas. El castigo repetido no severo también se considera violencia física (30).

2.2.2.2 La Violencia sexual.

Es entendida como cualquier atentado contra la libertad sexual de la mujer, conteniendo cualquier acto o expresión sexual realizado contra su voluntad que atente contra su integridad física o afectiva, como pueden ser bromas, propuestas sexuales indeseables, acoso, violación, etc., o bien cualquier relación o

acto sexual que la mujer considere humillante o doloroso, incluyéndose dentro de estos la obligación de prostituirse. Asimismo, consideramos que debe incluirse dentro de este tipo de violencia el limitar el acceso de las mujeres a la planificación familiar; de hecho, las mujeres que son víctimas de la misma, suelen tener más hijos/as de lo que ellas mismas desearían y ejercen un escaso control sobre su propia vida sexual y reproductiva (31).

La Organización Mundial de la Salud (2002) la define como todo acto sexual o la tentativa de consumir un acto sexual no deseado, las insinuaciones sexuales no deseadas, las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante la coacción por otra persona independientemente de la relación de esta con la víctima y en todo ámbito, incluyendo el hogar y el lugar de trabajo. La definición comprende las violaciones por desconocidos, durante conflictos armados, de personas con discapacidad y/o de menores de edad, así como el matrimonio forzado, el acoso sexual, la negativa a y/o privación de la anticoncepción y la protección, el aborto forzado y la prostitución forzada, entre otras modalidades (32).

2.2.2.3 La Violencia psicológica.

Es toda conducta que ocasiona daño emocional, disminuye la autoestima, perjudica o perturba el sano desarrollo de la mujer

u otro integrante de la familia. Ejemplos de este tipo de violencia son, entre otros: conductas ejercidas en deshonra, descrédito o menosprecio al valor personal; tratos humillantes; vigilancia constante; insultos repetidos; chantaje; degradación; ridiculización; manipulación; explotación y privación de medios económicos. Algunas legislaciones incluyen la limitación o impedimento a la libertad de tránsito de la víctima (30).

Es aquella conducta intencionada y prolongada en el tiempo que atenta contra la integridad psíquica y emocional o bien contra la dignidad de una persona, y que, en este ámbito, tiene como objetivo imponer las pautas de comportamiento que el hombre considera que debe tener su pareja. Entre sus manifestaciones más habituales pueden destacarse las amenazas, los insultos, las humillaciones o las vejaciones, la exigencia de obediencia sin límites, la privación de libertad, el aislamiento social y/o familiar, el control económico, el chantaje emocional, la culpabilización de la situación en la que vive, el rechazo o el abandono real o la amenaza de éste (29).

Este tipo de violencia no es tan visible como la física por lo que es más difícil de demostrar en el ámbito sanitario y legal y, en muchas ocasiones, no es identificada por la víctima como tal, sino como manifestaciones propias del carácter del agresor. Sin embargo, en realidad, las mujeres citan este tipo de violencia en más ocasiones que otras formas de agresión, ya sea sola o en combinación con otras formas de violencia (29).

2.2.3 Factores asociados a la violencia basada en género

La eficacia de las políticas se mide por su capacidad para incidir en los factores que determinan la violencia doméstica y reducir o eliminar sus consecuencias personales y sociales.

La condición femenina constituye de por sí un factor de riesgo importante ya que las mujeres constituyen las principales víctimas de violencia. Esta es un problema multicausal que se asocia con factores individuales y sociales. Entre los individuales cabe destacar sexo, edad, otros aspectos biológicos y fisiológicos, nivel socioeconómico, situación laboral, nivel de educación, uso de alcohol o drogas y el haber sufrido o presenciado maltrato físico en la niñez. Los factores sociales incluyen la desigualdad de ingresos, la violencia en los medios de comunicación, los efectos de las posguerras, los controles institucionales débiles (especialmente en los sistemas policiales y judiciales) y las normas culturales.

Uno de los factores más significativos en el comportamiento violento son las pautas culturales por cuanto la violencia puede ser parte de las normas que determinan el comportamiento e identidad de los grupos. Los estereotipos de género refuerzan la idea del “derecho” del esposo/compañero a controlar el comportamiento de su pareja a través de la violencia (33).

Según HEISE Y GARCÍA-MORENO, diversos estudios a nivel mundial han constatado la existencia de algunos factores de riesgo que podrían estar asociados a la violencia de género en el seno de las relaciones sentimentales, los cuales, aplicados al modelo ecológico, quedarían representados como figuran en el siguiente cuadro (34), (35).

Cuadro N° 1. Modelo ecológico integrado de factores de riesgo asociados a la violencia de género.

| Sociales | Comunitarios | Relacionales | Individuales |
|---|---|---|--|
| <p>Normas que dan por sentado el control de los hombres sobre las conductas de las mujeres.</p> <p>Aceptación de la violencia como vía de resolución de conflictos.</p> <p>Noción de la masculinidad unida al dominio, honor.</p> <p>Roles de género rígidos.</p> | <p>Sanciones débiles de la comunidad contra la violencia de género.</p> <p>Pobreza, estatus socioeconómico bajo, desempleo.</p> <p>Aislamiento de la mujer y la familia.</p> <p>Formar parte de grupos violentos.</p> | <p>Conflicto matrimonial.</p> <p>Inestabilidad del matrimonio.</p> <p>Dominio masculino en la familia.</p> <p>Presiones económicas.</p> <p>Mal funcionamiento familiar</p> | <p>Edad joven.</p> <p>Alcoholismo.</p> <p>Depresión.</p> <p>Trastornos de la personalidad.</p> <p>Poca instrucción.</p> <p>Haber presenciado o sufrido violencia en la infancia.</p> |

Fuente: Adaptado de HEISE, 1998; GARCÍA-MORENO, 2000; Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, 2002.

2.2.4 Teorías explicativas de la violencia basada en género

- a) **Modelos Individuales**, que destacan los aspectos personales de los sujetos implicados en una relación de violencia, tales como el consumo de drogas, de alcohol, el desempleo, la incompatibilidad de caracteres entre los miembros de la pareja, la frustración personal del agresor, diferentes psicopatologías o el deficiente autocontrol.

- b) **Modelos Familiares**, propios de las teorías de género, los cuales sostienen que, además de las características individuales, hay que analizar las relaciones que se producen en el núcleo de convivencia. Así, observando la dinámica de la familia se podrían identificar los puntos de conflicto, a fin de mejorar la comunicación y evitar los estallidos violentos.
- c) **Modelos socioculturales**, asentados en diferentes teorías sociológicas y antropológicas, desde las que se propone distinguir más allá del individuo y de la familia, es decir, proponen el análisis de la conformación misma de la estructura social y del régimen dominante (36). Este tipo de modelo, ha sido utilizado con gran interés por la teoría feminista para demostrar que la violencia contra las mujeres es un fenómeno estructural, funcional dentro del sistema y útil para mantener el orden establecido, considerando el papel del patriarcado, orden que rige la sociedad en general y cuyos valores están ligados al poder masculino, como el eje organizativo de la violencia de género en la pareja (37).
- d) **Teoría sexo/género**, la cual enfatiza los elementos sociales que generan y sostienen las situaciones de desigualdad que se producen entre mujeres y hombres, asentándose en la diferenciación de dos conceptos clave: el sexo y el género. El concepto “sexo” hace referencia a las características anatómicas y fisiológicas que diferencian a los hombres de las mujeres. Sin embargo, estas diferencias biológicas, se transformarán en desigualdades sociales a través de la definición de “género”,

entendido éste como la construcción social que decide las perspectivas que tiene la sociedad respecto de sus miembros, en función del sexo biológico al que pertenecen, estableciéndose dos categorías: lo femenino y lo masculino (38). Así, el hecho biológico de nacer hombre o mujer, por sí solo, no encuadra en las diferentes posiciones que hombres y mujeres ocupan en la sociedad, sino que es la propia estructura en que se basa la sociedad la que marca el distinto “papel” que desarrollamos en ella, de tal modo que, la construcción social del género (lo masculino o lo femenino) es la que atribuye las formas de ser, de sentir y de comportarse desiguales en función del sexo de pertenencia, adjudica diferentes “roles” a cada uno ellos y predispone que las personas sientan y actúen en función del rol asignado, esto es, de lo que se espera de ellas. Por lo que se entiende como roles de género “Aquellos comportamientos aprendidos en una sociedad, comunidad o grupo social determinado, que hacen que sus miembros estén condicionados para percibir como masculinas o femeninas ciertas actividades, tareas y responsabilidades y a jerarquizarlas y valorarlas de manera diferente. De manera tradicional, el rol femenino se asocia con las tareas de cuidado y reproducción vinculadas con el sustento emocional, mientras que el rol masculino se relaciona con las tareas productivas vinculadas con el sustento económico”. Los “estereotipos de género” constituyen: “El sistema de creencias acerca de las características, atributos y comportamientos que se piensan como propios, esperables y

adecuados para mujeres y varones, y claramente diferenciados entre sí. Los estereotipos de género, se hacen verdades indiscutibles a fuerza de repetirse. Siempre se ha dicho que “las mujeres son más listas, pero más malas” o que “el sueño de toda mujer es ser madre”, que “los hombres no pueden mostrar sus sentimientos” o que “lo más importante para los hombres es su sexualidad (38).

2.2.5 La Violencia Basada en Género (VBG) durante el embarazo

2.2.5.1 Definición

La definición de violencia de género durante el embarazo es semejante a la propuesta para la violencia de género en general, pero a ella se suma el estado de gestación de la mujer.

En este sentido, los/as especialistas de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), la definen como aquella violencia o amenaza de violencia física, sexual o psicológica/emocional ocasionada a la mujer embarazada (39)

2.2.5.2 Estudios y estadísticas

Ante un contexto en el que se desarrolla un embarazo, en el que se supone que todo debería ser ilusión, amor, felicidad, entre otros estados placenteros, parece que la violencia no tiene lugar. Pero las investigaciones muestran una realidad muy diferente. En efecto, los/as expertos/as indican que es más probable que el embarazo tenga el efecto contrario en un maltratador, e incluso, cuando parece que la pareja reacciona de forma positiva a la noticia de que está embarazada, no hay

garantías de que no se acabe volviendo violento en algún momento, incluso aunque antes del embarazo no hubiera situaciones de violencia (29).

Dentro de la asociación entre violencia y embarazo⁴⁰, debemos considerar también que las agresiones sexuales que son utilizadas como recurso por parte del agresor a la hora de ejercer el control sobre la mujer, al igual que la imposición de no utilizar métodos anticonceptivos o bien manipularlos (por ejemplo, el pinchar los preservativos), pueden llevar a la producción de un embarazo y que, ya una vez que éste se ha producido, la violencia hacia la mujer por parte de su compañero sentimental, puede mantenerse e incluso incrementarse.

La OMS, en su informe del año 2009 sobre: “Las mujeres y la salud: los datos de hoy, la agenda de mañana”, detectó que el porcentaje de mujeres que alguna vez habían estado embarazadas y habían sido víctimas de violencia física durante al menos un embarazo, superaba el 5 % en 11 de los 15 países estudiados. La cifra más baja se observó en Japón (1%) y la más alta en Perú (28%) (32).

Otros estudios realizados en distintos países en desarrollo indican que la violencia durante el embarazo oscila entre el 4% y el 32%, y que la tasa de prevalencia de la violencia física moderada o grave durante el embarazo es de aproximadamente el 13% (41), (42), (43).

2.2.6 Probables causas de agresión durante el embarazo

Las teorías evolutivas sobre el desarrollo familiar suelen hacer referencia a los cambios estresantes que, en la relación de pareja, origina el embarazo y la llegada de los niños/as. Desde esta perspectiva, se ha entendido que el embarazo constituye un factor de riesgo para el ejercicio de la violencia, que pone en peligro tanto la salud de la mujer como del feto que está gestando.

RICARDO GÓMEZ BETANCOURT plantea que una de las posibles razones que llevan a este tipo de violencia puede ser el aumento del estrés que siente el padre con respecto al parto inminente, el cual se manifiesta como una frustración que dirige contra la madre y su niño/a no nacido/a; fundamentando, además, que el hombre violento puede sentir celos al percibir que la mujer embarazada presta menos atención a sus necesidades y sus deseos, surgiendo el temor al abandono o desapego, que puede ser el prólogo de la ira o episodio de violencia(45).

CAMPBELL alude a que un motivo habitual que muchos hombres utilizan para justificar el maltrato a su pareja cuando está embarazada, son las dudas de paternidad, aunque ello no quiere decir que no se den casos en los que el padre maltratador haya reconocido como suyo al hijo/a venidero y, aun así, ejerza violencia contra la mujer gestante (46).

Otra explicación aducida es que los agresores extremadamente celosos, cuando su pareja se queda embarazada, comienzan a sentirse abandonados porque el centro de atención de la mujer es el ser venidero (47). Así, la embarazada, centrada en su estado, se preocupa por el desarrollo de la gestación, el crecimiento del feto, por seguir las pautas e

indicaciones que le señalan los/as médicos/as, matrones/as, etc.; y el maltratador puede ver como su autoridad y su “derecho de propiedad” sobre ésta se ven amenazados, por lo que puede creer necesario afianzar su posición dominante (46).

Asimismo, dada la asimetría relacional de la pareja (el hecho de que la mujer sea cosificada, considerada como “propiedad” del hombre), el embarazo pueda conllevar que el maltratador se sienta frustrado por la disminución de su frecuencia sexual. Es un hecho biológico que el hombre es un ser tónico, tiene mayor necesidad de actividad sexual debido a la testosterona, y la mujer es periódica, tienen una mayor capacidad de inhibición sexual. Así, basándonos en las teorías de frustración – agresión, esa frustración sexual, favorecida por el hecho de que la mujer quizá esté menos predispuesta para mantener relaciones sexuales y más centrada, como hemos visto, en el desarrollo óptimo y cuidado del feto que está gestando, le lleve a mostrarse más agresivo con ella. Aunque sabemos que la violencia de género es instrumental y no expresiva, esto no se sale de este posible planteamiento, ya que el hecho que tratamos de aducir es el posible aumento de la violencia en ese período de gestación, debido a esa posible frustración que le genera el embarazo, que escapa de su control y que, además, supone un impedimento para lograr sus objetivos de controlar a la mujer en todos los aspectos (48) (49).

La pérdida del atractivo físico de la mujer, derivada de la deformación corporal que supone un embarazo podría ser otra razón por la cual el agresor utilice la violencia e incluso incremente su intensidad. Ella ya no

es el objeto de deseo, pues el embarazo va cambiando su cuerpo. Explicación que también podría ser utilizada para explicar por qué durante este período los golpes van dirigidos a los senos, el abdomen y los genitales.

2.2.7 Complicaciones maternas de la Violencia Basada en Género (VBG) durante el embarazo

Entendiendo el concepto de salud de forma amplia, tal y como la define la OMS, como el bienestar, físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad, podemos constatar que la violencia de género tiene un gran impacto sobre la salud y calidad de vida de quienes la padecen. Este mismo organismo afirma que las mujeres que han sido víctimas de abusos físicos o sexuales presentan tasas más elevadas de enfermedad mental, embarazo no deseado y aborto, tanto espontáneo como inducido, que las que no han sufrido esos abusos y que, además, la mayoría de las agresiones contra las mujeres, son cometidas por varones con los que tienen una relación íntima (50).

HEISE señala que, según estimaciones del Banco Mundial sobre la violencia de género, ésta hace que la mujer pierda uno de cada cinco días de vida saludables en su edad reproductiva, por lo que, la violencia contra las mujeres podría conceptualizarse ya, en sí misma, como un factor de riesgo para tener una mala salud.

Se ha encontrado asociación entre la violencia basada en género y diferentes patologías, entre ellas tenemos:

- Aumento de peso insuficiente
- Sangrado vaginal

- Infecciones vaginales, cervicales o renales
- Trauma abdominal
- Hemorragia
- Exacerbación de enfermedades crónicas
- Complicaciones durante el parto
- Retraso en el cuidado prenatal
- Aborto espontáneo
- Bajo peso al nacer
- Ruptura de membranas
- Placenta previa
- Infección uterina
- Magulladuras del feto, fracturas y hematomas
- Muerte (51).

En base a estudios realizados a nivel mundial se ha agrupado estas consecuencias en dos grandes grupos en función de los efectos que tienen sobre la salud:

- a) Consecuencias fatales, tales como el homicidio, el suicidio, la mortalidad materna o aquellas derivadas de los efectos relacionados con las enfermedades infectocontagiosas como el VIH-SIDA.
- b) Consecuencias no fatales, considerándolas como aquellas que no producen “efectos mortales”, las cuales podríamos agrupar en varias categorías: Consecuencias sobre la salud física, sobre la salud sexual y reproductiva, sobre la salud mental y sobre el bienestar social (29).

La situación especialmente complicada por la que pasa la embarazada que es víctima de violencia por parte de su pareja o ex pareja sentimental,

ya que durante la gestación se viven cambios hormonales y procesos afectivos- emocionales propios del mismo, de ilusión, esperanza a la vez que se siente desamparada, frágil y desatendida frente a los constantes maltratos psicológicos, sexuales y de otro tipo que, sumados a una grave situación de violencia física, ponen en peligro su vida y la del feto que está gestando (29).

Con respecto a las consecuencias sobre la salud sexual fundamentalmente radicarían en enfermedades de transmisión sexual, infecciones vaginales, cervicales y renales, las cuales dar lugar a importantes secuelas físicas y emocionales. Pueden originar sangrado y, a consecuencia de ello, amenazas de aborto e incluso éste, fibrosis vaginal, dolor pélvico crónico, infección urinaria e, incluso VIH (29).

Además, a la hora del parto, una mujer maltratada tiene más complicaciones, en la dilatación, que es más lenta y peor llevada, en el expulsivo, careciendo de fuerzas y ganas para empujar y, por ello, en numerosos casos terminan en cesáreas. También pueden manifestarse otras complicaciones durante el desarrollo del mismo, como la placenta previa, infección uterina, magulladuras en el feto y la muerte (29).

2.3 Definición de términos

a) Complicaciones maternas:

Son las patologías maternas que presentaron las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio y que han recibido atención por consulta externa o emergencia.

b) Complicaciones maternas durante el embarazo:

Son las patologías maternas que presentaron las mujeres durante el embarazo y que han recibido atención por consulta externa o emergencia.

c) Hemorragias de la Primera Mitad del embarazo sin laparotomía:

Es el sangrado proveniente de la cavidad endometrial que se produce antes de las 20 semanas de gestación, y reconoce causas específicas que se indican a continuación: Amenaza de aborto, Aborto espontáneo, Aborto no especificado, Mola hidatiforme, Otros productos anormales de la concepción.

d) Hemorragias de la Primera Mitad del embarazo con laparotomía:

Es la hemorragia genital por la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina. Puede ser complicado cuando se rompe u origina hemorragia, y no complicado en el caso contrario.

e) Hemorragia de la segunda mitad del embarazo:

Es el sangrado proveniente de la cavidad endometrial que se produce después de las 22 semanas de gestación, y reconoce causas específicas que se indican a continuación: placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta y rotura uterina.

f) Amenaza de Parto Prematuro:

Contracciones cada 3-5 minutos antes de las 37 semanas de gestación, con o sin cambios en el cuello uterino.

g) Ruptura prematura de membranas:

Rotura de las membranas corioamnióticas después de las 22 semanas de gestación y antes del inicio del trabajo de parto.

h) Hiperémesis gravídica:

Síndrome que se presenta al inicio del embarazo, por lo general entre la sexta y décimo sexta semanas de gestación; caracterizado por vómitos continuos e intensos que impide la tolerancia de alimentos sólidos y líquidos, produciendo trastornos metabólicos (depleción de carbohidratos, trastornos electrolíticos y deshidratación) y cuyo grado más severo puede producir muerte materna.

i) Infección del Tracto Urinario en el embarazo:

La infección urinaria (ITU) es una entidad clínica que se asocia frecuentemente al embarazo; las variantes clínicas son la bacteriuria asintomática, la cistouretritis y la pielonefritis.

j) Parto complicado no quirúrgico:

Complicaciones que se presenta durante las fases del parto, independientemente si se trata de un parto eutócico o distócico y que puede o no terminar en cirugía. Dentro de ellas se tiene trabajo de parto disfuncional, hemorragias intraparto y postparto.

k) Parto complicado quirúrgico:

Es la atención del Parto que, por complicación propia del embarazo y trabajo de parto, culmina en cesárea o histerectomía.

l) Puerperio con complicaciones:

Es toda complicación que se presenta durante el periodo del puerperio. Comprende la endometritis puerperal y la mastitis.

m) Trastorno hipertensivo en el Embarazo:

Hace referencia a la hipertensión que se inicia o diagnostica durante la gestación en una paciente previamente normotensa.

n) Violencia basada en género durante el embarazo:

Violencia o amenaza de violencia física, sexual o psicológica/emocional ocasionada a la mujer embarazada.

o) Tamizaje de violencia basada en género:

Es el proceso de tamizaje de la aplicación de la ficha implica observar los indicadores de maltrato o violencia física, psicológica, abuso sexual y signos de maltrato por negligencia - observar también algunos signos en los acompañantes) familia (57).

CAPITULO III:

METODOLOGÍA

3.1 Tipo de investigación

Según Roberto H. Sampiere, la presente investigación se enmarca en la siguiente tipología: de acuerdo a la orientación de la investigación es considerada como básica, estos estudios están orientados a lograr un nuevo conocimiento de manera sistemática metódica, con el único objetivo de ampliar el conocimiento de una determinada realidad como es el caso del presente estudio (54).

Es observacional, debido a que los datos consignados durante de la investigación reflejan la evolución natural del así mismo éstos se limitan a observar, medir y analizar determinadas variables en los sujetos.

Investigación retrospectiva de acuerdo a la planificación de toma de datos, los datos fueron recogidos de registros de la historia clínica donde el investigador no tuvo participación (secundarios) (52).

Según el número de datos que se mide la variable de estudio es transversal, la variable de estudio se medirá en una sola ocasión (52).

Según el número de variable de interés es analítico, en el cual el análisis estadístico por lo menos es bivariado; porque plantea y pone a prueba hipótesis, su nivel más básico establece la asociación entre factores (52).

3.2 Diseño de la investigación

El diseño que adopto la presente investigación fue epidemiológico analítico, o también denominado diseño transaccional correlacional, en este diseño el interés es la relación entre variables o desde otro punto de vista plantear relaciones de causalidad entre las variables (53).

3.3 Población y muestra de la investigación

3.3.1 Población

Para efectos del tamaño de la población se tomó todos los casos de gestantes con complicaciones maternas atendidos en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega de Abancay, para el año 2016 fue de 329 gestantes.

3.3.2 Muestra

- a) Para determinar el tamaño de la muestra se utilizará el algoritmo para población finita o conocida, siendo:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

| | | |
|---|------------------|-------------|
| Tamaño de la población | N | 329 |
| Error Alfa | α | 0,05 |
| Nivel de Confianza | 1- α | 0,95 |
| Z de (1- α) | Z (1- α) | 1,96 |
| Proporción de personas con el fenómeno a estudiar | p | 0,25 |
| Proporción de personas sin fenómeno a estudiar | q | 0,75 |
| Precisión | d | 0,05 |

| | | |
|----------------------|---|---------------|
| Tamaño de la muestra | n | 153,85 |
|----------------------|---|---------------|

Dónde:

N = Población (329 gestantes con complicaciones maternas)

n = Muestra (154 gestantes con complicaciones maternas)

p = Proporción de personas con el fenómeno a estudiar (gestantes con complicaciones maternas)

q = Proporción de personas sin fenómeno a estudiar (gestantes sin complicaciones maternas)

Z α = Desviación normal de la muestra al nivel de error aceptado
 $\alpha=0.05=1.96$

d = Precisión de la muestra (0.05)

b) Para seleccionar las unidades de estudio que integraron la muestra se utilizó el muestreo aleatorio simple en vista que se tenía registrado a las unidades de estudio, las mismas que fueron sorteadas a través del programa Excel números aleatorios (72).

c) Criterios de inclusión:

- Mujeres gestantes de cualquier edad que presentaron complicaciones maternas y que acudieron a una atención por consulta externa o

emergencia y se hospitalizaron en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega.

d) Criterios de exclusión:

- Mujeres gestantes con complicaciones maternas donde los datos registrados en la historia no sean legibles o no cuenten con resultado de la ficha de tamizaje de violencia basada en género.

3.4 Variables, dimensiones e indicadores

| VARIABLES | DIMENSIONES | INDICADOR |
|---|-------------------------------------|---|
| VARIABLE DE ESTUDIO Tipos de violencia basada en género | Violencia Psicológica | Reporte de agresión psicológica en ficha de tamizaje de violencia basada en genero |
| | Violencia Física | Reporte de agresión física en ficha de tamizaje de violencia basada en genero |
| | Violencia Sexual | Reporte de agresión sexual en ficha de tamizaje de violencia basada en genero |
| VARIABLE ASOCIADA Complicaciones maternas | Hemorrágicas | Hemorragias de la primera mitad del embarazo sin laparotomía Hemorragia de la segunda mitad del embarazo |
| | Hipertensivas | Hemorragias de la primera mitad del embarazo con laparotomía Trastorno hipertensivos en el embarazo |
| | Otras complicaciones | Amenaza de parto prematuro Ruptura prematura de membranas Hiperémesis gravídica Infección del tracto urinario en el embarazo |
| | Complicaciones de parto y puerperio | Parto complicado no quirúrgico Parto complicado quirúrgico Puerperio con complicaciones |

3.5 Técnicas e instrumentos de la recolección de datos

3.5.1 Técnicas

La técnica utilizada fue la revisión documental, ya que la información requerida está contenida en la historia clínica y fue recolectada con fines distintos al estudio en curso (52).

3.5.2 Instrumentos

Como instrumento se utilizó una ficha de recolección de datos, la misma que fue validado por juicio de expertos.

3.6 Validez y confiabilidad del instrumento

- Se solicitó al comité de investigación de la universidad Alas Peruanas filial Abancay para que brinde las facilidades en la ejecución del presente trabajo de investigación, una vez aceptada se procedió a realizar el estudio.
- Se elaboró el instrumento para medir el objetivo de la investigación en pacientes gestantes que acudieron y presentaron complicaciones maternas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega que fue validada por el juicio de expertos.
- Se solicitó un oficio al comité de investigación de la universidad Alas Peruanas Filial Abancay, para la autorización de la recolección de la información requerida dirigida al director del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega.
- Una vez obtenida la autorización, se realizó la coordinación con los encargados del servicio de estadística para solicitarle las facilidades para la recolección de la información requerida.
- Las pacientes fueron seleccionadas para la población.

- Se procedió a recopilar la información hasta completar la muestra requerida, durante este procedimiento no se presentaron inconvenientes.
- Referente al procesamiento de los datos las variables de estudio fueron sometidos a control de calidad para ser ingresados a una matriz de datos en el software estadístico SPSS, versión 24 para obtener resultados que fueron presentados utilizando cuadros de distribución de frecuencias y de contingencia, así como los gráficos correspondientes barras, circulares y gráficos de barras agrupadas; para el contraste de hipótesis y demostrar relación entre variables se utilizó la prueba no paramétrica Chi Cuadrado de homogeneidad y para demostrar asociación la prueba chi cuadrado de independencia por tratarse de un estudio transversal y cuya variable aleatoria es violencia basada en género y la variable fija cuya criterio es conformación de grupos en este caso complicaciones maternas; además se tomó un nivel de significancia de 5%.

CAPÍTULO IV:

RESULTADOS

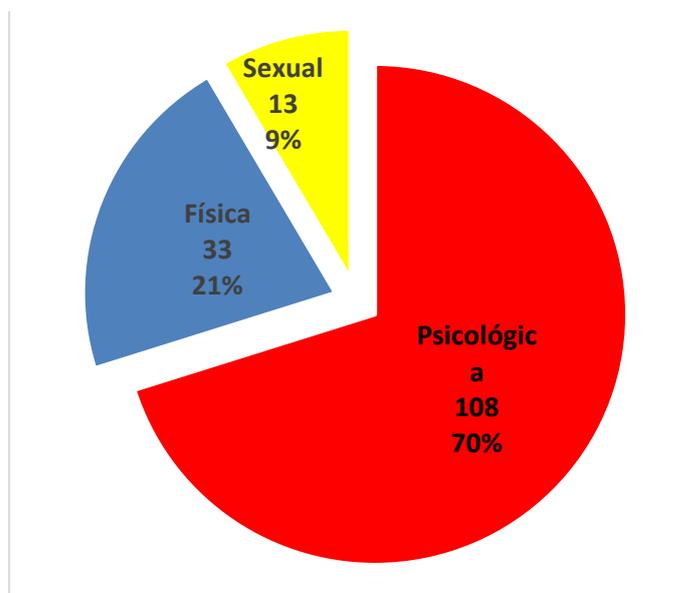
4.1 Resultados descriptivos

Tabla 1.-Gestantes según violencia basada en género atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016.

| Tipos de Violencia basada en género | Frecuencia (n) | Porcentaje (%) |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Psicológica | 108 | 70,1 |
| Física | 33 | 21,4 |
| Sexual | 13 | 8,4 |
| Total | 154 | 100,0 |

Fuente: Historia clínica de pacientes HRGDV

Gráfico 1.- Frecuencia y porcentaje de gestantes según violencia basada en género atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016



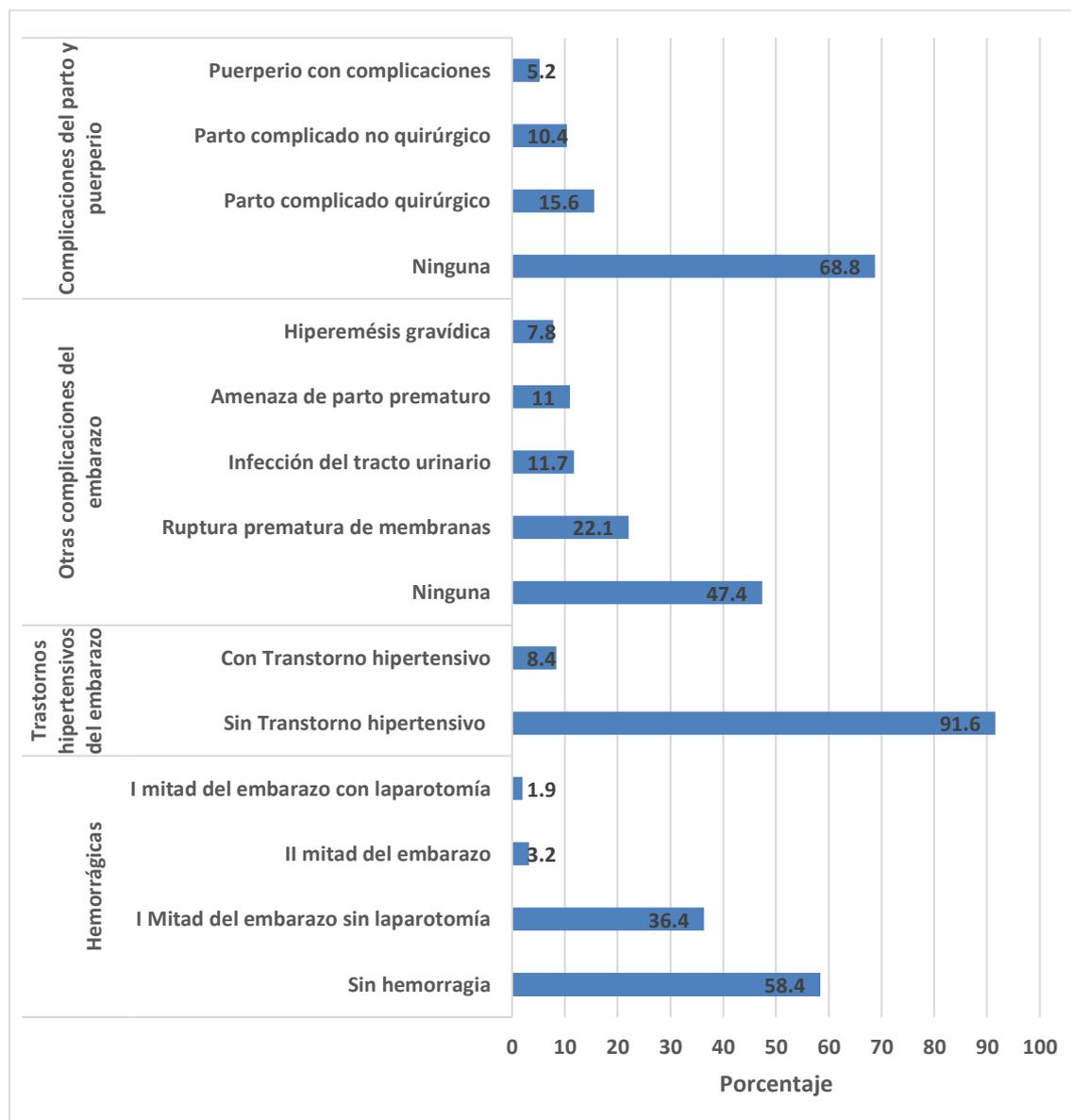
La tabla 1 nos muestra el tipo de violencia recibida por las gestantes con complicaciones maternas, en la cual un alto porcentaje (70%) según el tamizaje empleado indica haber recibido violencia psicológica, seguido de por la física con un 21% y en menor porcentaje la sexual con un 9%.

Tabla 2.-Gestantes según complicaciones maternas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016

| | Complicaciones maternas | Frecuencia (n) | Porcentaje (%) |
|--|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Hemorrágicas | Sin hemorragia | 80 | 58,4 |
| | I Mitad del embarazo sin laparotomía | 66 | 36,4 |
| | II mitad del embarazo | 5 | 3,2 |
| | I mitad del embarazo con laparotomía | 3 | 1,9 |
| | Total | 154 | 100,0 |
| Trastornos hipertensivos del embarazo | Sin Transtorno hipertensivo | 141 | 91,6 |
| | Con Transtorno hipertensivo | 13 | 8,4 |
| | Total | 154 | 100,0 |
| Otras complicaciones del embarazo | Ninguna | 73 | 47,4 |
| | Ruptura prematura de membranas | 34 | 22,1 |
| | Infección del tracto urinario | 18 | 11,7 |
| | Amenaza de parto prematuro | 17 | 11,0 |
| | Hiperemésis gravídica | 12 | 7,8 |
| | Total | 154 | 100,0 |
| Complicaciones del parto y puerperio | Ninguna | 106 | 68,8 |
| | Parto complicado quirúrgico | 24 | 15,6 |
| | Parto complicado no quirúrgico | 16 | 10,4 |
| | Puerperio con complicaciones | 8 | 5,2 |
| | Total | 154 | 100,0 |

Fuente: Historia clínica de pacientes HRGDV.

Gráfico 2.- Porcentaje de gestantes según complicaciones maternas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016.



Fuente: Historia clínica de pacientes HRGDV.

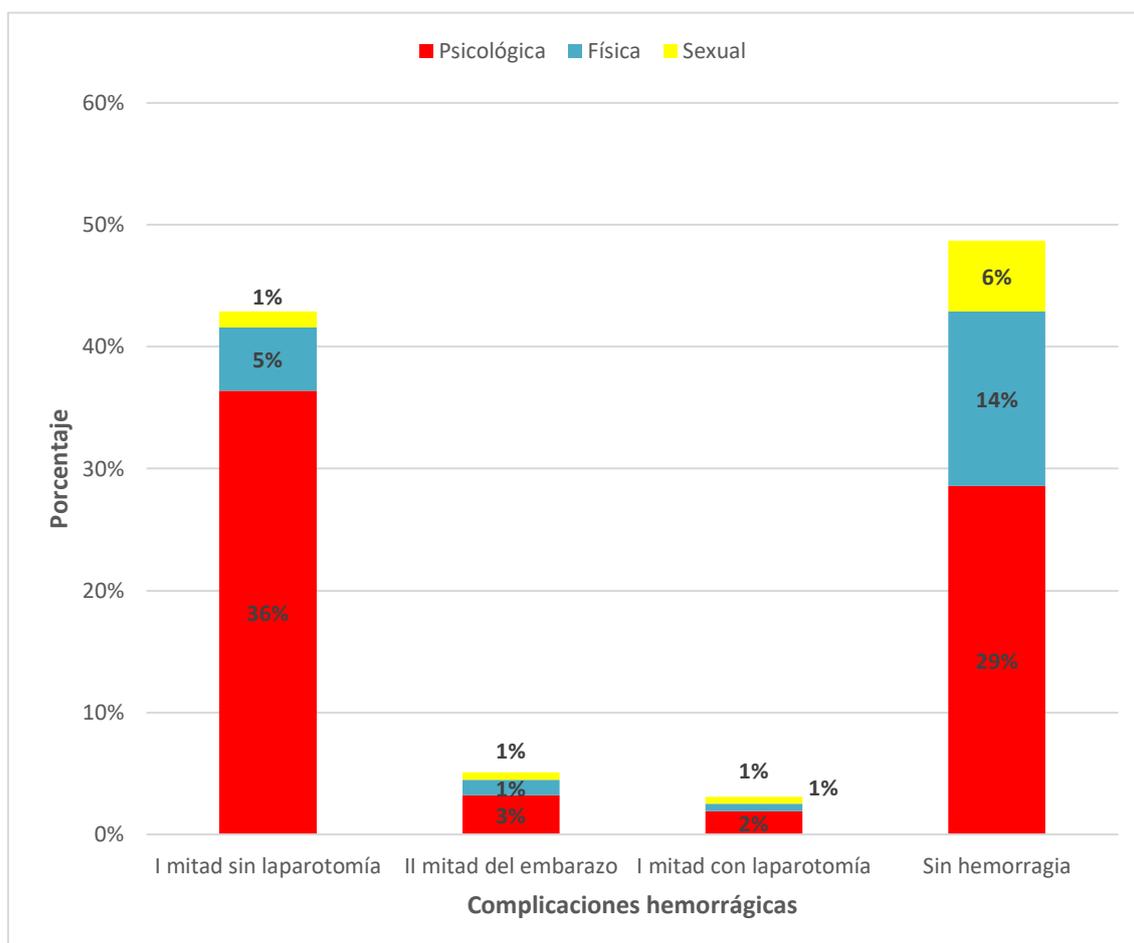
Durante el periodo de estudio se encontró que de la muestra estudiada con algún tipo de complicaciones maternas constituida por 154 gestantes; dentro de las complicaciones hemorrágicas la más frecuente fue las hemorragias de la I Mitad del embarazo sin laparotomía con un 36,4%, respecto a los trastornos hipertensivos del embarazo 13 mujeres que representa al 8,4% tuvieron este cuadro; la ruptura prematura de membranas se presentó en un 22,1% dentro de las otras complicaciones del embarazo; mientras que 24 mujeres (15,6%) tuvieron un parto complicado quirúrgico.

Tabla 3.-Gestantes con complicaciones maternas hemorrágicas según tipos de violencia basada en género atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016

| | | | VBG | | | Total | |
|-------------|-------------------------|-------------|-------------|--------|--------|-------|--------|
| | | | Psicológica | Física | Sexual | | |
| Hemorragias | I mitad sin laparotomía | Recuento | 56 | 8 | 2 | 56 | |
| | | % del total | 36,4% | 5,2% | 1,3% | 42,9% | |
| | II mitad del embarazo | Recuento | 5 | 2 | 1 | 8 | |
| | | % del total | 3,2% | 1,3% | 0,6% | 5,2% | |
| | I mitad con laparotomía | Recuento | 3 | 1 | 1 | 5 | |
| | | % del total | 1,9% | 0,6% | 0,6% | 3,2% | |
| | Sin hemorragia | Recuento | 44 | 22 | 9 | 75 | |
| | | % del total | 28,6% | 14,3% | 5,8% | 48,7% | |
| | Total | | Recuento | 108 | 33 | 13 | 154 |
| | | | % del total | 70,1% | 21,4% | 8,4% | 100,0% |

Fuente: Historia clínica de pacientes HRGDV

Gráfico 3.- Porcentaje de gestantes con complicaciones maternas hemorrágicas según tipos de violencia basada en género atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016



Fuente: Historia clínica de pacientes HRGDV

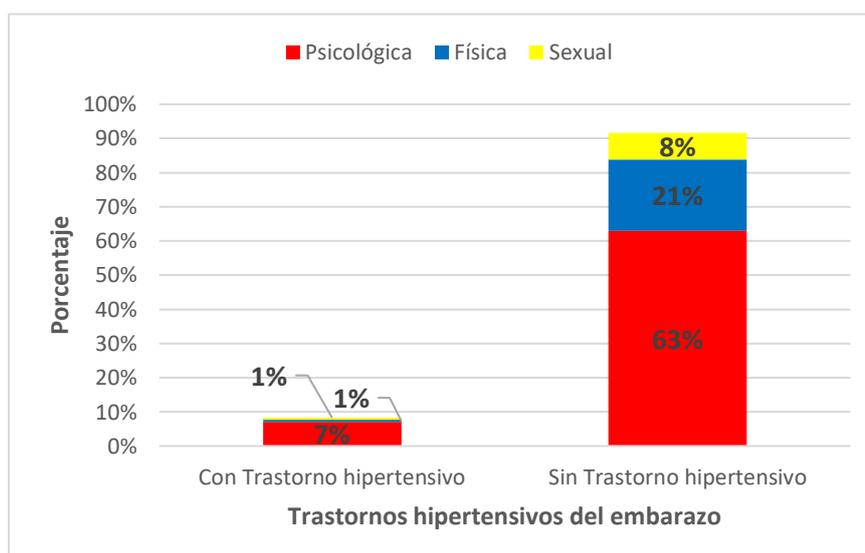
En la tabla 3, encontramos que 66 mujeres (42,9%) presentaron hemorragias de la I mitad del embarazo sin laparotomía, dentro de ellas 56 (36,4%) sufrieron de violencia psicológica, 8 (5,2%) sufrieron de violencia física y 2 (1,3%) sufrieron de violencia sexual; las hemorragias de la II mitad del embarazo y de la I mitad con laparotomía se presentaron con menores porcentajes 5,2% y 3,2% respectivamente; por otra parte 75 mujeres (48,7%) no presentaron complicaciones hemorrágicas, pero 44 (28,6%) sufrió de violencia psicológica.

Tabla 4.-Gestantes con complicación materna hipertensiva del embarazo según tipos de violencia basada en género atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016

| | | | Tipos de violencia basada en género | | | Total |
|------------------------------------|----|-------------|-------------------------------------|--------|--------|--------|
| | | | Psicológica | Física | Sexual | |
| Complicación materna hipertensivos | Si | Recuento | 11 | 1 | 1 | 13 |
| | | % del total | 7,1% | 0,6% | 0,6% | 8,4% |
| | No | Recuento | 97 | 32 | 12 | 141 |
| | | % del total | 63,0% | 20,8% | 7,8% | 91,6% |
| Total | | Recuento | 108 | 33 | 13 | 154 |
| | | % del total | 70,1% | 21,4% | 8,4% | 100,0% |

Fuente: Historia clínica de pacientes HRGDV

Gráfico 4.- Porcentaje de gestantes con complicación materna hipertensiva según tipos de violencia basada en género atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016



Fuente: Historia clínica de pacientes HRGDV

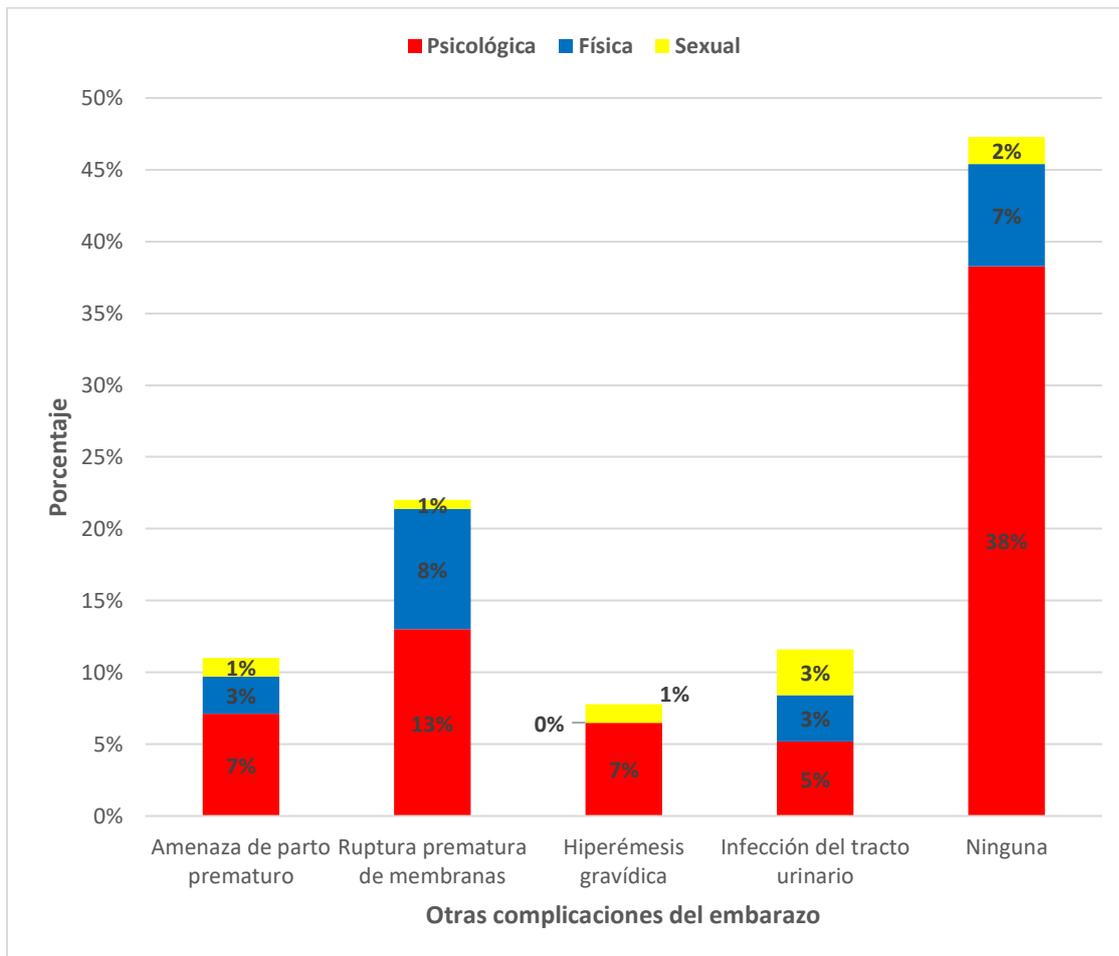
La tabla 4, nos muestra que 13 mujeres (8,4%) presento trastornos hipertensivos, dentro de ellas 11 (7,1%) sufrieron de violencia psicológica, y en menores porcentajes violencia física y sexual; por otra parte 141 mujeres (91,6%) no presento trastornos hipertensivos, en estas la violencia física estuvo en 97 (63,0%) seguido de 32 (20,8%) con violencia física y 12 (7,8%) con violencia sexual.

Tabla 5.-Gestantes con otras complicaciones maternas según tipos de violencia basada en género atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016

| | | | Tipos de violencia basada en género | | | Total | |
|-----------------------------------|--------------------------------|-------------|-------------------------------------|--------|--------|-------|--------|
| | | | Psicológica | Física | Sexual | | |
| Otras complicaciones del embarazo | Amenaza de parto prematuro | Recuento | 11 | 4 | 2 | 17 | |
| | | % del total | 7,1% | 2,6% | 1,3% | 11,0% | |
| | Ruptura prematura de membranas | Recuento | 20 | 13 | 1 | 34 | |
| | | % del total | 13,0% | 8,4% | 0,6% | 22,1% | |
| | Hiperémesis gravídica | Recuento | 10 | 0 | 2 | 12 | |
| | | % del total | 6,5% | 0,0% | 1,3% | 7,8% | |
| | Infección del tracto urinario | Recuento | 8 | 5 | 5 | 18 | |
| | | % del total | 5,2% | 3,2% | 3,2% | 11,7% | |
| | Ninguna | Recuento | 59 | 11 | 3 | 73 | |
| | | % del total | 38,3% | 7,1% | 1,9% | 47,4% | |
| | Total | | Recuento | 108 | 33 | 13 | 154 |
| | | | % del total | 70,1% | 21,4% | 8,4% | 100,0% |

Fuente: Historia clínica de pacientes HRGDV

Gráfico 5.- Porcentaje de Gestantes con otras complicaciones maternas según tipos de violencia basada en género atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016.



Fuente: Historia clínica de pacientes HRGDV

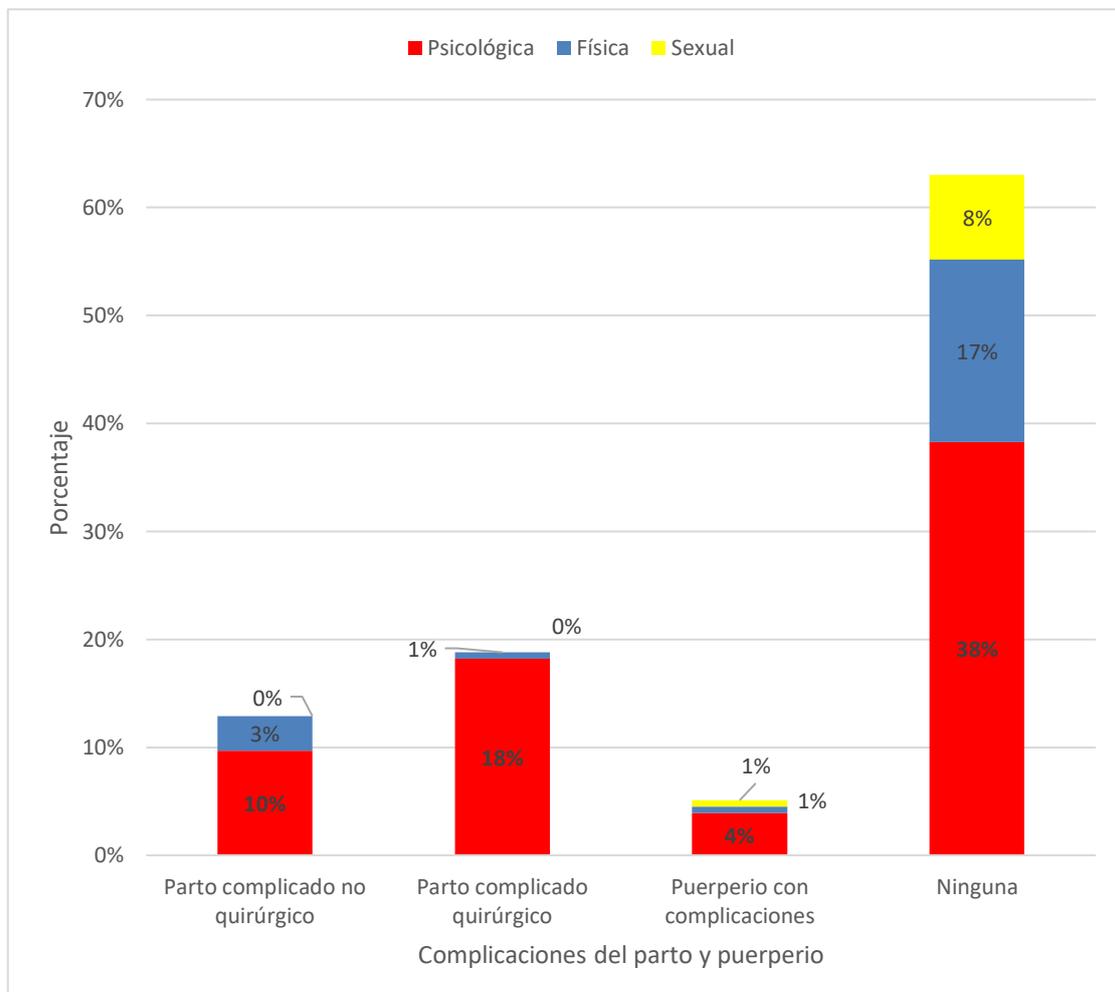
En la tabla 5, encontramos que dentro de las otras complicaciones del embarazo la ruptura prematura de membranas fue la más frecuente 34 mujeres (22,1%) dentro de ellas 20 (13,0%) sufrieron de violencia psicológica, 13 (8,4%) de violencia física y en menor frecuencia 1 (0,6%) de violencia sexual; seguido de las infecciones del tracto urinario que se presentó en 18 (11,7%) en este grupo de mujeres la violencia psicológica estuvo presente en 8 (5,2%), la amenaza de parto prematuro se presentó en 17 mujeres (11,0%), aquí la violencia sexual estuvo presente en 11 (7,1%), 4 (2,6%) violencia física y en menor frecuencia 2 (1,3%) violencia sexual; la hiperémesis fue dentro de las otras complicaciones del embarazo la que se presentó con menor frecuencia 12 (7,8%). Así mismo 73 (47,4%) mujeres no presentaron otras complicaciones del embarazo, pero la violencia psicológica fue la que se presentó con mayor frecuencia 59 (38,3%).

Tabla 6.-Gestantes con complicaciones del parto y puerperio según tipos de violencia basada en género atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016

| | | | VBG | | | Total |
|--------------------------------------|--------------------------------|-------------|-------------|--------|--------|--------|
| | | | Psicológica | Física | Sexual | |
| Complicaciones del parto y puerperio | Parto complicado no quirúrgico | Recuento | 15 | 5 | 0 | 20 |
| | | % del total | 9,7% | 3,2% | 0,0% | 13,0% |
| | Parto complicado quirúrgico | Recuento | 28 | 1 | 0 | 29 |
| | | % del total | 18,2% | 0,6% | 0,0% | 18,8% |
| | Puerperio con complicaciones | Recuento | 6 | 1 | 1 | 8 |
| | | % del total | 3,9% | 0,6% | 0,6% | 5,2% |
| | Ninguna | Recuento | 59 | 26 | 12 | 97 |
| | | % del total | 38,3% | 16,9% | 7,8% | 63,0% |
| Total | | Recuento | 108 | 33 | 13 | 154 |
| | | % del total | 70,1% | 21,4% | 8,4% | 100,0% |

Fuente: Historia clínica de pacientes HRGDV

Gráfico 6.- Porcentaje de gestantes con complicaciones del parto y puerperio según tipos de violencia basada en género atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016



Fuente: Historia clínica de pacientes HRGDV

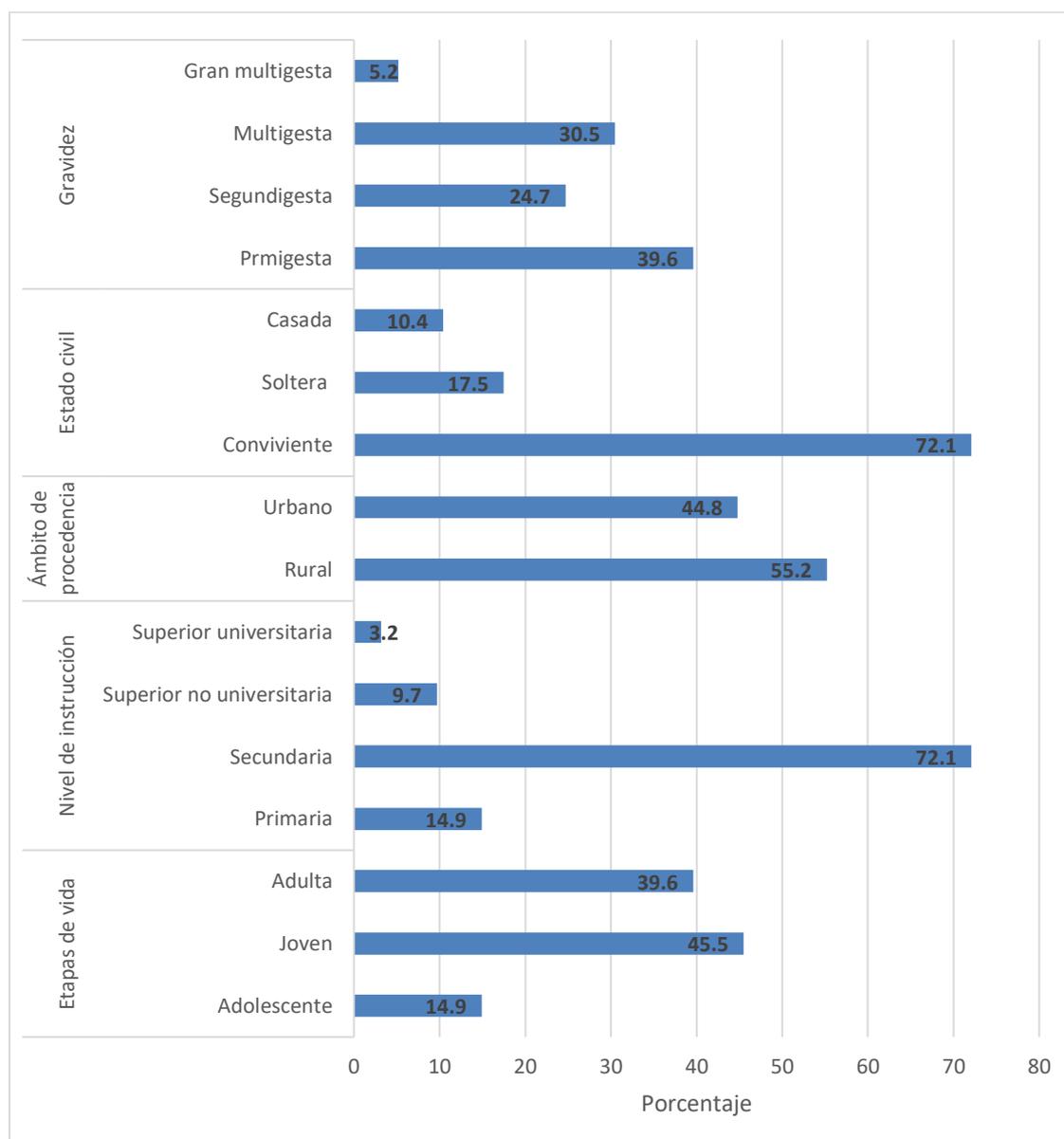
La tabla 6 nos muestra que dentro de las complicaciones del parto y puerperio, el parto complicado quirúrgico fue el más frecuente 29 mujeres (18,8%) dentro de ellas 28 (18,2%) sufrieron de violencia psicológica, 1 (0,6%) de violencia física no se presentó casos de violencia sexual; otra complicación fue el parto complicado quirúrgico que se presentó en 20 (13,0%) en este grupo de mujeres la violencia psicológica estuvo presente en 15 (9,7%), seguido de la física en 5 (3,2%); el puerperio con complicaciones fue el que se presentó con menor frecuencia 8 mujeres (5,2%), aquí la violencia psicológica estuvo presente en 6 (3,9%), y con iguales frecuencias la violencia física y sexual 1 (0,6%) respectivamente. 97 (63,0%) mujeres no presento complicaciones del parto y puerperio, pero la violencia psicológica fue la que se presentó con mayor frecuencia 59 (38,3%).

Tabla 7.-Gestantes con violencia basada en genero según características socio reproductivas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016

| Características socio reproductivas | | Frecuencia | Porcentaje |
|--|---------------------------|-------------------|-------------------|
| Etapas de vida | Adolescente | 23 | 14,9 |
| | Joven | 70 | 45,5 |
| | Adulta | 61 | 39,6 |
| Nivel de instrucción | Primaria | 23 | 14,9 |
| | Secundaria | 111 | 72,1 |
| | Superior no universitaria | 15 | 9,7 |
| | Superior universitaria | 5 | 3,2 |
| Ámbito de procedencia | Rural | 85 | 55,2 |
| | Urbano | 69 | 44,8 |
| Estado civil | Conviviente | 111 | 72,1 |
| | Soltera | 27 | 17,5 |
| | Casada | 16 | 10,4 |
| Gravidez | Prmigesta | 61 | 39,6 |
| | Segundigesta | 38 | 24,7 |
| | Multigesta | 47 | 30,5 |
| | Gran multigesta | 8 | 5,2 |
| Total | | 154 | 100,0 |

Fuente: Historia clínica de pacientes HRGDV.

Gráfico 7.- Porcentaje de gestantes con violencia basada en genero según características socio reproductivas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016.



Fuente: Historia clínica de pacientes HRGDV.

Se estudiaron 154 gestantes con complicaciones maternas, encontrándose que 70 (45,5%) fueron jóvenes, seguido de 61 (39,6%) adultas y solo 23 (14,9%) adolescentes. 111 tienen un nivel de instrucción secundaria que hacen un 72,1%. Más de la mitad tienen como ámbito de procedencia el sector rural (55,2%). Mientras que casi tres cuartos (72,1%) tienen la unión conyugal conviviente. En cuanto a la gravidez 69 (39,6%) fueron primigestas, 47 (30,5%) multigestas y 38 (24,7%) segundigestas.

4.2 Contratación de hipótesis

H₀: Los tipos de violencia basada en género no se relacionan de forma significativa con las complicaciones maternas en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016.

H₁: Los tipos de violencia basada en género se relacionan de forma significativa con las complicaciones maternas en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016.

Tabla 8.-Gestantes con complicaciones maternas según violencia basada en género atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016

| Complicaciones maternas | Violencia basada en género | | |
|---------------------------------------|----------------------------|----|---------|
| | Chi cuadrado | gl | p-valor |
| Hemorrágicas | 12,853 | 6 | 0,045 |
| Trastornos hipertensivos del embarazo | 1,684 | 2 | 0,431 |
| Otras complicaciones del embarazo | 24,676 | 8 | 0,002 |
| Complicaciones del parto y puerperio | 16,346 | 6 | 0,012 |

Fuente: Historia clínica de pacientes HRGDV

En la tabla 8 se observa los resultado del contraste de hipótesis, en la cual los valores de significancia para las complicaciones hemorrágicas (0,045), otras complicaciones del embarazo (0,002) y las complicaciones del parto y puerperio (0,012); siendo estas menores al nivel de significancia planteado (0,05), por lo que se rechaza la hipótesis nula (H₀), por lo que podemos afirmar con un nivel de confianza del 95%, que existe relación significativa entre los tipos de violencia basada en género y las complicaciones maternas como las hemorrágicas, otras complicaciones del embarazo y las del parto y puerperio en las puérperas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016.

Los tipos de violencia basada en género no se relacionó con los Trastornos hipertensivos del embarazo (0,431); en vista que el valor de significancia fue superior al nivel planteado.

Asociación de categorías de las variables en estudio

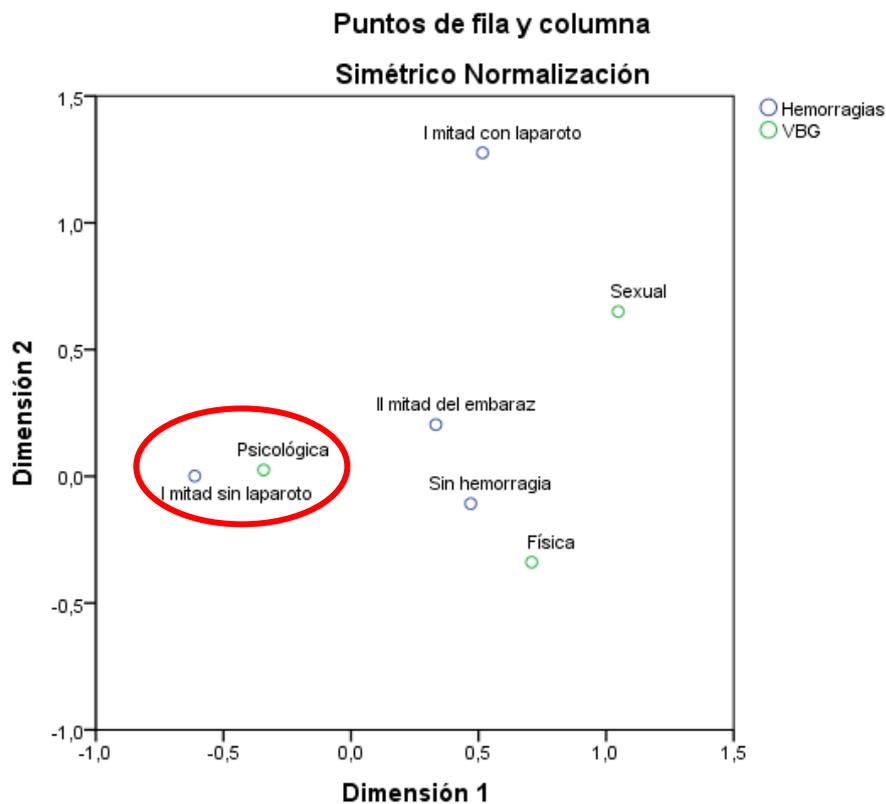
En vista que se encontró significancia entre las variables de estudio, pasamos a demostrar la asociación entre las categorías de las variables.

Tabla 9.-Gestantes con complicaciones maternas hemorrágicas del embarazo dicotomizada según tipos de violencia basada en género dicotomizada atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016

| | | | Tipos de VBG dicotomizada | | Total |
|--------------------------|-------------------------|---------------------------------------|---------------------------|-----------------|--------|
| | | | Psicológica | Física + sexual | |
| Hemorragias dicotomizada | I mitad sin laparotomía | Recuento | 56 | 10 | 66 |
| | | % dentro de Tipos de VBG dicotomizada | 51,9% | 21,7% | 42,9% |
| | Otras hemorragias | Recuento | 52 | 36 | 88 |
| | | % dentro de Tipos de VBG dicotomizada | 48,1% | 78,3% | 57,1% |
| Total | | Recuento | 108 | 46 | 154 |
| | | % dentro de Tipos de VBG dicotomizada | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Fuente: Historia clínica de pacientes HRGDV

Gráfico 8.- Análisis de correspondencias de gestantes con complicaciones hemorrágicas del embarazo dicotomizada según tipos de violencia basada en género dicotomizada atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016



Fuente: Historia clínica de pacientes HRGDV

H₀: La violencia psicológica no se asocia de forma significativa con la hemorragia de la I mitad sin laparotomía en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016.

H₁: La violencia psicológica se asocia de forma significativa con la hemorragia de la I mitad sin laparotomía en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016.

Tabla 10.-Gestantes con complicaciones hemorrágicas dicotomizada según Violencia basada en género dicotomizada atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016

| Complicaciones Hemorrágicas | Tipos de violencia basada en género dicotomizada | | |
|-----------------------------|--|----|---------|
| | Chi cuadrado | gl | p-valor |
| Hemorrágicas dicotomizada | 11,945 | 1 | 0,001 |

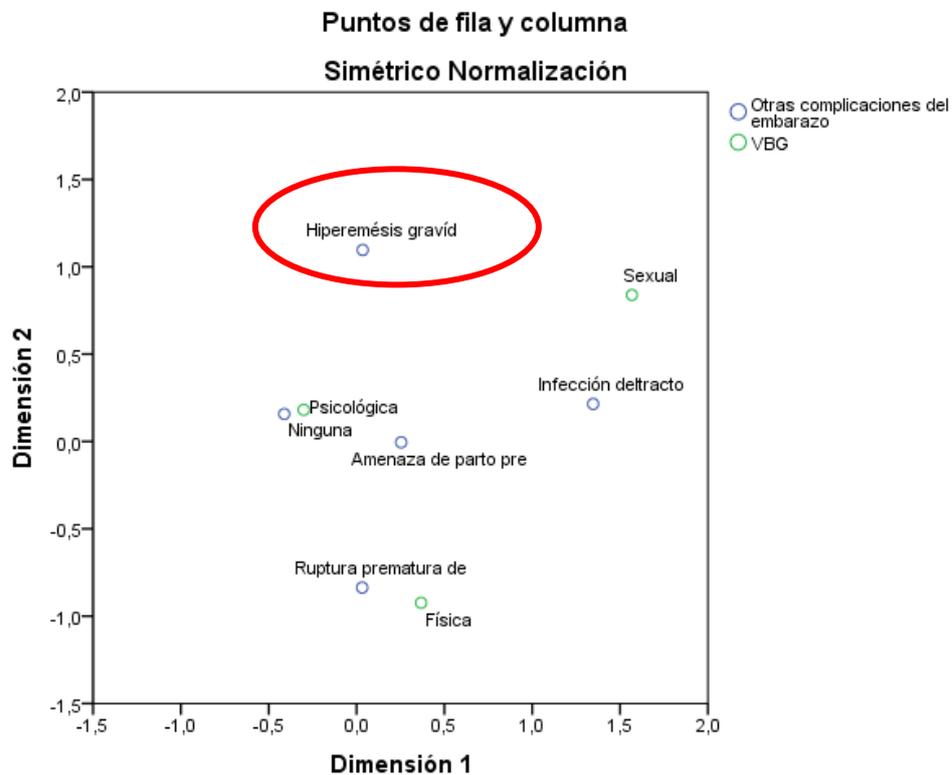
Fuente: Historia clínica de pacientes HRGDV

En la tabla 10 se observa los resultado del contraste de hipótesis, en la cual el valor de la significancia para las complicaciones hemorrágicas dicotomizada (0,01), siendo esta menor al nivel de significancia planteado (0,05), por lo que se rechaza la hipótesis nula (H_0), por lo que podemos afirmar con un nivel de confianza del 95%, que existe asociación significativa entre la violencia psicológica y las hemorragias de la I mitad sin laparotomía en las puérperas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016.

Tabla 11.-Gestantes por otras complicaciones del embarazo dicotomizada según tipos de violencia basada en género dicotomizada atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016

| | | | VBG dicotomizada | | Total |
|--|--------------------------------|------------------------------|------------------|----------------------|--------|
| | | | Física | Psicológica + sexual | |
| Otras complicaciones del embarazo dicotomizada | Ruptura prematura de membranas | Recuento | 13 | 21 | 34 |
| | | % dentro de VBG dicotomizada | 39,4% | 17,4% | 22,1% |
| | Otras complicaciones | Recuento | 20 | 100 | 120 |
| | | % dentro de VBG dicotomizada | 60,6% | 82,6% | 77,9% |
| Total | | Recuento | 33 | 121 | 154 |
| | | % dentro de VBG dicotomizada | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Gráfico 9.- Análisis de correspondencias de otras complicaciones del embarazo dicotomizada según tipos de violencia basada en género dicotomizada atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016



Fuente: Historia clínica de pacientes HRGDV

H₀: La violencia física no se asocia de forma significativa con la ruptura prematura de membranas en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016.

H₁: La violencia física se asocia de forma significativa con la ruptura prematura de membranas en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016.

Tabla 12.-Gestantes con otras complicaciones del embarazo según Violencia basada en género atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016

| Otras complicaciones del embarazo | Tipos de violencia basada en género dicotomizada | | |
|--|--|----|---------|
| | Chi cuadrado | gl | p-valor |
| Otras complicaciones del embarazo dicotomizada | 7,320 | 1 | ,007 |

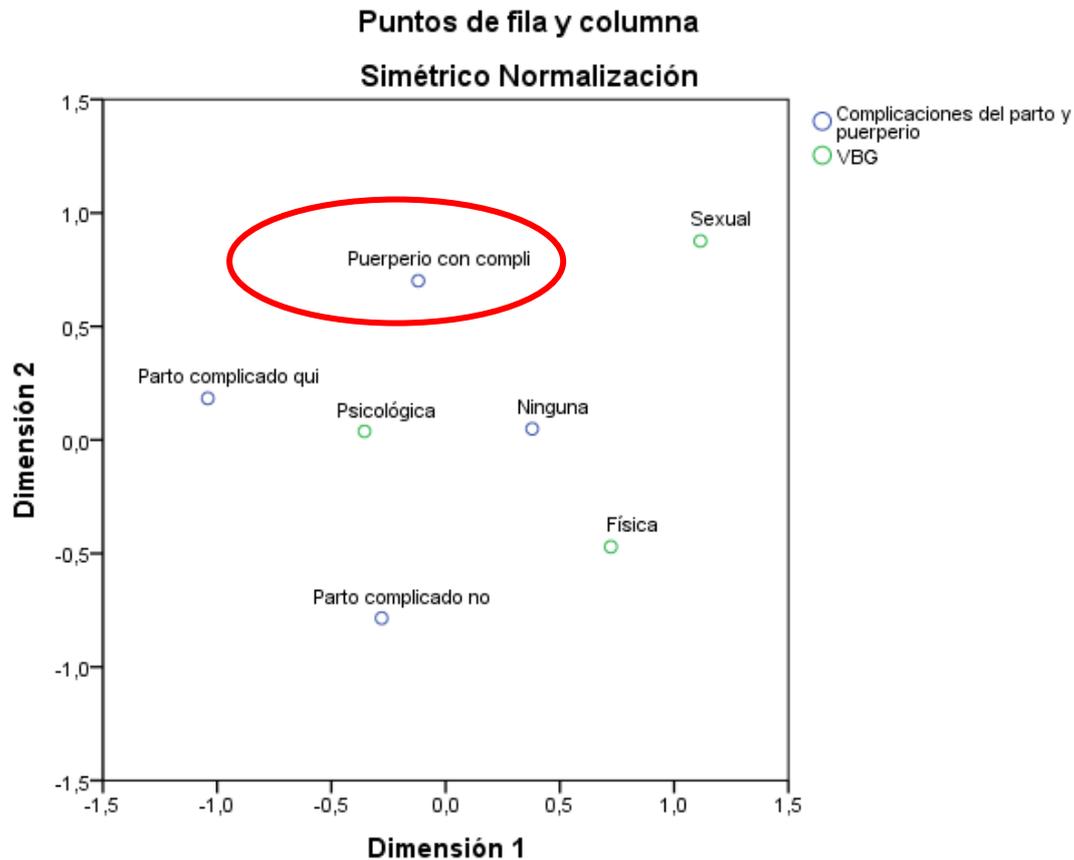
Fuente: Historia clínica de pacientes HRGDV

En la tabla 12 se observa los resultado del contraste de hipótesis, en la cual el valor de la significancia para las otras complicaciones del embarazo dicotomizada (0,07), siendo esta mayor al nivel de significancia planteado (0,05), por lo que se rechaza la hipótesis alterna (H_1), por lo que podemos afirmar con un nivel de confianza del 95%, que no se encontró evidencia significativa para demostrar asociación entre la violencia física y la ruptura prematura de membranas en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016.

Tabla 13.-Gestantes por otras complicaciones del parto y puerperio dicotomizada según tipos de violencia basada en género dicotomizada atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016

| | | | VBG dicotomizada | | Total |
|---|-----------------------------|------------------------------|------------------|-----------------|--------|
| | | | Psicológica | Física + sexual | |
| Complicaciones del parto y puerperio dicotomizada | Parto complicado quirúrgico | Recuento | 28 | 1 | 29 |
| | | % dentro de VBG dicotomizada | 25,9% | 2,2% | 18,8% |
| | Otras complicaciones | Recuento | 80 | 45 | 125 |
| | | % dentro de VBG dicotomizada | 74,1% | 97,8% | 81,2% |
| Total | | Recuento | 108 | 46 | 154 |
| | | % dentro de VBG dicotomizada | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Gráfico 10.- Análisis de correspondencias de otras complicaciones del parto y puerperio dicotomizada según tipos de violencia basada en género dicotomizada atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016



Fuente: Historia clínica de pacientes HRGDV

H₀: La violencia psicológica se asocia de forma significativa con el parto complicado quirúrgico en las puérperas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016.

H₁: La violencia psicológica se asocia de forma significativa con el parto complicado quirúrgico en las puérperas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016.

Tabla 14.-Gestantes con complicaciones según Violencia basada en género atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016

| Complicaciones del parto y puerperio | Tipos de violencia basada en género dicotomizada | | |
|---|---|-----------|----------------|
| | Chi cuadrado | gl | p-valor |
| Complicaciones del parto y puerperio dicotomizada | 11,907 | 1 | ,001 |

Fuente: Historia clínica de pacientes HRGDV

En la tabla 14 se observa los resultado del contraste de hipótesis, en la cual el valor de la significancia para las complicaciones del parto y puerperio dicotomizada (0,001), siendo esta menor al nivel de significancia planteado (0,05), por lo que se rechaza la hipótesis nula (H_0), por lo que podemos afirmar con un nivel de confianza del 95%, que existe asociación significativa entre la violencia psicológica y el parto complicado quirúrgico en las puérperas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016.

4.3 Discusión de los resultados

La violencia basada en género, o la violencia contra mujeres, se comporta con uno de los mayores problemas de salud pública y de derechos humanos en todo el mundo, esta tiene implicaciones profundas para la salud, pero a menudo esto es ignorado o no se le presta la debida atención, debido a que socialmente es más tolerada, además de que no tiene fronteras, económicas, sociales o geográficas.

La violencia contra las mujeres incluye el maltrato físico y el abuso sexual, psicológico y económico. Generalmente se la conoce como violencia "basada en el género" por desarrollarse en parte a raíz de la condición subordinada de la mujer en la sociedad. En nuestro estudio se encontró que la mayor frecuencia es la violencia psicológica 70%, seguido de la física con un 33% y por último la sexual con un 13%; estos resultados son coincidentes con lo reportado por otros autores donde indican que el principal tipo de violencia que sufren las mujeres embarazadas es la psicológica (19, 20, 22, 23, 35, 26).

Es bien conocido el hecho de que la violencia contra las mujeres tiene implicaciones profundas para la salud, pero a menudo esto es ignorado o no se le presta la debida atención. Esto se acrecienta aún más durante el embarazo y se conoce que la violencia contra estas mujeres tiene un efecto devastador sobre su salud sexual y reproductiva lo cual también afecta la salud de sus hijos. Tal comportamiento es arraigado en la inequidad sexual, que es tristemente persistente, posiblemente en todas partes de todas las sociedades. En nuestro estudio encontramos que dentro de las complicaciones hemorrágicas la mayor frecuencia fueron las hemorragias de la I mitad del embarazo (36,4%); un 8,4%

presento trastornos hipertensivos: dentro de las otras complicaciones maternas la más frecuente fue la ruptura prematura de membranas (22,1%); mientras que el parto complicado quirúrgico (15,6%) fue la complicación del parto y puerperio más frecuente.

Estos resultados son distintos por lo reportado por Salas, Ángela y Salvatierra, Diana, quienes encontraron que en el grupo con violencia intrafamiliar durante el embarazo fue significativa la mayor frecuencia de resultados maternos adversos, los cuales fueron: Infección del tracto urinario (37.9%), anemia (34.5%), preeclampsia (8.6%), parto pretérmino (8.5%), amenaza de aborto (5.2%) y la vía de culminación del embarazo fue en su mayoría parto vaginal. Esto se debería a que las poblaciones tienen características distintas en vista que en su estudio las unidades de estudio fueron gestantes adolescentes, además de ser un estudio de diseño de casos y controles; mientras que en el nuestro fueron todas las gestantes sin distinción de etapa de vida, y de diseño transversal (25).

Ante la alta frecuencia de violencia basada en género a nivel mundial y con la finalidad de determinar si existe relación entre los tipos de violencia basada en género con las complicaciones maternas se estudió a 154 mujeres que fueron atendidas por parto en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, encontrándose relación significativa entre las complicaciones hemorrágicas, otras complicaciones del embarazo y complicaciones del parto y puerperio con los tipos de violencia basada en género. El análisis estadístico mostró asociación entre la hemorragia de la I mitad del embarazo (p -valor= 0,001) y el parto complicado quirúrgico (p -

valor= 0,001) con la violencia psicológica. Esto coincide con lo reportado en la literatura médica acerca de las repercusiones maternas de la violencia basada en género, donde se indica que esta es muy frecuente entre la población de gestantes y se asocia con mayor frecuencia de patologías materna y perinatal, así como mayor mortalidad perinatal, pero no es consistente con lo reportado por Salas, Ángela y Salvatierra, Diana, quienes encontraron que el parto pretérmino fue el único resultado materno con asociación significativa ($p < 0.05$) para los diferentes tipos de violencia intrafamiliar. Además, otros estudios que tuvieron como propósito encontrar si la violencia basada en género influye sobre otras complicaciones maternas como el parto pretérmino, demostraron que no existe relación entre estas variables estudiadas, la misma que es consistente con lo encontrado en nuestro estudio (25), (26).

La elevada frecuencia de violencia a la que están sometidas las mujeres durante la etapa gestacional, es probable que las haga más vulnerables y se incremente el riesgo de sufrir complicaciones maternas, fetales y neonatales.

La principal limitación que tuvo nuestro estudio fue el ser de tipo retrospectivo, donde los datos fueron recogidos para otros fines, y en la cual no se puede evitar el sesgo, pero fue en parte resuelto por los requisitos de inclusión y exclusión propuestos.

CONCLUSIONES

Primero: Los tipos de violencia basada en género recibida por las gestantes con complicaciones maternas, en la cual un alto porcentaje (70%) según el tamizaje empleado indica haber recibido violencia psicológica, seguido de por la física con un 21% y en menor porcentaje la sexual con un 9%.

Segundo: Las complicaciones maternas más frecuentes fueron: las hemorragias de la I mitad del embarazo (36,4%), ruptura prematura de membranas (22,1%) y el parto complicado quirúrgico (15,6%).

Tercero: las complicaciones maternas hemorrágicas, otras complicaciones del embarazo y las complicaciones del parto y puerperio se relacionan significativamente con los tipos de violencia basada en género

Cuarto: Las hemorragias de la I mitad sin laparotomía y el parto complicado quirúrgico está asociado con la violencia psicológica.

Quinto: Las mujeres gestantes estudiadas mayoritariamente son jóvenes (45,5%) y adultas (39,6%); con instrucción secundaria (72,1%), más de la mitad (55,2%) proceden del ámbito rural, un 72,1% tienen el estado civil conviviente y el tipo de gravidez más frecuente es la primigravidez con un 39,6%.

RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar estudios de investigación sobre la prevalencia de violencia basada en género con un ámbito temporal mayor y compararla con otros establecimientos de iguales características.

Ejecutar el mismo estudio con una muestra similar de la población y con otros instrumentos para la detección de la violencia basada en género.

Realizar estudios de violencia basada en género y complicaciones maternas con otros diseños como el de casos y controles o de cohortes.

Plantear estudios de violencia basada en género y complicaciones maternas en la cual se recojan datos directamente a través de encuestas o cuestionarios aplicados a las gestantes.

Ejecutar investigaciones posteriores en las que se plantee a la violencia basada en género como un factor de riesgo para la ruptura prematura de membranas.

El personal de salud deberá desarrollar las competencias básicas para optimizar los servicios de promoción y atención de la VBG.

A los establecimientos del primer nivel de atención se recomienda realizar el tamizaje de violencia basada en género en cada consulta de atención prenatal.

Al Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay se recomienda unificar los criterios para catalogar la violencia basada en género en todos los servicios.

A la Universidad Alas Peruanas, se recomienda que por el elevado porcentaje de violencia basada en género, impulsar campañas masiva de tamizaje del mismo, en la cual se involucre a los diferentes actores sociales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Viviano-Llave T. Violencia Familiar en las Personas Adultas Mayores en el Perú. Lima; 2005.
2. INEI. Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012. Departamento de Apurímac Lima; 2012.
3. Zapata L. Repercusiones de la violencia basada en género sobre el embarazo. Rev Obstet Ginecol Venez. 2006; 66(1): p. 21-7.
4. Del-Río A, Marchetti R. Modelo integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual: manual operativo. Primera ed. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; 2006.
5. Rizzi R, Ruiz R, Maguna J. Maternal mortality due violence. Int J Gynaecol Obstet. 1998; 63(Suppl 1): p. 519-524.
6. Gúezmes A, Palomino N, Ramos N. Violencia sexual y física contra la mujer en el Perú. Lima: CMP Flora Tristán-OPS/OMS-Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2002.
7. Rabinerson D, Pollak-Rabinerson N, Glezeman M. Domestic violence against women and the role of the obstetrician/gynecologist. Harefuah. 2006; 145(10): p. 753-7.
8. Cook J, Beeley S. Acknowledging a persistent truth: domestic violence in pregnancy. J R Soc Med. 2008 Julio; 101(7): p. 358-63.
9. Cepeda-Silva A, Morales-Carmona F, Henales-Almaraz M, Méndez-Cabello S. Violencia familiar durante el embarazo como factor de riesgo para complicaciones maternas y recién nacidos de peso bajo. Perinatol Reprod Hum. 2011; 25(2): p. 81-87.
10. Arteaga-Vega F, López-Cruz S. Evolución de la mortalidad materna en América Latina, El Caribe y Bolivia. Aspectos que influyen. Arch.Boliv.Med. 2009; 13(81): p. 35-40.
11. Tan J, Gregor K. Violence against pregnant women in North western Ontario. Ann NY Acad Sci. 2006; 1087: p. 320-38.
12. Jones R, Horan D. The American College of Obstetricians and Gynecologists: responding to violence against women. Int J Gynaecol Obstet. 2002; 78(Suppl 1): p. 575-577.

13. Karchmer S. Salud reproductiva y violencia contra la mujer. *Ginecol Obstet Mex.* 2002; 248: p. 245-58.
14. Varma D, Chandra P, Thomas T, Carey M. Intimate partner violence and sexual coercion among pregnant women in India. Relationship with depression and post-traumatic stress disorder. *J Affect Disord.* 2006 Nov.; 14.
15. Távara-Orosco L, Orderique LZT, Huamaní SyC. Repercusiones maternas y perinatales de la violencia basada en género. *rev Per Ginecol Obstet.* 2007; 53(1): p. 10-17.
16. Collado S, Villanueva A. Relación entre la violencia familiar durante el embarazo y el riesgo de peso bajo en el recién nacido. *Ginecol Obstet Méx.* 2007; 75: p. 259-67.
17. Murphy C, Schei B, Terriol M, Du-Mont J. Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *CMAJ.* 2001; 164: p. 1567-72.
18. Vladislavovna-Doubova , Svetlana , Pámanes-González V, Billings D, Torres-Arreola L. Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. 2007. *Rev Saúde Pública;* 41(4): p. 582-90.
19. Medina-Meza D, Martinez J, Suarez J, Castro L, Muriel Y, Obando M. Violencia física y psicológica contra la mujer embarazada. *Medellin.* 2001; XIX(1).
20. Escobar J, Pacora P, Custodio N, Villar W. Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género? *An Fac med.* 2009; 70(2): p. 115-8.
21. Casafranca G. Violencia Intrafamiliar en gestantes. Tesis de especialidad. Lima: Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana. Sección de Post Grado; 2013.
22. Gonzáles E. FACTORES ASOCIADOS CON LA VIOLENCIA EN GESTANTES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ ENERO – MARZO 2014. Tesis de Pregrado. Lima: Universidad Nacional Mayor de san Marcos, Facultad de Medicina. E.A.P. de Obstetricia; 2014.
23. Jara G. Frecuencia de violencia en mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en servicio de ginecología y obstetricia del HNHU en noviembre 2015. Tesis de Pregrado. Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana; 2015.
24. López M, Camacho V. Violencia intrafamiliar como factor de riesgo de preeclampsia en gestantes de 20 a 35 años atendidas en el Instituto Nacional

- Materno Perinatal en el periodo marzo 2012 - mayo del 2013. Tesis de Pregrado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana. E.A.P. de Obstetricia; 2013.
25. Salas A, Salvatierra D. Resultados maternos de la violencia intrafamiliar en gestantes adolescentes. Hospital San Juan de Lurigancho periodo diciembre 2011- febrero 2012. Tesis de Pregrado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina. E.A.P. de Obstetricia; 2012.
 26. Influencia de la violencia basada en género en mujeres con parto pretérmino atendidas en el HONADOMANI San Bartolomé en el periodo octubre 2007-enero 2008. Tesis de Pregrado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana. E.A.P. de Obstetricia; 2008.
 27. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen Washington D.C.,: Organización Mundial de la Salud; 2002.
 28. Pinto N. Repercusiones de la violencia basada en genero sobre la salud de las mujeres. Rev Per Ginecol Obstet. 2006; 52(1): p. 8-14.
 29. Izquierdo-Moreta A. Desmontando mitos: La violencia de género durante el embarazo. Tesis de Maestria. Salamanca-España: Universidad de Salamanca, MÁSTER EN ESTUDIOS INTERDISCIPLINARES DE GÉNERO; 2013.
 30. Solano P, Velzeboer M. Reunión interagencial de expertas sobre componentes claves para leyes y políticas contra la violencia contra las mujeres-Documento de discusión Washington, D.C.: OPS/OMS; 2003.
 31. Mujeres O. Consecuencias y costos de la violencia de género. [Online]. [cited 2016 Enero 10. Available from: <http://www.endvawnow.org/es/articles/301-consequences-and-costs-.html>.
 32. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre Violencia y Salud. Washington, D.C.: OPS; 2002.
 33. Buvinic M, Morrison M, Shifter M. La violencia en las Américas: marco de acción. En: El costo del silencio-Violencia doméstica en las Américas Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 1999.
 34. Heise L. "International dimension of violence against women". Response. 1989; 12(1).

35. García-Moreno C. "Violencia contra la mujer", Género y equidad en la salud, Publicación ocasional, Nº 6,: Organización Panamericana de la Salud, Harvard Center of Population and Development Studies.
36. Torres M. La Violencia en Casa México: Editorial Paidós; 2001.
37. Walby S. Theorizing Patriarchy Oxford: Blackbell; 1990.
38. Instituto de la Mujer de Extremadura. Apuntes básicos sobre violencia de género. Concepto, legislación y herramientas para la detección. 7th ed.; 2011.
39. Organización Panamericana de la Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. "La violencia doméstica durante el embarazo". [Online]. [cited 2016 Enero 10. Available from: <http://www.bvsde.paho.org/bvsamat/VAWPregnancysp.pdf>.
40. ELLSBERG M, PEÑA R, HERRERA A, LILJESTRAND J, WINKVIST A. "Wife abuse among women of childbearing age in Nicaragua". American journal of Public Health. 1999; 89: p. 241-244.
41. PEEDICAYIL A, SADOWSKI L, JAYASEELAN L, SHANKAR V, JAIN D, SURESH S, et al. "Spousal physical violence against women during pregnancy". BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynecology. 2004; 117(7): p. 682-687.
42. NASIR K, HYDER A. "Violence against pregnant women in developing countries: review of evidence". European Journal of Public Health. 2003; 131(2): p. 105-107.
43. CAMPBELL J, GARCIA-MORENO C, SHARPS P. "Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries". Violence against women. 2004; 10(7): p. 770-789.
44. GÓMEZ-BETANCOURT R. Violencia doméstica durante el embarazo. [Online]. [cited 2016 Enero 10. Available from: <http://www.maternofetal.net/3violencia.html>.
45. INFOGEN. Violencia y embarazo. [Online]. [cited 2016 Enero 11. Available from: <http://www.infogen.org.mx/Infogen1/servlet/CtrlVerArt?clvart=11499>.
46. STRADA-BELLO O. "Embarazo y violencia de género", Conferencia en el Congreso XIII de la Asociación Nacional de Matronas. [Online]. [cited 2016 Enero 11. Available from:

http://www.aesmatronas.com/descargas/CONFERENCIAS_AESMATRONAS/06_MUJER_GENERO/06_VIOLENCIA_GENERO_EMBARAZO.pdf.

47. ECHEBURÚA E, GUERRICAECHEVARRÍA C. “Especial consideración de algunos ámbitos de victimación”. In Manual de Victimología. Valencia,: Tirant lo Blanch; 2006. p. 170.
48. MILLER N, SEARS R, MOWRER O, DOOB L, DOLLARD J. “The frustration aggression hypothesis”. *Psychological Review*. ; 48: p. 337-342.
49. BERKOWITZ L. “The frustration- aggression hypothesis: Examination and reformulation”. *Psychological Bulletin*. 1989; 106: p. 59-73.
50. Organización Mundial de la Salud. Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública. 49ª Asamblea Mundial de la Salud (WHA49.25); 1996.
51. Newberger E, Barkan S, Lieberman E, McCormick M, Yllo K, Gary LSS. Abuse of Pregnant Women and Adverse Birth Outcome. Current knowledge and implications for practice. *Journal of the American Medical Association*. 1992; 267.
52. Supo J. Seminarios de Investigación Científica: Metodología de la Investigación para las Ciencias de la Salud. Primera ed. Lima: Bioestadístico EIRL; 2012.
53. Hernández R, Fernandez C, Baptista M. Metodología de la Investigación. Sexta ed. Mexico D.F.: MCGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.; 2014.
54. Calderon J, Alzamora-de-los-Godos L, Del-Aguila E. La Tesis de Posgrado. Primera ed. Lima: Fondo Editorial UAP; 2013.
55. Hernandez,R; Fernandez,C; Baptista,M. Metodología de la investigación. Sexta ed. Rocha M, editor. Mexico D.F.: MCGRAW-HILL/Interamericana editores. S.A. de C.V.; 2014.
56. Supo J. Cómo elegir una muestra: Técnicas para seleccionar una muestra representativa. Primera ed. Lima: Bioestadístico EIRL; 2014.
57. Guía técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género. Ministerio de Salud Dirección General de Promoción de la Salud; 2007.

ANEXO



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**TIPOS DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y COMPLICACIONES MATERNAS
EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ
DE LA VEGA ABANCAY, 2016.**

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

HCL.....

Características socio reproductivas

| | |
|----------------------|---|
| Edad |Años |
| Lugar de procedencia | (1) Urbano (2) Rural |
| Estado Civil | (1) Soltera (2) Conviviente (3) Casada (4) Viuda |
| Nivel de Instrucción | (1) Analfabeta (2) Primaria (3) Secundaria (4) Superior no universitaria (5) Superior universitaria |
| Gravidez | (1) Primigesta (2) Segundigesta (3) Multigesta (4) Gran multigesta |

VARIABLE 1: Violencia basada en género

| Tipo de violencia sufrida durante el embarazo | |
|--|------------------|
| Violencia Psicológica | () Si () No |
| Violencia Física | () Si () No |
| Violencia Sexual | () Si () No |

VARIABLE 2: Complicaciones maternas

| Tipo de complicación materna durante el embarazo, parto y puerperio | |
|--|------------------|
| Hemorrágicas | |
| Hemorragias de la primera mitad del embarazo sin laparotomía | () Si () No |
| Hemorragia de la segunda mitad del embarazo | () Si () No |
| Hemorragias de la primera mitad del embarazo con laparotomía | () Si () No |
| Hipertensivas | |
| Trastorno hipertensivos en el embarazo | () Si () No |
| Otras complicaciones | |
| Amenaza de parto prematuro | () Si () No |
| Ruptura prematura de membranas | () Si () No |
| Hiperémesis gravídica | () Si () No |
| Infección del tracto urinario en el embarazo | () Si () No |
| Complicaciones del parto y puerperio | |
| Parto complicado no quirúrgico | () Si () No |
| Parto complicado quirúrgico | () Si () No |
| Puerperio con complicaciones | () Si () No |

TIPOS DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y COMPLICACIONES MATERNAS EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA

| PROBLEMA PRINCIPAL | OBJETIVO GENERAL | HIPÓTESIS GENERAL | VARIABLES | DIMENSIONES | INDICADORES | ÍNDICE | TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN |
|--|---|---|---|--|---|--|--|
| ¿Cuáles son los tipos de violencia basada en género y complicaciones maternas en las gestantes que acuden al Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016. ? | Determinar los tipos de violencia basada en género y complicaciones maternas en las gestantes que acuden al Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016. | Los tipos de violencia basada en género se relaciona de forma significativa con las complicaciones maternas hemorrágicas, en las gestantes que acuden al Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016. | • Tipos De Violencia Basada En Género | <ul style="list-style-type: none"> • Violencia Psicológica • Violencia Física • Violencia Sexual | <ul style="list-style-type: none"> • Reporte de la ficha de tamizaje de violencia basada en genero | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No | <p>Diseño: Epidemiológico analítico, no experimental transaccional correlaciona l</p> <p>Tipo: Básica, observacional, retrospectiva, transversal, analítico.</p> <p>Nivel:</p> <p>Método: Cuantitativo</p> |
| PROBLEMA SECUNDARIO | OBJETIVO ESPECIFICAS | HIPÓTESIS GENERAL | VARIABLES | | | | |
| ¿Cuáles son las complicaciones maternas hemorrágicas y su relación con los tipos de violencia basada en género en gestantes que acuden al hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega? | Identificar las complicaciones maternas hemorrágicas y tipos de violencia basada en género en gestantes que acuden al hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016. | | Complicaciones Maternas | <ul style="list-style-type: none"> • Hemorrágicas | <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragias de la primera mitad del embarazo sin laparotomía • Hemorragia de la segunda mitad del embarazo • Hemorragias de la primera mitad del embarazo con laparotomía | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No • Si • No • Si • No | <p>Población: 329 Mujeres Gestantes que presentaron complicaciones maternas para el año 2016.</p> <p>MUESTRA 154 gestantes con complicaciones maternas</p> <p>Técnicas: Documentación</p> <p>Instrumento: Ficha de recolección de datos.</p> <p>Procesamiento de la información: Estadística descriptiva a través de cuadros de distribución de frecuencias, cuadros de contingencia gráficos de barras simples y apiladas, contraste de hipótesis con técnica estadística no paramétrica para buscar la relación de variables a través del Chi cuadrado de homogeneidad para demostrar asociación la prueba chi cuadrado de independencia con un nivel de significancia de 0.05.</p> |
| ¿La complicación materna hipertensiva y su relación con los tipos de violencia basada en género en gestantes que acuden al Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016?? | Identificar la complicación materna hipertensiva y los tipos de violencia basada en género en gestantes que acuden al hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016. | | | <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensivas | <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno hipertensivos en el embarazo | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No | |
| ¿Cuáles son las otras complicaciones maternas y los tipos de violencia basada en género en gestantes que acuden al Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016? | Identificar las otras complicaciones maternas y los tipos de violencia basada en género en gestantes que acuden al Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016 | | | <ul style="list-style-type: none"> • Otras complicaciones | <ul style="list-style-type: none"> • Amenaza de parto prematuro • 1Ruptura prematura de membranas • Hiperémesis gravídica • Infección del tracto urinario en el embarazo | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No • Si • No • Si • No • Si • No | |
| ¿Cuáles son las complicaciones del parto, puerperio y los tipos de violencia basada en género en gestantes que acuden al Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016? | Identificar las complicaciones del parto, puerperio y los tipos de violencia basada en género en gestantes que acuden al Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016. | | | <ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones del parto y del puerperio | <ul style="list-style-type: none"> • Parto complicado no quirúrgico • Parto complicado quirúrgico • Puerperio con complicaciones | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No • Si • No • Si • No | |
| ¿Cómo son las características socio reproductivas de las gestantes con violencia basada en género que acudieron al Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016? | Identificar las características socio reproductivas de las gestantes con violencia basada en género que acudieron al Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2016 | | <ul style="list-style-type: none"> • Características socio reproductivas | <ul style="list-style-type: none"> • SOCIALES • REPRODUCTIVAS | <ul style="list-style-type: none"> • Edad de la gestante • Procedencia • Estado civil • Nivel de estudio • Gravidéz | <ul style="list-style-type: none"> • < 19 Años • 20 A 34 Años • > 35 Años • Urbano • Rural • Soltera • Conviviente • Casada • Viuda • Analfabeta • Primaria • Secundaria • Superior No Universitaria • Superior Universitaria • Primigesta • Segundigesta • Multigesta • Gran Multigesta | |

Carta de Presentación al Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay.

CARECO

“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

SOLICITO: Permiso para recolección de datos de proyecto de

DR. JORGE PONCE JUAREZ
DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA –
ABANCAY



Yo, Velquiza Cáceres Peseros, identificada con número de DNI: 71848285,
Bachiller en obstetricia egresada de la Universidad Alas Peruanas y domiciliada en la
ciudad de Abancay.

Me presento ante usted y expongo:

Que teniendo todos los requisitos para poder ejecutar mi proyecto de tesis titulada
“PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA BASADA EN GENERO Y SU RELACION CON
LAS COMPLICACIONES MATERNAS EN GESTANTES QUE ACUDEN AL
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA ABANCAY, 2016 ”; y por
ser de tipo de investigación retrospectivo requiero sacar información de las historias
clínicas teniendo como población total 329 gestantes que presentaron complicaciones
maternas en el año 2016, numero de historias clínicas a sacar del área de archivos.

Por lo expuesto:

Ruego a Usted, señor director del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega
acceder a mi solicitud, por ser de justicia que espero alcanzar.

ADJUNTO:

- Carta de presentación
- Matriz de consistencia de proyecto de tesis
- Ficha de recolección de datos

Abancay, 04 de agosto del 2017


.....
VELQUIZA CACERES PESEROS
DNI: 71848285



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"



CARTA DE PRESENTACIÓN

DR. JORGE PONCE JUAREZ
DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA-ABANCAY

ASUNTO: PRESENTACIÓN DE TESIS PARA SER EJECUTADO POR LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS.

Abancay, 01 de Agosto del 2017

Previo un cordial saludo a la vez presentar a la Srta. VELQUIZA CACERES PESEROS, Bachiller de la Escuela profesional de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas Filial Abancay, identificado con DNI: N° 71848285, código de estudiante N° 2011151320, quién cumple con los requisitos establecidos en el reglamento de Grados y Títulos de la facultad de MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD de nuestra Universidad; por ello recurrimos a su digno despacho para solicitarle se permita realizar la ejecución de su Tesis Aprobada (Aplicación de encuestas), con una duración de 7 días hábiles, estando a la espera de su aceptación de su Institución que Ud. Dignamente dirige.

Agradezco su atención las que sirvan la complementación en la formación profesional de nuestra estudiante.

Atentamente:





