

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Escuela de Posgrado

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

VIOLENCIA DE PAREJA ASOCIADA A COMPLICACIONES

OBSTÉTRICAS EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL

HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2024

TESIS

PRESENTADA POR:

POLETT ANDREA SOSA OSORES

Para optar el Grado Académico de:

MAESTRO EN CIENCIAS (*MAGISTER SCIENTIAE*)

CON MENCIÓN EN SALUD PÚBLICA

TACNA – PERÚ

2026

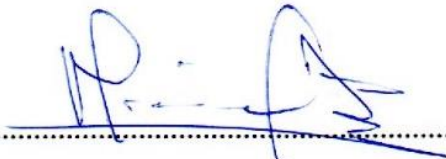



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Escuela de Posgrado

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**VIOLENCIA DE PAREJA ASOCIADA A COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS
EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA 2024**

Tesis sustentada y aprobada el 22 de octubre del 2025; estando el jurado calificador integrado por:

- PRESIDENTE** : 
Dr. Alberto Patricio Lanchipa Ale
- SECRETARIO** : 
Dr. Edgar Hernán Tejada Vásquez
- MIEMBRO** : 
Dra. Danila Diana Huanco Apaza
- ASESORA** : 
Dra. Danila Diana Huanco Apaza

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, Dra. Danila Diana Huanco Apaza, en mi condición de asesora acreditada con RESOLUCION ESCUELA DE POSGRADO N° 13182-2023-ESPG/UNJBG. Tacna, 03 de noviembre del 2023, del trabajo de tesis titulado: "VIOLENCIA DE PAREJA ASOCIADA A COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2024", presentado por la Srta. Polett Andrea Sosa Osores, para optar el Grado Académico de Maestro en Ciencias (*Magíster Scientiae*) con mención en Salud Pública.

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y de similitud de trabajo de investigación y producción intelectual, considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual TURNITIN, cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es 9%.

Por lo que CERTIFICO LA SIMILARIDAD de la tesis y está de acuerdo al nivel PERMITIDO, para continuar con los trámites correspondientes.

Se emite el presente certificado a solicitud del interesado con fines de continuar con los trámites respectivos para la obtención del Grado Académico de Maestro en Ciencias (*Magíster Scientiae*) con mención en Salud Pública.

Tacna, 25 de noviembre de 2025

FIRMA ASESOR
Nombres y apellidos



.....
Dra. Danila Diana Huanco Apaza
DNI N° 29297176

FIRMA TESISTA
Nombres y apellidos



.....
Srta. Polett Andrea Sosa Osores
DNI N°

DEDICATORIA

A Dios por estar presente en mi vida, a mis queridos y amados padres, a toda mi familia, por ser mi inspiración y apoyo constante para lograr esta meta. También a la Obsta. Luz Marina Liendo Cáceres por ser guía en mi vida profesional, ejemplo de preparación constante.

AGRADECIMIENTO

A Dios, padre Todopoderoso quien favoreció la elaboración de la presente tesis, a las pacientes puérperas, quienes participaron en la investigación; a mi asesora, Dra. Diana Huanco Apaza, por su valioso asesoramiento e interés y por ser guía constante para lograr esta investigación. Así también, agradecer al Dr. Edgar Hernán Tejada Vásquez y al Dr. Alberto Patricio Lanchipa Ale, por sus valiosas contribuciones en la mejora de mi tesis.

Un agradecimiento especial a quienes contribuyeron en los inicios de mi formación profesional, fueron motivación para realizar mi estudio en Posgrado, gracias Dra. Obsta. Iris Eufemia Paredes Gonzales por su guía profesional, a la Mgr. Obsta. Nérida Pérez Cabanillas por alentarme en la preparación constante, así también, agradecer a la Dra. Obsta. Olga Choque Chura por darme el empuje para concretar este trabajo y por sus valiosos consejos. Un agradecimiento póstumo a la Mgr. Obsta. Juana Inés Barreda Grados por su interés y guía en mi formación profesional.

Agradecer al Hospital Hipólito Unanue de Tacna, por ser cuna de formación profesional y abrirme sus puertas para poder concretar la presente tesis, sin su aprobación no hubiera sido posible, muchas gracias. De igual manera a las obstetras y enfermeras por brindarme las facilidades en sus servicios.

ÍNDICE GENERAL

| | Pág. |
|--|------|
| DEDICATORIA..... | iv |
| AGRADECIMIENTO..... | v |
| RESUMEN..... | xi |
| ABSTRACT..... | xi |
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 4 |
| 1.1. Descripción del problema | 4 |
| 1.2. Formulación del problema | 6 |
| 1.2.1. Problema general | 6 |
| 1.2.2. Problemas específicos | 6 |
| 1.3. Justificación e importancia de la investigación | 6 |
| 1.4. Limitaciones | 8 |
| 1.5. Objetivos | 9 |
| 1.6. Hipótesis | 9 |
| CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO | 11 |
| 2.1. Antecedentes del estudio | 11 |
| 2.1.1. Antecedentes internacionales..... | 11 |
| 2.1.2. Antecedentes nacionales..... | 15 |
| 2.2. Bases teóricas | 16 |
| 2.2.1. Violencia de pareja | 16 |
| 2.2.2. Tipos de violencia | 17 |
| 2.2.3. Violencia y embarazo | 18 |
| 2.2.2. Complicaciones obstétricas | 20 |
| 2.3. Definición de términos | 23 |
| CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN | 26 |
| 3.1. Tipo de diseño de investigación | 26 |
| 3.2. Población y/o muestra de estudio | 26 |
| 3.2.1. Población de estudio..... | 26 |

| | |
|--|----|
| 3.2.2. Muestra..... | 26 |
| 3.2.3. Muestreo | 26 |
| 3.2.4. Unidad de análisis | 26 |
| 3.2.5. Criterios de selección | 27 |
| 3.3. Operacionalización de las variables | 27 |
| 3.3.1. Identificación de las variables | 27 |
| 3.3.2. Caracterización de las variables | 27 |
| 3.4. Actividades de ejecución | 28 |
| 3.4.1. Técnicas e instrumentos de recolección de datos | 28 |
| 3.4.2. Instrumento | 29 |
| 3.4.3. Recolección de datos | 31 |
| 3.5. Procesamiento y análisis de datos | 31 |
| 3.6. Aspectos éticos | 32 |
| CAPÍTULO IV: RESULTADOS | 33 |
| DISCUSIÓN | 48 |
| CONCLUSIONES..... | 53 |
| RECOMENDACIONES | 54 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 55 |
| ANEXOS..... | 66 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | Pág. |
|--|------|
| Tabla 1. Frecuencia de violencia de pareja en las pacientes puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024..... | 31 |
| Tabla 2. Tipos de violencia de pareja durante el embarazo de las puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024..... | 32 |
| Tabla 3. Características sociodemográficas de las puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024..... | 33 |
| Tabla 4. Características obstétricas de las puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024..... | 35 |
| Tabla 5. Presencia de patología durante el embarazo en puérperas que tuvieron violencia de pareja atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024..... | 36 |
| Tabla 6. Tipo de violencia de pareja asociada a Anemia en puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024. | 37 |
| Tabla 7. Amenaza de aborto relacionada a pacientes puérperas que tuvieron violencia de pareja atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024. | 38 |
| Tabla 8. Amenaza de parto prematuro relacionada a pacientes puérperas que tuvieron violencia de pareja atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024..... | 39 |
| Tabla 9. Infección del tracto urinario relacionado a pacientes puérperas que tuvieron violencia de pareja atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024. | 40 |
| Tabla 10. Parto pretérmino relacionado a pacientes puérperas que tuvieron violencia de pareja atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024..... | 41 |
| Tabla 11. Preeclampsia relacionada a pacientes puérperas que tuvieron violencia de pareja atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024..... | 42 |

| | |
|---|----|
| Tabla 12. Ruptura prematura de membranas relacionada a pacientes puérperas que tuvieron violencia de pareja atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024. | 43 |
| Tabla 13. Restricción de crecimiento intrauterino relacionada a pacientes puérperas que tuvieron violencia de pareja atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024. | 44 |
| Tabla 14. Complicaciones Obstétricas asociadas a violencia de pareja en pacientes puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024..... | 45 |

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación entre la violencia de pareja con las complicaciones obstétricas en puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2024.

Material y métodos: Estudio cuantitativo, observacional, analítico y transversal realizado en 254 puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2024, se usó un cuestionario del Ministerio de Salud (MINS) para detectar la violencia de pareja, previo consentimiento informado y se revisó historias clínicas para la recolección de datos. Los datos fueron procesados y analizados con un software estadístico SPSS versión 25, se utilizó estadísticos descriptivos como frecuencia absoluta y relativa y el Chi2 con el valor p.

Resultados: Del total de 254 puérperas encuestadas, 101 (39,76 %) tuvieron violencia de pareja durante el embarazo, mientras que 153 (60,24 %) no tuvo violencia. Del tipo de violencia de pareja durante el embarazo, tuvo violencia psicológica el 23,62 %, violencia física el 11,81 % y violencia sexual el 31,50 %. Dentro de las características sociodemográficas más frecuente, la edad de 20 a 34 tuvo 79,21 % ($p=0,248$), el grado de instrucción fue secundaria en un 68,32 % y superior técnica en 15,84 % ($p=0,014$), estado civil fue conviviente en un 68,32 % y casada 25,74 % ($p=0,080$), la ocupación fue ama de casa en un 44,55 % y trabajadora independiente en un 27,72 % ($p=0,135$) y el domicilio en cono norte en un 56,43 % ($p=0,012$). **Conclusión:** La frecuencia de la violencia por parte de la pareja fue de 39,76 % durante el embarazo en las puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Siendo la frecuencia en violencia psicológica de 23,62 % en las puérperas, violencia física 11,81 % y violencia sexual 31,50 %. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la violencia física con la complicación obstétrica de anemia ($p=0,016$), la violencia psicológica con la ruptura prematura de membranas ($p=0,037$) y la violencia sexual con la anemia ($p<0,01$), preeclampsia ($p=0,040$), ruptura prematura de membranas ($p<0,01$) y la restricción de crecimiento intrauterino ($p=0,002$).

Palabras clave: Violencia de pareja, violencia física, violencia psicológica, violencia sexual, Complicaciones Obstétricas.

ABSTRACT

Objective: Determine the association between intimate partner violence and obstetric complications in postpartum women treated at Hipólito Unanue Hospital in 2024.

Materials and methods: Quantitative, observational, analytical, and cross-sectional study conducted on 254 postpartum women treated at the Hipólito Unanue Hospital in Tacna in 2024. A questionnaire from the Ministry of Health (MINSA) was used to detect intimate partner violence, with prior informed consent, and medical records were reviewed for data collection. The data were processed and analyzed using SPSS version 15 statistical software, using descriptive statistics such as absolute and relative frequency and Chi2 with the p-value. **Results:** Of the total of 254 postpartum women surveyed, 101 (39,76 %) experienced intimate partner violence during pregnancy, while 153 (60,24 %) did not. Of the types of intimate partner violence during pregnancy, 23,62 % experienced psychological violence, 11,81 % experienced physical violence, and 31,50 % experienced sexual violence. Among the most frequent sociodemographic characteristics, 79,21 % ($p=0,248$) were aged 20 to 34, 68,32% had a secondary education and 15,84% ($p=0,014$) had a technical higher education, 68,32 % were cohabiting and 25,74 % were married ($p=0,080$), occupation was housewife in 44,55 % and self-employed in 27,72% ($p=0,135$), and residence was in the northern cone in 56,43 % of cases ($p=0,012$). **Conclusion:** The frequency of violence by the partner was 39,76 % during pregnancy in postpartum women treated at the Hipólito Unanue Hospital in Tacna. The frequency of psychological violence was 23,62 % in postpartum women, physical violence 11,81 %, and sexual violence 31,50 %. A statistically significant association was found between physical violence and the obstetric complication of anemia ($p=0,016$), psychological violence and premature rupture of membranes ($p=0,037$) and sexual violence with anemia ($p<0,01$), preeclampsia ($p=0,040$), premature rupture of membranes ($p<0,01$), and intrauterine growth restriction ($p=0,002$).

Keywords: Intimate partner violence, physical violence, psychological violence, sexual violence, obstetric complications.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la violencia ha aumentado y se ha convertido en un problema de salud pública. Las estadísticas evidencian que la violencia también puede desarrollarse dentro del hogar por parte de sus miembros, en específico por parte de la pareja. La violencia es un fenómeno que trasciende fronteras culturales y geográficas, afectando a millones de mujeres en todo el mundo. La violencia de pareja no necesariamente es física, sino también psicológica, sexual e incluso económica, las cuales representan un atentado directo hacia los derechos que tiene la mujer como ser humano.

Según las estadísticas del 2021, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que a nivel mundial, un 30 % de mujeres ha tenido por lo menos un tipo de violencia (1). En un Congreso Mundial de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia mencionaron que dentro de los países en vías de desarrollo la violencia de pareja ha sido calculada hasta en un 70 %. Mientras tanto, según el Centro de Emergencia Mujer informó que, en el Perú, la violencia en general para el año 2024 se presentó con 168 492 casos y en Tacna tuvo un total de 3 023 casos. (2)

La calidad de vida de las mujeres con la intervención de la violencia es afectada en su salud y bienestar (3) y más aún si se da durante el embarazo. Según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (4) la violencia de pareja íntima a menudo persiste o incluso puede comenzar durante el embarazo y se asocia a complicaciones, a pesar de que debería ser una etapa esperada, llevada con alegría y mucha expectativa por parte de la madre y el padre (3). La violencia de pareja en el embarazo ocasiona problemas para la salud en la futura madre durante el embarazo, parto y puerperio, los cuales pueden ser perjudiciales ocasionando complicaciones obstétricas las cuales podrían tener impacto en la gestante y el feto.

Por último, la violencia de pareja en el embarazo tiene diferentes consecuencias según el tipo de violencia. El objetivo principal de este estudio fue determinar la asociación entre la violencia de pareja y las complicaciones obstétricas en las puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de la ciudad de Tacna en el año 2024. Sobre la

hipótesis se postuló que la violencia de pareja estaría relacionada a las puérperas con complicaciones obstétricas que fueron atendidas en el hospital, dentro de las hipótesis específicas, las complicaciones maternas estarían relacionadas a los tipos de violencia como la violencia física, violencia psicológica y la violencia sexual.

El presente informe de tesis se encuentra estructurado en cuatro capítulos, además de una sección final que comprende la discusión de los hallazgos, las conclusiones, las recomendaciones, las referencias bibliográficas y los anexos. Esta organización tiene como finalidad presentar de manera coherente y sistemática el desarrollo de la presente investigación.

El Capítulo I, denominado *Planteamiento del problema*, aborda el contexto general y específico de la violencia de pareja en mujeres gestantes, su impacto en la salud materna y su posible asociación con complicaciones obstétricas. Se formula el problema de investigación, se establecen los objetivos generales y específicos, y se presenta la hipótesis de trabajo. Asimismo, se justifica la relevancia del estudio en el ámbito de la salud pública y las limitaciones de la investigación.

El Capítulo II, denominado: *Marco teórico*, en esta sección se desarrolla el sustento teórico de la investigación. Se revisan conceptos clave como violencia de pareja, los tipos de violencia y las complicaciones obstétricas. Además, se abordan teorías y estudios previos que han explorado la relación entre la violencia durante el embarazo y los desenlaces adversos en la gestación. Finalmente, se presenta el marco conceptual que guía el análisis del fenómeno.

El Capítulo III, denominado *Metodología de la investigación*, aborda el enfoque metodológico utilizado, el tipo y diseño de investigación, así como la población y muestra de estudio. Se detallan los criterios de inclusión y exclusión, los instrumentos de recolección de datos (como encuestas y datos sociodemográficos y resultados maternos adversos), y los procedimientos de validación y análisis estadístico. También se abordan los aspectos éticos considerados, de acuerdo con los principios de bioética en investigación en salud.

El Capítulo IV, denominado *Resultados*, aborda los hallazgos obtenidos del análisis de los datos recolectados, organizados según los objetivos específicos del estudio. Los resultados se muestran mediante tablas y descripciones estadísticas, enfocándose en la relación entre la violencia de pareja y las principales complicaciones obstétricas. Comprende secciones complementarias (sin numeración de capítulo) son los siguientes: *Discusión*, en esta sección se interpretan los resultados en el contexto del marco teórico y de la literatura científica revisada. Se analizan las posibles explicaciones para los hallazgos, se comparan con estudios similares y se discuten las implicancias para la atención materna y la prevención de la violencia durante el embarazo.

Dentro de las *Conclusiones*, se resumen los principales hallazgos del estudio, destacando la relación identificada entre la violencia de pareja y determinadas complicaciones obstétricas. Las conclusiones se presentan de manera ordenada, respondiendo a cada uno de los objetivos específicos. En las *Recomendaciones*, se proponen acciones orientadas a los profesionales de salud, gestores de servicios y responsables de políticas públicas, enfocadas en la detección oportuna de violencia de pareja, el seguimiento clínico adecuado y la prevención de complicaciones en el embarazo. Dentro de las *Referencias bibliográficas*, incluye todas las fuentes científicas utilizadas a lo largo de la investigación, ordenadas y citadas conforme al estilo Vancouver, de acuerdo con las normas establecidas por la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna. En los *Anexos*, se incorporan los documentos que complementan el desarrollo del estudio, como el cuestionario aplicado, formatos de consentimiento informado y otros materiales relevantes.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Un grave problema para la salud pública es la violencia, especialmente la que es dirigida contra la mujer, la cual es ejercida usualmente por la pareja, atentando de forma directa en contra de los derechos humanos de la mujer (5).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), informa que aproximadamente una de cada tres mujeres han pasado por episodios de violencia en el mundo (5). Además, la OMS realizó un estudio en diez países, teniendo una muestra de 24 000 mujeres con diferente entorno cultural, geográfico y escenarios urbanos tanto como rurales encontró y demostró que la violencia de pareja está generalizada en todos los países que se estudió, lo cual genera preocupación por los tipos de violencia que fueron encontrados con su respectivo porcentaje, la violencia física (61 %) y/o sexual (59 %) (6). Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) informa que quien ejerce principalmente la violencia contra la mujer, es su pareja, lo que contrasta que en el mundo un 38 % de los feminicidios son producidos por la pareja masculina (7).

Según el Centro de Emergencia Mujer (CEM) a nivel nacional, hubo un total de 168 492 casos atendidos por violencia durante el año 2024. De acuerdo al tipo de violencia, sus porcentajes fueron: violencia psicológica con 71 717 (42,56 %), violencia física con 63 692 (37,8 %), violencia sexual con 32 388 (19,22 %) y violencia económica con 695 (0,41 %). De los casos de violencia, en el ámbito femenino: 142 173 (84,38 %) y en el masculino 26 319 (15,62 %), siendo notablemente mayor en las mujeres (2).

En Tacna, según el CEM se atendió un total de 3 023 casos en el año 2024, de los cuales se registró los casos atendidos según sexo: femenino 2 557 (84,58 %) y masculino 466 (15,42 %); se encontraron los siguientes tipos de violencia con sus respectivos porcentajes: psicológica con 1 324 (43,8 %), física con 1 116 (36,92 %), sexual con 574 (18,99 %) y económica con 9 (0,3 %) (2).

El embarazo como tal es la etapa más importante y a la vez la más vulnerable por la que atraviesa una mujer, por ello, debería de ser una etapa de tranquilidad y regocijo para ella como gestante y su pareja, sin embargo, se ha encontrado estudios que evidencian la violencia en el embarazo por parte de la pareja íntima (8). La violencia de pareja en el mundo es calculada en los países en vías de desarrollo entre el 1 % y 70 %, donde la gestante en un 32 % tiene violencia física, 13 % con violencia sexual y 6,7 % con violencia psicológica (9). La violencia de pareja, por lo general persiste o incluso comienza durante el embarazo, en algunos estudios la violencia dirigida hacia la gestante se asocia con las complicaciones obstétricas, las cuales serían perjudiciales en el desarrollo intrauterino (10), teniendo alcances de morbilidad e incluso mortalidad, afectando al binomio madre - feto (11).

Por consiguiente, la violencia al estar presente durante el embarazo, se asocia con diferentes patologías visibles y no visibles, dejando huellas en la madre. Según Agarwal et. al. (12) en su estudio, menciona que la violencia podría perjudicar el buen desarrollo del feto y término del embarazo, incluso influir en complicaciones posteriores al embarazo; algunas de las patologías podrían ser la amenaza de aborto, infecciones de transmisión sexual (incluye el VIH), ansiedad, depresión, trastornos por consumo de alcohol y síndromes de dolor crónico, entre otros. Las complicaciones obstétricas que fuesen producidas por algún tipo de agresión, sea física o sexual son consideradas como traumas abdominales, provocando patologías como desprendimiento prematuro de placenta, aborto o también a la precipitación del parto con un parto prematuro y de acuerdo a la edad gestacional un producto con bajo peso al nacer (10).

Para finalizar, la violencia durante la gestación se desarrolla como un patrón de coacción, manifestada como violencia física, psicológica y/o sexual, así también, la presencia de todas; siendo una amenaza por parte de la pareja o ex pareja hacia la mujer, antes del embarazo o durante el mismo, incluso después de un año del nacimiento del bebé. (13). La violencia durante el embarazo al ser prevalente, podría ocasionar complicaciones obstétricas y potencialmente ser mortal (14).

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema principal

¿Existe asociación entre violencia de pareja con las complicaciones obstétricas en puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2024?

1.2.2. Problemas específicos

- a) ¿Cuál es la frecuencia de la violencia de pareja, tanto física, psicológica y sexual en puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2024?
- b) ¿Cuáles son las complicaciones obstétricas que se asocian a la violencia física en puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2024?
- c) ¿Cuáles son las complicaciones obstétricas que se asocian a la violencia psicológica en puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2024?
- d) ¿Cuáles son las complicaciones obstétricas que se asocian a la violencia sexual en puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2024?

1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Actualmente en la sociedad, la violencia resulta ir en aumento, por tanto, pertenece a una problemática en la salud pública de índole mundial (15). La OMS informa que la violencia supera el 30 % en las mujeres dentro de las edades de 15 a 49 años las cuales tuvieron algún tipo de violencia como la física, psicológica y/o sexual por parte de su pareja, la cual sucedió al menos una vez en su vida y según estimaciones, la violencia de pareja se dio en las diferentes regiones de la OMS, como en Pacífico Occidental con un 20 %, en los países desarrollados 22 % y en Europa, un 25 % en América, un 33 % en África, un 31 % en Mediterráneo Oriental y un 33 % en Asia Sudoriental (5).

La violencia durante la etapa de la gestación, tiene un efecto como de autoridad y presión ejercido hacia la mujer, que podría darse con la agresión física, psicológica o sexual por parte de la pareja actual o la anterior pareja en el momento preconcepcional, e incluso un año después del parto (13), lo que traería complicaciones obstétricas que afectarían a la madre antes, durante y después del embarazo y se extendería en el recién nacido (16). La OPS menciona las patologías asociadas a las complicaciones obstétricas por la violencia durante el embarazo, como el aborto espontáneo, morbilidad, trabajo de parto y parto prematuros, traumatismo fetal y bajo peso al nacer (17).

Finalmente, la violencia de pareja afecta a la mujer y su repercusión aumenta cuando inicia el embarazo debido a la prevalencia que se repita, teniendo un impacto potencial en la salud de la gestante y su embarazo, por ello, es de mucha importancia detectarlo durante las actividades preventivas para detenerlo e intervenir, con el fin de evitar alguna morbilidad y por consiguiente, la mortalidad materna (18).

1.3.1. Justificación teórica

La violencia de pareja se encuentra activa y vigente, muestra de ello son los resultados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) en el año 2024 en el Perú (19), la cual demostró que la mayor frecuencia de violencia de pareja se da en el área urbana que en el área rural; según los tipos de violencia según la procedencia y sus porcentajes, la violencia psicológica fue de 49,2 % y 45,4 % en la zona urbana y rural respectivamente; la violencia física fue de 25,5 % y 25,3 % en la zona urbana y rural respectivamente, mientras que, la violencia sexual fue de 5,5 % y 6 % en la zona rural y urbana respectivamente.

Sobre los tipos de violencia en promedio, se destacó la violencia psicológica y/o verbal (48,4 %), seguidamente la violencia física (25,5 %) y finalmente, violencia sexual (5,6 %) (19).

En teoría, la violencia de pareja tiene consecuencias devastadoras para la salud en la mujer (3), y aumenta más el riesgo de resultados negativos durante el periodo de la gestación para la madre y el hijo (20). Por lo tanto, la violencia de pareja se entiende como una amenaza para la mujer, la cual tendría un impacto durante la gestación que desarrollaría una complicación obstétrica como: amenaza de aborto, preeclampsia, amenaza de parto prematuro, parto prematuro, ruptura prematura de membranas, entre otros.

1.3.2. Justificación metodológica

El presente trabajo servirá de referencia para futuros trabajos de investigación, también tendrá el propósito de dar a conocer un problema de salud pública, como es la violencia de pareja que tiene relación en alguna complicación del embarazo que se puede evidenciar durante y al término del mismo.

1.3.3. Justificación práctica

Su importancia como estudio radicará en la práctica del desarrollo de intervenciones de tipo de promoción y prevención, es decir, antes y durante el embarazo, creando un impacto en las pacientes para que puedan reconocer que son víctimas de violencia.

1.4. LIMITACIONES

Dado que se trata de un tema sensible y de carácter personal, existe la posibilidad de que algunas participantes hayan proporcionado respuestas socialmente aceptables o hayan omitido información, motivadas por sentimientos de vergüenza, miedo o estigmatización, lo cual podría haber influido en la veracidad de los datos obtenidos.

Existe la posibilidad que, algunas puérperas hayan presentado distracción en el momento de responder la encuesta, ya que el cuidado inmediato del recién nacido demanda esfuerzo físico y emocional, lo cual podría haber afectado la calidad y precisión de las respuestas proporcionadas.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. Objetivo general

Determinar la asociación entre la violencia de pareja con las complicaciones obstétricas en puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2024.

1.5.2. Objetivos específicos

- a) Estimar la frecuencia de violencia física, psicológica y sexual por parte de la pareja en puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2024.
- b) Determinar las complicaciones obstétricas que se asocian con la violencia física en puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2024.
- c) Evaluar las complicaciones obstétricas que se asocian a la violencia psicológica en puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2024.
- d) Identificar las complicaciones obstétricas que se asocian con la violencia sexual en puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2024.

1.6. HIPÓTESIS

1.6.1. Hipótesis general

La violencia de pareja se relaciona significativamente con las complicaciones obstétricas en puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2024.

1.6.2. Hipótesis específicas

- a) La frecuencia de la violencia de pareja tanto física, psicológica y sexual en las puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2024, es elevada.
- b) Las complicaciones obstétricas que se asocian a la violencia física son anemia, amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro, y parto pretérmino en puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2024.
- c) Las complicaciones obstétricas que se asocian a la violencia psicológica son preeclampsia, ruptura prematura de membranas y restricción de crecimiento uterino en puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2024.
- d) Las complicaciones obstétricas que se asocian a la violencia sexual son anemia, amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro, infección urinaria, parto pretérmino, preeclampsia, ruptura prematura de membranas, restricción de crecimiento uterino, desprendimiento prematuro de placenta en puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2024.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. Antecedentes internacionales

Mohammed, Lokubal y Ackah, (20) en su estudio sobre la Violencia de pareja durante la gestación y su asociación con las complicaciones del embarazo y el parto realizado en Etiopía y publicado en el año 2025, tuvo como muestra a 2635 mujeres, las cuales hasta un año después de su parto tuvieron seguimiento. Se recopiló información sobre la violencia de pareja durante el embarazo y las complicaciones obstétricas. Dentro de los resultados, la frecuencia de la violencia de pareja fue del 13 %, dentro de los tipos, la violencia física fue de 4,6 % y la violencia sexual fue de 7,1 %. La violencia física se asoció a la hemorragia intraparto y convulsión intraparto; mientras que la violencia sexual se asoció mayormente a convulsiones preparto, ruptura prematura de membranas, presentación anormal, convulsión intraparto, hemorragia posparto y fiebre con flujo fétido. En efecto, la violencia de pareja aumenta las complicaciones obstétricas, así también, aumenta la presencia de la migraña, convulsiones posparto y flujo vaginal anormal.

Ubom et al.(21), en su estudio sobre Prevalencia y determinantes de violencia de pareja en el embarazo: un estudio multicéntrico y binacional realizado en el año 2025, tuvo como resultado que alrededor del mundo la violencia contra la mujer es realizada por su pareja, en África Subsahariana, cuatro de cada diez mujeres la padecen. Su prevalencia fue del 26,2 %. La violencia de pareja en el transcurso de la gestación, se asocia significativamente con resultados adversos como las complicaciones en la salud mental: ansiedad (54,7 %) y depresión (46,9 %), dentro de las complicaciones obstétricas: los abortos espontáneos (15,6 %) y el parto prematuro (9,5 %) fueron los más comunes.

Alain et al. (22), en su estudio sobre la violencia de pareja durante el embarazo y riesgo de complicaciones obstétricas realizó un cuestionario a 300 gestantes

que acudían a su control prenatal en el Hospital del Distrito de Dschang - Camerún, publicado en el año 2024, tuvo como prevalencia de violencia de pareja antes del embarazo un 37,33 %, y la prevalencia de violencia de pareja durante el embarazo un 13,33 %; por otro lado, la prevalencia de complicaciones neonatales alcanzó un 20,7 %, dentro de las complicaciones obstétricas: los partos prematuros tuvo un 7,7 %, los abortos espontáneos 7 %, los mortinatos 6,7 %, mientras que la prevalencia de recién nacidos con bajo peso tuvo un 1,7 %; por lo expuesto, la violencia de pareja se asoció significativamente con complicaciones neonatales. Referente a los tipos de violencia, la violencia psicológica tuvo una frecuencia de (108) 36 %, la violencia física representó (40) 13,3 %, la violencia económica estuvo promediada con un (27) 8,85 %; la violencia sexual fue menor detectada con un (20) 6,7 %. El estudio concluyó que la detección temprana del maltrato en gestantes y las medidas preventivas pueden reducir la incidencia de estos efectos adversos.

Agarwal, S. et al. (12), en su revisión exhaustiva de la violencia de pareja durante el embarazo y sus efectos adversos en la salud materna y fetal en su estudio publicado en el año 2023, encontró una frecuencia de la violencia de pareja durante el embarazo que varía según el país y la cultura, con porcentajes que oscilan entre el 2 % y el 35 %. Dentro de los tipos de violencia, hubo la física, sexual y psicológica; destacando la violencia física durante la gestación con mayor riesgo de presentar complicaciones obstétricas como: sangrado vaginal, ruptura prematura de membranas y parto prematuro, además de lesiones físicas que pondrían en riesgo su vida. La violencia sexual en la gestación hace referencia a cualquier acto sexual no deseado o forzado por la pareja, lo que podría provocar embarazos no deseados, ITS y otras lesiones físicas, parte de consecuencias psicológicas graves, como ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático. La violencia psicológica durante la gestación se manifestó con abuso verbal, intimidación y aislamiento; también las amenazas que podrían provocar depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático.

Steele, M. et al. (11), en su estudio sobre Violencia de pareja y resultados de salud en el embarazo y el lactante realizado en nueve jurisdicciones de Estados Unidos, culminado en el año 2022, tuvo asociaciones entre la violencia de pareja durante el embarazo e inicio tardío de la atención prenatal, condiciones de salud durante el embarazo (diabetes gestacional, hipertensión relacionada con el embarazo y depresión), uso de sustancias durante el embarazo y resultados del parto. En general, el 5,4 % de las mujeres reportaron violencia de pareja durante la gestación. La violencia psicológica de pareja fue la más prevalente (5,2 %), en comparación con la violencia física de pareja (1,5 %) y sexual (1,0 %). La violencia de pareja física se asoció con la preeclampsia.

González, et al. (23), en su estudio sobre la Ocurrencia y factores asociados con la violencia física y la psicológica en gestantes atendidas en un hospital materno infantil publicado en el año 2022 en México, obtuvo como resultados que la violencia psicológica presentó mayor porcentaje con un 27 % en comparación con la violencia física con un 7 %.

Pilco et. al. (24), en su estudio sobre la asociación del riesgo de violencia de pareja y dependencia afectiva con la preeclampsia publicado en el año 2022, realizado en Ecuador, comparó la violencia de pareja con la preeclampsia en las gestantes más la dependencia afectiva. La investigación tuvo como resultados que las gestantes con preeclampsia predominaban un alto nivel de riesgo de violencia por la pareja, es decir, un 56,7 %. La relación fue muy significativa estadísticamente. Así también, dentro de los resultados destacan que las políticas de salud pública para prevenir la preeclampsia deben de considerar el bienestar psicológico de la gestante y su protección contra la violencia de pareja.

Mella et al. (25) en su estudio Violencia contra la mujer durante la gestación y postparto infligida por su pareja en Centros de Atención Primaria de la zona norte de Santiago en Chile en el año 2021, encontró en su estudio que la frecuencia de violencia de pareja contra mujeres embarazadas fue de 5,7 % y

en puérperas de 5,9 %. Dentro de los factores asociados a la violencia, en ambos grupos fueron ser inmigrante, tener antecedentes de violencia de pareja, no tener una pareja que las apoye y en la pareja el consumo de alcohol.

Pastor (26), en su estudio sobre la Violencia de pareja en gestantes y sus resultados en la salud de la madre y del recién nacido realizó su estudio en Andalucía, España en el año 2021; además de revisión sistemática de la literatura, encontró que la violencia de la pareja tuvo un 26,6 % del tipo psicológica, 10 % del tipo física y 5,1 % del tipo sexual. Además, identificó complicaciones materno perinatales por la violencia de pareja, los cuales fueron con más frecuencia: parto prematuro (50 %), bajo peso al nacer (46 %), aborto espontáneo (30 %), muerte perinatal (20 %) y rotura prematura de membranas (20 %).

Martínez y Delgado (27) en su investigación realizada en España sobre violencia en gestantes por parte de la pareja en el año 2020, dentro de sus resultados, tuvo como frecuencia un 31,2 % a mujeres con violencia de pareja durante la gestación. Dentro de los factores predisponentes, se encontró: un bajo nivel educativo en las parejas de las mujeres, la convivencia con personas que requieren atención y cuidado, ser soltera como estado civil, ser multípara, no tener trabajo por parte de las parejas de las mujeres y un trabajo inestable en el caso de las mujeres, además de un embarazo no deseado ($p < 0,05$).

Silva y Leite (28) realizaron un estudio en el Municipio de Cariacica, Espírito Santo en Brasil, para conocer la prevalencia y factores asociados de la violencia de pareja durante el embarazo, realizado en el año 2020, dentro de los tipos de violencia, el 16,1 % tuvo violencia psicológica, 7,6 % violencia física y 2,7 % violencia sexual. Asociado a ciertos factores la violencia psicológica, como la edad, el inicio de las relaciones sexuales en pareja, la renta familiar; complicaciones durante el embarazo, la interrupción del embarazo y la cantidad de parejas sexuales. La violencia física estuvo asociada con la escolaridad, el inicio de la vida sexual y la enfermedad en el embarazo. La violencia sexual

permaneció asociada con el estado civil y el deseo de interrumpir el embarazo ($p < 0,05$).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Bejarano et al. (29), en su estudio sobre los Factores asociados a violencia de pareja en gestantes atendidas en un centro materno infantil publicado en el año 2024, realizado en Perú, tuvo como resultados que, la frecuencia de violencia de pareja fue de 15,63 % y edad media de las gestantes fue de 29 años, quienes sufrían de violencia de pareja con un 30,42 % siendo gestantes cuando tenían más de cuatro hijos a diferencia de menor o igual a dos hijos que era en menor porcentaje.

Flores y De La Peña (30), en su estudio sobre las Características de violencia de pareja y sus complicaciones maternas en embarazadas que acuden al centro de salud de Mazamari en el año 2023 realizado en Junín, tuvo como resultados que el 17,3 % presentó violencia psicológica; el 9,8 % violencia física; el 4,5 % violencia sexual y por último, el 1,5 % evidenció violencia económica. Dentro de las complicaciones maternas durante la gestación se encontró que el 44,4 % tuvo infección del tracto urinario, 23,3 % anemia, 12,8 % hiperémesis gravídica, 10,5 % parto prematuro, 8,3 % preeclampsia, ruptura prematura de membranas 4,5 %, amenaza de aborto 2,3 %, desprendimiento prematuro de placenta al igual que la placenta previa 1,5 % y un caso de óbito fetal representado por el 0,8 %.

Correa (31), estudió las complicaciones en gestantes con relación a la violencia física, psicológica y sexual en el periodo del embarazo en el Hospital Vitarte de Lima Metropolitana, 2022 tuvo como resultados que el 73,3 % de las mujeres que presentaron algún tipo de violencia a la vez tuvieron complicaciones maternas, por lo tanto, la probabilidad de alguna complicación es el doble. Los tipos de violencia asociados significativamente con las complicaciones maternas solo fueron la violencia física y psicológica.

Concluyó que existe una asociación estadísticamente significativa entre la violencia durante el embarazo y las complicaciones maternas.

Vásquez (32), en su estudio sobre la Violencia de pareja durante la gestación asociada a anemia materna publicada en el año 2021 realizado en Trujillo, tuvo como resultado que las pacientes con antecedente de violencia de pareja durante el embarazo presentaban 1,58 veces el riesgo de anemia materna, concluyendo que la violencia de pareja se asocia a la anemia de la gestante.

Moreno (33), realizó un estudio en el Hospital Nacional Dos de Mayo en Lima en el año 2020 sobre el perfil sociodemográfico y morbimortalidad de gestantes diagnosticadas con preeclampsia y con antecedentes de violencia de pareja. Tuvo como resultados que se presenta una alta morbilidad materna en las pacientes con preeclampsia y antecedente de violencia de pareja, por ello, desarrollan tempranamente la preeclampsia en el embarazo.

Barzola, Moquillaza y Diaz (34), en su estudio sobre la Violencia de pareja durante el embarazo, prevalencia y factores asociados realizado en un hospital en Perú, en el año 2020, encontró que la prevalencia de violencia de pareja durante el embarazo fue del 29,44 %. Hallaron violencia psicológica en un 27,78 %, física en 8,33 % y la sexual en 3,33 %. Concluyeron que, un tercio de las gestantes sufren algún tipo de violencia, la más frecuente es la psicológica.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Violencia de pareja

La violencia de pareja es un problema multifacético; el cual no solo implica la agresión física, sino también abarca elementos psicológicos, como económicos e incluso también la violencia sexual, estos tipos de violencia generan dependencia, subordinación y confusión sobre los vínculos afectivos. Estas dinámicas disfuncionales perpetúan ciclos de abusos, traumas y reincidencias, que afectan la decisión de la mujer en dejar la relación, es decir, romper el

círculo de la violencia, lo que influye la psique femenina, deteriorando la identidad de la mujer víctima (35).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2021, define que: “La violencia de pareja se refiere a los comportamientos de la pareja o expareja que causan daño físico, sexual o psicológico, incluidas la agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y las conductas de control” (5).

Según la Revista Panamericana de Salud Pública, Bott et al. (36), en su estudio realizado en América Latina, el país que resalta por los niveles más altos de violencia contra las mujeres por parte de su pareja es el Perú, convirtiéndose en el tercer país con mayor prevalencia de violencia física y/o sexual ejercida por parte de la pareja. Dentro de una lista con trece países latinoamericanos, el cuarto lugar más alto es el Perú con el 30,7 %. Comparando con otros países donde se ejerce la violencia, supera a Haití (23,5 %), Honduras (21,6 %) y México (21,0 %), dobla el porcentaje de El Salvador (14,3 %), y cuadruplica a Uruguay (7,6 %), un país considerado más violento que Perú.

Según informa la Encuesta Nacional de Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) (37) en el año 2022, mujeres de 15 a 49 años fueron víctimas de violencia en algún curso de la vida por la pareja en un 54,9 %. Los departamentos que tuvieron los porcentajes más altos en el Perú por violencia de pareja a la mujer en algún curso de vida fueron en Madre de Dios (70,6 %), Apurímac (64,1 %), Cusco (62,2 %), Puno (62,2 %) y Arequipa (60,7 %) (37). La ENDES publicó en el año 2024 que, las mujeres en los últimos 12 meses, sufrió algún tipo de violencia en un 33,6 %. Según tipo de violencia, el 32,5 % tuvo violencia psicológica y/o verbal, el 6,9 % física y 1,8 % violencia sexual.

2.2.2. Tipos de violencia

Dentro de los tipos de violencia de pareja considerados para el presente estudio se encuentran: la violencia física, violencia psicológica y violencia sexual.

Violencia física: Acto realizado por algún integrante de la familia o alguna persona cercana que afecta de forma física de cualquier tipo desde tirones de cabellos hasta lesiones en cualquier parte del cuerpo, cualquier acción que cause daño físico de forma no accidental por parte de cualquier familiar o allegado (38). La violencia física suele aparecer de forma progresiva, la cual va aumentando basándose en la gravedad según la medida que se fortalece el ciclo de control y dominación ejercido por el agresor. Es una de las formas más visibles de maltrato, las cuales se relacionan algunas veces simultáneamente con la violencia psicológica o sexual, incrementando las consecuencias para la salud física y mental de la mujer, adicionando las complicaciones obstétricas en el caso de gestantes (5).

Violencia psicológica: Acto realizado por algún integrante de la familia o alguna persona cercana que afecta el ámbito psicosocial de la persona, cualquier forma de grito, rechazo, insultos, inclusive la vigilancia (38). Dentro de las alteraciones y trastornos de conducta más frecuente que fueron hallados dentro de la literatura, en relación con la violencia de la pareja íntima durante el embarazo, se encontraron la depresión, la depresión postparto, el trastorno de estrés postraumático y el síndrome de estrés postraumático, aparte de otras complicaciones relacionadas al embarazo (39).

Violencia sexual: Acto de cualquier daño de tipo sexual cometido contra una persona sin el propio consentimiento (40). También considera la exposición a contenido pornográfico y que afecta derecho de decidir de las personas, obligando al acceso por vía vaginal, anal o bucal o realización de cualquier otro acto parecido con la inserción de un objeto o parte del cuerpo por alguna de las dos primeras vías, lo cual se encuentra especificado en la Ley N°30364 del Perú, adicionando las complicaciones obstétricas en el caso de gestantes (41).

2.2.3. Violencia y embarazo

La violencia y embarazo continúan estando estrechamente ligados, la violencia se da antes del embarazo, durante el embarazo e incluso continúa estando

presente después del embarazo, en el puerperio. Dentro de los casos más graves de la violencia en torno al embarazo resulta la pérdida o aborto, por otro lado, podría ser el riesgo del consumo de sustancias, depresión y otros problemas de salud mental para las gestantes y por consecuencia a su embarazo (42).

Antes del embarazo: La violencia antes del embarazo puede incluir coerción reproductiva, coerción sexual y violación. La violencia mediante la coerción puede conducir a embarazos no deseados o no planificados, al mismo tiempo que lesiones, angustia emocional o psicológica, temor por la seguridad, así también, puede causar dificultades para buscar atención obstétrica para el uso de anticonceptivos y la atención oportuna en caso de las infecciones de transmisión sexual (43–45).

Durante el embarazo: En relación a la violencia física durante el embarazo, afecta tanto a la gestante como al bebé. La violencia puede provocar lesiones corporales, traumatismo craneoencefálico, complicaciones del embarazo, parto prematuro, bajo peso al nacer y otros resultados adversos (12,46–48). La violencia física, psicológica y sexual por parte de la pareja íntima se asocia con la depresión, el tabaquismo y el consumo de sustancias durante el embarazo (11). En algunos casos, las gestantes que experimentan violencia durante el embarazo pueden tener menos probabilidades de asistir a las visitas de atención prenatal o pueden retrasar el inicio de la atención (11,48).

Después del embarazo: Experimentar la violencia en el post parto o puerperio conlleva riesgos similares a la violencia antes del embarazo, pero con la posibilidad de dañar al recién nacido. Las víctimas de violencia en el puerperio tienen la doble preocupación de cuidar de ellas y de sus recién nacidos, inclusive con el riesgo de tener depresión post parto, problemas para dar de lactar y la falta de controles en el puerperio (50–53).

La violencia en el embarazo puede tener como consecuencia el inicio del ciclo del trauma que afecta a varias generaciones, es decir, la del recién nacido y la de los niños que se encuentran en el hogar con riesgo de sufrir lesiones, negligencias u otras experiencias desagradables durante el crecimiento de los niños (53,54).

2.2.4. Complicaciones obstétricas

Las complicaciones obstétricas hacen referencia a interrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto, así como en el período neonatal inicial (55). Por otro lado, la Organización Mundial de Salud menciona que las complicaciones obstétricas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio tienen el efecto de morbilidad obstétrica directa como resultado de (56). Las complicaciones obstétricas pueden tener efectos de largo plazo para el recién nacido, trascendiendo en su niñez en la acentuación de conductas problemáticas. La investigación ha identificado vínculos entre las complicaciones obstétricas y la agresión, pueden afectar el desarrollo del cerebro (16).

La violencia física y psicológica, disminuye la respuesta inmunológica de las mujeres, lo que puede incrementar su vulnerabilidad a infecciones como las del tracto urinario, además de causar anemia y preeclampsia, a causa de los efectos del estrés crónico y la malnutrición (57). Por causa del ciclo de estrés puede desencadenar partos prematuros, ruptura prematura de membranas y también preeclampsia. Referente a la violencia sexual se asocia con el aumento del riesgo de aborto espontáneo y parto pretérmino, ya que el trauma físico y psicológico continuo puede alterar el desarrollo fetal y la integridad de la placenta (58).

Dentro de las complicaciones obstétricas por violencia de pareja presentadas en el embarazo, tenemos las siguientes:

Amenaza de aborto

Presencia de hemorragia de origen intrauterino antes de las veinte semanas de gestación, con o sin presencia de contracciones uterinas, no hay dilatación cervical y no hay expulsión de los productos de la concepción, presencia de vitalidad fetal y cólicos abdominales con o sin presencia de sangrado vaginal entre otros (59). La amenaza de aborto es una complicación común en gestantes con violencia sexual o física por parte de su pareja. La violencia sexual puede afectar mediante traumatismos al útero y otras estructuras reproductivas,

mientras que el estrés puede influir en la alteración hormonal que favorecen el riesgo de aborto espontáneo. Según la Organización Mundial de la Salud, en base a su estudio, precisa que las gestantes que padecen violencia de pareja tienen mayor riesgo de presentar abortos espontáneos, debido a los efectos adversos del abuso sobre el equilibrio hormonal y la respuesta inmunológica (60).

Amenaza de parto pretérmino

Consiste en la presencia de contracciones uterinas regulares asociadas a modificaciones cervicales, que ocurren después de las 20 y antes de las 37 semanas de gestación, independientemente del peso al nacer, y es de causa multifactorial (61).

En un estudio, la violencia de pareja se asocia significativamente a la amenaza de parto pretérmino, según los tipos de violencia, la violencia psicológica y física se asocian más que solo la violencia psicológica aislada (62).

Anemia

La anemia en el embarazo es una complicación obstétrica más frecuente durante la gestación y aumenta su prevalencia en mujeres víctimas de violencia de pareja. La violencia física y psicológica puede llevar a una alimentación nutritiva inadecuada y a la vez a un estrés crónico, siendo ambos factores para la anemia. La presencia constante del estrés puede afectar la absorción de los nutrientes y afectar el sistema inmunológico, lo que predispone a las mujeres a tener una anemia severa (63).

Desprendimiento prematuro de placenta

Separación prematura parcial o total de la placenta normalmente insertada, después de las 22 semanas de gestación y antes del nacimiento del feto, con hemorragia dentro de la decidua basal (64). Esto se produce en un 0,4-1 % de las gestaciones. Esta patología se asocia a una elevada morbimortalidad materno-fetal. Existen distintos factores de riesgo asociados con el desprendimiento prematuro de placenta. Entre estos factores se encuentran: trastornos hipertensivos del embarazo, antecedentes de desprendimiento

placentario o cesárea, diabetes, multiparidad, sobredistensión uterina (gestación múltiple o polihidramnios), rotura prematura de membranas, traumatismos abdominales, consumo de tóxicos y trombofilias. En un elevado número de casos la causa del desprendimiento es desconocida (65).

El desprendimiento prematuro de placenta, una condición potencialmente peligrosa para la madre y el feto, por ello, se debe de prevenir la exposición a la violencia puede mejorar los resultados maternos (66).

Parto pretérmino o prematuro

Son el nacimiento de los neonatos muy pequeños que se definen como bajo peso al nacer, se describen como los nacidos antes de tiempo. Su condición de nacidos antes de las 37 semanas es independiente de su evaluación física donde podrían ser pequeños o grandes para la edad gestacional (67). Según el estudio multivariable mostró que las mujeres expuestas a violencia de pareja durante el embarazo tienen tres veces más de probabilidad de experimentar bajo de peso al nacer y parto prematuro (68).

Preeclampsia

Se presenta mayormente en el embarazo asociado con el aumento de la presión arterial posterior a las 20 semanas, habiendo o no proteinuria también con algunos síntomas agregados como dolor en cuadrante superior derecho del abdomen, resultados anormales en las pruebas de laboratorio de funciones hepáticas y renales, las cuales confirman el diagnóstico junto con la cefalea (69). La persistencia de proteinuria de 2 (++) o mayor o la excreción de 2 g o más en orina de 24 horas indica un cuadro de preeclampsia severa. El dolor epigástrico es el resultado de la necrosis, la isquemia y el edema hepatocelular que comprime la cápsula de Glisson (70).

La preeclampsia es una complicación obstétrica grave que afecta a las mujeres durante el embarazo, y se asocia con un mayor riesgo de preeclampsia (71).

Ruptura prematura de membranas

La complicación materna llamada también rotura de las membranas corioamnióticas se desarrolla después de las 22 semanas de gestación y antes del inicio del trabajo de parto (72). Se presenta en una frecuencia que varía entre el 4-18 % de los partos y es causa del 50 % del parto pretérmino y contribuye con el 20 % de todas las muertes perinatales (64).

En un estudio, tuvo resultado, que las mujeres con antecedentes de violencia de pareja tuvieron 1,9 veces más riesgo de ruptura prematura de membranas y 2,9 veces más de presentar riesgo de bajo peso al nacer en comparación con las mujeres que no experimentaron violencia de pareja (73).

Restricción de crecimiento uterino

La restricción de crecimiento uterino es una importante causa de morbilidad y mortalidad perinatal, con consecuencias que pueden tener implicancias hasta en la vida adulta. Aún no existen estrategias terapéuticas a la fecha por lo que, su manejo consiste principalmente en su diagnóstico y seguimiento para definir el momento de finalizar el embarazo, equilibrando los riesgos de prematuridad con la morbimortalidad esperada para cada condición fetal (74).

Según un estudio, asoció a los casos de violencia física con un mayor riesgo de restricción del crecimiento intrauterino (75).

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

Amenaza de parto pretérmino: Presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas que van a partir de las 22 hasta las 36.6 semanas de embarazo (76).

Anemia: Disminución de la concentración del número de glóbulos rojos en la sangre, sus valores normales son: 12 g/dl en mujeres y a 13 g/dl en varones (49), a excepción del embarazo donde 11g/dl sería el límite para valorar un adecuado nivel de hemoglobina.

Complicaciones obstétricas: Hace referencia a las disrupciones, patologías y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto, así como en el período neonatal inicial (55).

Daño psíquico: Afectación o alteración de algunas de las funciones mentales o capacidades de la persona, producida por un hecho o un conjunto de situaciones de violencia, determinado por un menoscabo temporal o permanente, reversible o irreversible del funcionamiento integral previo (77).

Embarazo o gestación: También llamado gestación, embarazo o gravidez, período realizado entre la implantación en el útero del óvulo fecundado hasta el momento del parto la cual comprende 9 meses o 40 semanas (78).

Preeclampsia: Presencia de hipertensión arterial definida por 140/90 mmHg o más, después de las 20 semanas de embarazo y de preferencia en el tercer trimestre, proteinuria mayor o igual a 300 mg en 24 horas, además del edema en la cara y manos y/o aumentos bruscos de peso (79–81).

Puerperio: Periodo después del parto durante el cual los cambios anatómicos y fisiológicos están inducidos por la maternidad, los cambios por causa del embarazo van retornando al estado basal. La duración no se precisa con exactitud en las diferentes literaturas, pero considera un tiempo de cuatro a seis semanas (78).

Riesgo: Medida que da la probabilidad de algún evento, hecho o daño a la salud (enfermedad o muerte); por ejemplo, en el caso la primera vez de un embarazo, alta paridad, gestación en edad reproductiva precoz o tardía, abortos previos y mal nutrición (82).

Violencia: Acto de fuerza física o el poder, relacionada con la amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, grupo o comunidad, que cause o tenga probabilidades de causar lesiones, daño psicológico y trastornos del desarrollo o privaciones (83).

Violencia contra las mujeres: Acto o conducta que les causa muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, realizado en el ámbito público como en el privado (77).

Violencia de pareja: Acto de violencia con resultado que tenga o pueda tener un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, lo cual incluye las amenazas con realizarlos (84).

Violencia física: Acto que causa daño a la integridad corporal o en la salud. Incluyendo como maltrato a la negligencia, descuido o también la privación de las necesidades primarias, con daño físico o en potencia (41,85).

Violencia psicológica: Acto que tiende a controlar o separar a la persona contra su voluntad, acto de humillación que avergüenza, que además pueda ocasionar daños psíquicos (40, 84).

Violencia sexual: Acto de naturaleza sexual que se va en contra de una persona sin su permiso o bajo coacción. Incluyendo actos que no realizan penetración o contacto físico alguno, pero relacionados con contenido sexual (40, 84).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio relacional porque se conectó dos variables. Básica, pues es un estudio fundamental para el desarrollo de trabajos aplicativos (86); prospectivo, porque recopila la información conforme va sucediendo y transversal porque se va a realizar en un corte de tiempo (87).

3.2. POBLACIÓN Y/O MUESTRA DE ESTUDIO

3.2.1. Población de estudio:

Comprendida por las puérperas hospitalizadas cuyo parto fue atendido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los meses de abril a septiembre del año 2024, que ascienden a 740 puérperas.

3.2.2. Muestra:

La muestra fue de 254 puérperas atendidas aplicando frecuencia hipotética del factor del resultado del 30 % ($p=30$, $q=70$), como margen de error 5 % y un nivel de confianza de 95 %, este cálculo de tamaño muestral fue realizado mediante el programa Open Epi.

3.2.3. Muestreo:

El muestreo que se utilizó fue aleatorio simple (88,89).

3.2.4. Unidad de análisis:

En el presente estudio, se tiene como unidad de análisis a las puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de la ciudad de Tacna en el año 2024.

3.2.5. Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Pacientes puérperas hospitalizadas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2024.
- Pacientes con parto eutócico y parto por cesárea atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2024.
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio, previo consentimiento informado.

Criterio de exclusión:

- Pacientes con alguna limitación de comunicación verbal.
- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes extranjeras atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2024.
- Pacientes que no respondieron completamente el cuestionario.

3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

3.3.1. Identificación de las variables:

Variable independiente X: Violencia de pareja

VARIABLES dependientes Y: Complicaciones obstétricas

VARIABLES intervinientes: Características de las gestantes

3.3.2. Caracterización de las variables

| Variable e indicador | Definición conceptual | Definición operacional | Dimensiones | Indicadores | Ítem | Escala | Tipo de variable |
|---|--|---|---------------|-----------------------|---------|---------|------------------|
| Independiente VIOLENCIA DE PAREJA | Es la agresión física, psicológica, sexual o patrimonial que proviene de una pareja masculina. | La violencia en pareja se operacionalizó mediante la ficha de violencia basada en género. | Sin violencia | Niega violencia | No | Nominal | Cualitativa |
| | | | Con violencia | Violencia física | Sí / No | Nominal | Cualitativa |
| | | | | Violencia psicológica | Sí / No | Nominal | Cualitativa |
| | | | | Violencia sexual | Sí / No | Nominal | Cualitativa |

| | | | | | | | | |
|------------------------------------|--|--|---|----------------------|---|-------------------------------------|---------|--------------|
| Dependiente | COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS | Son un conjunto de morbilidades y patologías que afectan el embarazo. | Las complicaciones Obstétricas se operacionalizaron mediante la ficha de recolección de datos de historia clínica | Sin complicación | Historia clínica no registra complicaciones | No registra | Nominal | Cualitativa |
| | | | | Con complicación. | Anemia | Sí / No | Nominal | Cualitativa |
| | | | | | Amenaza de aborto | | | |
| | | | | | Amenaza de parto prematuro | | | |
| | | | | | Infección urinaria | | | |
| | | | | | Parto pretérmino | | | |
| | | | | | Preeclampsia | | | |
| | | | | | Desprendimiento prematuro de placenta | | | |
| | | | | | Ruptura prematura de membranas | | | |
| Restricción de crecimiento uterino | | | | | | | | |
| Intervinientes | CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS | Son un conjunto de caracteres de la persona relacionados con aspectos sociales y demográficos. | Las características sociodemográficas se operacionalizaron mediante la ficha de datos sociodemográficos de la puérpera. | Edad | < 20 años 20-34 años 35 años a más | Años cumplidos | Ordinal | Cuantitativa |
| | | | | Grado de instrucción | Primaria Secundaria Superior Técnica Superior Universitario | Nivel académico alcanzado | Nominal | Cualitativa |
| | | | | Estado Civil | Soltera Conviviente Casada Separada o Divorciada | Sí / No | Nominal | Cualitativa |
| | | | | Ocupación | Ama de casa Trabajadora dependiente Trabajadora independiente Estudiante | Estado no laboral Estado laboral | Nominal | Cualitativa |
| | | | | Domicilio | Cercado Cono norte Gregorio Albarracín Otros | Sí / No | Nominal | Cualitativa |

3.4. ACTIVIDADES DE EJECUCIÓN

3.4.1. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica:

Las técnicas de análisis documental y entrevista.

La técnica de análisis documental permite recopilar información necesaria para realizar una investigación y así pueda sustentar científicamente cualquier estudio (67). Para el análisis documental se revisaron las historias clínicas de las puérperas que se incluyó en este estudio al término de su hospitalización o posterior a su alta, revisando de las historias clínicas los datos generales de la paciente, así como sus complicaciones obstétricas.

3.4.2. Instrumento

Para realizar la entrevista se aplicó el cuestionario para tamizaje de violencia de pareja o ex pareja del Ministerio de Salud (MINSA) (90).

Instrumento de recolección de datos:

Los instrumentos que se utilizaron para este estudio consta de tres partes: la primera, conformada por los datos generales de la paciente (91); la segunda, consta del tamizaje de violencia a mujeres agredidas por su pareja o ex pareja del Ministerio de Salud en Perú (90), y la tercera, consta de la recolección de resultados maternos consignados en la historia clínica (91).

El primer instrumento contiene los datos personales de la puérpera, es decir, sus datos sociodemográficos (91). El segundo instrumento contiene la Resolución Ministerial N° 670-2021/MINSA, la cual fue aprobada el 26 de mayo de 2021 y establece la "Guía Técnica para el Cuidado de la Salud Mental de Mujeres en Situación de Violencia Ocasionada por la Pareja o Expareja"(90). Esta guía tiene como objetivo estandarizar los procedimientos de identificación, diagnóstico y tratamiento para la recuperación de la salud mental de mujeres que han sido víctimas de violencia por parte de su pareja o expareja, que acuden a los establecimientos de salud en el ámbito nacional, contiene una "Guía de preguntas para el tamizaje de violencia a mujeres en situación de violencia de pareja o expareja". Y por último, el tercer instrumento consta de los resultados maternos adversos, es decir, de las patologías obstétricas en la madre (Complicaciones Obstétricas), las cuales fueron recolectadas de la historia clínica (91).

Estructura del cuestionario:

- Número total de ítems: 8 preguntas.
- Dominio evaluado: Experiencias recientes o recurrentes de violencia interpersonal en el ámbito de la pareja o expareja.
- Formato de respuesta: Escala de tipo Likert modificada con tres alternativas, la cuales tienen un valor asignado.

| Alternativa de respuesta | Valor asignado |
|---------------------------------|-----------------------|
| Muchas veces | 3 puntos |
| A veces | 2 puntos |
| Nunca | 1 punto |

Criterios de interpretación:

Puntaje mínimo posible: 8 (todas las respuestas “Nunca”).

Puntaje máximo posible: 24 (todas las respuestas “Muchas veces”).

Clasificación del resultado del tamizaje:

Rango de puntaje

8 a 15: Clasificación: Tamizaje negativo. Criterio adicional: No se requiere intervención clínica inmediata.

16 a 24: Clasificación: Tamizaje positivo. Criterio adicional: Solo si las preguntas 4 y 7 tienen respuestas distintas de "Nunca".

Nota: La positividad del tamizaje está condicionada no solo al puntaje total, sino también a la presencia de indicadores críticos de violencia severa o recurrente, específicamente evaluados en las preguntas 4 (violencia física) y 7 (violencia psicológica).

La pregunta 8: ¿Se ha sentido obligada a tener relaciones sexuales con su pareja para evitar problemas?

Esta pregunta detecta violencia sexual, ya que específicamente es una forma coercitiva y sutil de violencia sexual dentro de la pareja. De acuerdo a un enfoque técnico y basado en estándares internacionales tiene una dimensión evaluada.

Dimensión evaluada:

Según la OMS, la violencia sexual se considera además por coerción psicológica o emocional, también conocida como "consentimiento condicionado o forzado". (5,92)

3.4.3. Recolección de datos

Se solicitó permiso al Director Ejecutivo del Hospital Hipólito Unanue de Tacna para la realización de este estudio.

Luego se visitó diariamente a las puérperas en los ambientes de hospitalización de puerperio normal y quirúrgico. Se explicó a las puérperas el motivo de la investigación y se solicitó su participación. A quienes aceptaron participar voluntariamente se entregó un formato de consentimiento informado (Anexo 04) con amabilidad y se les dio una breve orientación del instrumento y se realizó la entrevista directa, mediante la Guía de preguntas para el tamizaje de violencia a mujeres en situación de violencia de pareja o exparejas, ubicado en el Anexo 02.

Posteriormente al alta se revisó la historia clínica de cada paciente, a fin de recoger la información en el formato de recolección de resultados maternos (Anexo 03), los cuales incluyen las complicaciones obstétricas que tuvo la paciente (91), así como sus datos generales.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La información recolectada en los cuestionarios se codificó e ingresó en el Software Microsoft Excel, luego estos datos fueron exportados al software SPSS versión 25.

Para el análisis estadístico, primero se describió la frecuencia de la violencia de pareja, así como los tipos de violencia, utilizando frecuencias absolutas y relativas.

Posteriormente, se comparó las características sociodemográficas y obstétricas de las puérperas con violencia con aquellas que no presentaron violencia, utilizando las frecuencias absolutas y relativas de cada variable categórica, para determinar su asociación entre estas características con la presencia de violencia se utilizó el

estadístico Chi² de independencia para determinar asociación cuando el valor de p sea menor de 0,05.

Para determinar la presencia de patologías durante el embarazo y puerperio asociadas a la violencia se comparó la presencia de cada patología con las puérperas que no presentaron dicha patología, según el tipo de violencia. Para determinar su asociación se utilizó el estadístico Chi² considerando asociación cuando el valor de P fue < 0,05.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

3.6.1. Consideraciones éticas

Se solicitó el permiso para realizar la investigación al Director del Hospital Hipólito Unanue previo al inicio de la recolección de datos.

El estudio guardó los criterios y fundamentos de la Asociación Médica Mundial para la investigación con seres humanos (93). Por ello, una vez obtenida la resolución de aprobación, se continuó con la evaluación ética por parte del Comité de ética del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

Para iniciar la recolección de datos, se aseguró la confidencialidad y el anonimato de los participantes, durante la recolección de datos no se solicitó datos de identificación como nombre, dirección, teléfono, documento de identidad, ni correo electrónico.

Se solicitó consentimiento informado previa a su participación en el estudio, previamente se explicó los motivos, la metodología y el contenido del cuestionario, quienes aceptaron participar se solicitó que firmaran dicho documento como constancia de su conformidad de su participación.

La información obtenida, fue codificada y debidamente custodiada por la investigadora para garantizar la confidencialidad de las participantes.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Tabla 1. Frecuencia de violencia de pareja en las pacientes puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024.

| FRECUENCIA | No. | % |
|---------------|-----|--------|
| Con violencia | 101 | 39,76 |
| Sin violencia | 153 | 60,24 |
| Total | 254 | 100,00 |

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación:

Del total de 254 puérperas, tuvieron violencia de pareja el 39,76 % durante su embarazo y 60,24 % de puérperas no tuvieron violencia.

Tabla 2. Tipos de violencia de pareja durante el embarazo de las puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024.

| TIPOS DE VIOLENCIA | CATEGORÍAS | No. | % |
|--------------------|------------|-----|--------|
| Psicológica | Sí | 60 | 23,62 |
| | No | 194 | 76,38 |
| Física | Sí | 30 | 11,81 |
| | No | 224 | 88,19 |
| Sexual | Sí | 80 | 31,50 |
| | No | 174 | 68,50 |
| Total | | 254 | 100,00 |

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación:

Acerca del tipo de violencia de pareja durante el embarazo de las 254 puérperas, el 23,62 % presentó violencia psicológica, el 11,81 % tuvo violencia física y, por último, 31,50 % violencia sexual.

Tabla 3. Características sociodemográficas de las puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024.

| CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS | CATEGORÍA | CON VIOLENCIA | | SIN VIOLENCIA | | p |
|-----------------------------------|---------------------------|---------------|--------|---------------|--------|--------------|
| | | No. | % | No. | % | |
| Edad | < 20 años | 6 | 5,94 | 15 | 9,80 | |
| | 20-34 años | 80 | 79,21 | 107 | 69,93 | 0,248 |
| | 35 años a más | 15 | 14,85 | 31 | 20,26 | |
| Grado de instrucción | Primaria | 9 | 8,91 | 8 | 5,23 | |
| | Secundaria | 69 | 68,32 | 81 | 52,94 | 0,014 |
| | Superior técnica | 16 | 15,84 | 39 | 25,49 | |
| | Superior universitario | 7 | 6,93 | 25 | 16,34 | |
| Estado civil | Soltera | 6 | 5,94 | 14 | 9,15 | |
| | Conviviente | 69 | 68,32 | 117 | 76,47 | 0,080 |
| | Casada | 26 | 25,74 | 21 | 13,73 | |
| | Separada o divorciada | 0 | 0,00 | 1 | 0,65 | |
| Ocupación | Ama de casa | 45 | 44,55 | 76 | 49,67 | |
| | Trabajadora dependiente | 11 | 10,89 | 27 | 17,65 | 0,135 |
| | Trabajadora independiente | 28 | 27,72 | 36 | 23,53 | |
| | Estudiante | 17 | 16,83 | 14 | 9,15 | |
| Domicilio | Cercado | 15 | 14,85 | 39 | 25,49 | |
| | Cono Norte | 57 | 56,43 | 52 | 33,99 | |
| | Gregorio Albarracín | 21 | 20,79 | 42 | 27,45 | 0,012 |
| | Otros | 8 | 7,92 | 20 | 13,07 | |
| TOTAL | | 101 | 100,00 | 153 | 100,00 | |

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación:

De las 254 puérperas, tuvieron violencia de pareja 101 puérperas, se caracterizaron porque el 79,21 % tuvo edades comprendidas entre 20 y 34 años, su nivel de instrucción fue el secundario en 68,32 %, el estado civil fue conviviente en 68,32 %, la ocupación fue ama de casa con el 44,55 % y el domicilio estuvo ubicado mayormente en el Cono Norte en un 56,43 %.

Comparativamente, no tuvieron violencia de pareja 153 puérperas, el 69,93 % comprendió edades de 20 y 34 años seguido del 20,26 % con 35 años a más, el nivel de instrucción fue secundaria en un 52,94 % seguido del 25,49 % con superior técnico, el estado civil conviviente con 76,47 %, la ocupación de ama de casa 49,67 % seguida de trabajadora independiente con 23,53 %, el domicilio que predomina es Cono Norte en un 33,99 % y Gregorio Albarracín en un 27,45 %.

Tabla 4. Características obstétricas de las puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024.

| CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS | CATEGORÍA | CON VIOLENCIA | | SIN VIOLENCIA | | p |
|---------------------------------------|---------------|---------------|--------|---------------|--------|--------------|
| | | No. | % | No. | % | |
| Antecedente de aborto | Sí | 31 | 30,69 | 48 | 31,37 | 0,909 |
| | No | 70 | 69,31 | 105 | 68,63 | |
| Paridad | Primípara | 26 | 25,74 | 54 | 35,29 | 0,216 |
| | Segundípara | 40 | 39,60 | 58 | 37,91 | |
| | Múltipara | 35 | 34,65 | 41 | 26,80 | |
| Antecedente de parto | Parto vaginal | 55 | 54,46 | 75 | 49,02 | 0,228 |
| | Parto cesárea | 21 | 20,79 | 25 | 16,34 | |
| | Nulípara | 25 | 24,75 | 53 | 34,64 | |
| Número de controles prenatales | < 6 CPN | 11 | 10,89 | 35 | 22,88 | 0,015 |
| | > 6 CPN | 90 | 89,11 | 118 | 77,12 | |
| Vía de culminación de parto actual | Parto vaginal | 73 | 72,28 | 126 | 82,35 | 0,056 |
| | Parto cesárea | 28 | 27,72 | 27 | 17,65 | |
| TOTAL | | 101 | 100,00 | 153 | 100,00 | |

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación:

Con relación a las características obstétricas de las puérperas encuestadas, dentro de los antecedentes de las 101 puérperas que durante su embarazo tuvieron violencia, el 30,69 % presentó antecedente de aborto, en referencia a la paridad, mientras que el 39,60

% fue segundípara, así también el 54,46 % manifestó como antecedente parto vaginal, el 89,11 % tuvo > 6 controles prenatales y el 72,28 % demostró parto vaginal como vía de culminación de embarazo actual.

Comparativamente con las 153 puérperas que no tuvieron violencia de pareja, el 31,37 % tuvo antecedente de aborto, el 37,91 % es segundípara, el 49,02 % presentó parto vaginal, el 77,12 % demostró más de 6 controles prenatales, el 82,35 % culminó su embarazo actual.

Tabla 5. Presencia de patología durante el embarazo en puérperas que tuvieron violencia de pareja atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024.

| PATOLOGÍA | CON VIOLENCIA | | SIN VIOLENCIA | | p |
|-----------|---------------|--------|---------------|--------|---------------|
| | No. | % | No. | % | |
| Sí | 88 | 87,13 | 102 | 66,67 | 0,0002 |
| No | 13 | 12,87 | 51 | 33,33 | |
| TOTAL | 101 | 100,00 | 153 | 100,00 | |

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación:

De las 101 pacientes puérperas con violencia de pareja que fueron atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna el 87,13 % presentaron alguna patología durante el embarazo, parto o puerperio.

Tabla 6. Tipo de violencia de pareja asociada a anemia en puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024.

| TIPO DE VIOLENCIA | Categoría | ANEMIA | | | | p |
|-----------------------|-----------|--------|-------|-----|-------|-----------------|
| | | Sí | % | No | % | |
| Violencia física | Sí | 19 | 63,33 | 11 | 36,67 | 0,016 |
| | No | 90 | 40,18 | 134 | 59,82 | |
| Violencia psicológica | Sí | 31 | 51,67 | 29 | 48,33 | 0,117 |
| | No | 78 | 40,21 | 116 | 59,79 | |
| Violencia sexual | Sí | 50 | 62,50 | 30 | 37,50 | <0,01 |
| | No | 59 | 33,91 | 115 | 66,09 | |
| Total de puérperas | | 109 | 42,91 | 145 | 57,09 | |

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación:

Del total de puérperas, el 42,91 % presentó anemia.

De las puérperas con violencia física, el 63,33 % presentó anemia; de las puérperas con violencia psicológica el 51,67 % evidenció anemia y de las puérperas con violencia sexual el 62,50 % tuvo anemia.

Cada grupo de violencia se comparó con aquellas que no presentaron ningún tipo de violencia.

Encontrándose asociación significativa entre la violencia física y sexual con la presencia de anemia ($p < 0,05$).

Tabla 7. Amenaza de aborto relacionada a pacientes puérperas que tuvieron violencia de pareja atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024.

| TIPO DE VIOLENCIA | AMENAZA DE ABORTO | | | | | |
|-----------------------|-------------------|----|------|-----|-------|-------|
| | Categoría | Sí | % | No | % | p |
| Violencia Física | Sí | 1 | 3,33 | 29 | 96,67 | 0,433 |
| | No | 16 | 7,14 | 208 | 92,86 | |
| Violencia Psicológica | Sí | 4 | 6,67 | 56 | 93,33 | 0,992 |
| | No | 13 | 6,70 | 181 | 93,30 | |
| Violencia Sexual | Sí | 4 | 5,00 | 76 | 95,00 | 0,464 |
| | No | 13 | 7,47 | 161 | 92,53 | |
| Total de puérperas | | 17 | 6,69 | 237 | 93,31 | |

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación

Del total de puérperas, el 6,69 % presentó amenaza de aborto.

De las puérperas con violencia física, el 3,33 % presentó amenaza de aborto; de las puérperas con violencia psicológica el 6,67 % presentó amenaza de aborto y de las puérperas con violencia sexual el 5 % tuvo amenaza de aborto.

Cada grupo de violencia se comparó con aquellas que no presentaron ningún tipo de violencia.

Tabla 8. Amenaza de parto prematuro relacionada a pacientes puérperas que tuvieron violencia de pareja atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024.

| TIPO DE VIOLENCIA | AMENAZA DE PARTO PREMATURO | | | | | |
|-----------------------|----------------------------|----|------|-----|-------|-------|
| | Categoría | Sí | % | No | % | p |
| Violencia física | Sí | 1 | 3,33 | 29 | 96,67 | 0,856 |
| | No | 9 | 4,02 | 215 | 95,98 | |
| Violencia psicológica | Sí | 4 | 6,67 | 56 | 93,33 | 0,213 |
| | No | 6 | 3,09 | 188 | 96,91 | |
| Violencia sexual | Sí | 5 | 6,25 | 75 | 93,75 | 0,199 |
| | No | 5 | 2,87 | 169 | 97,13 | |
| Total de puérperas | | 10 | 3,94 | 244 | 96,06 | |

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación

Del total de puérperas, el 3,94 % presentó amenaza de parto prematuro.

De las puérperas con violencia física, el 3,33 % presentó amenaza de parto prematuro; de las puérperas con violencia psicológica el 6,67 % manifestó amenaza de parto prematuro y de las puérperas con violencia sexual el 6,25 % tuvo amenaza de parto prematuro.

Cada grupo de violencia se comparó con aquellas que no presentaron ningún tipo de violencia.

Tabla 9. Infección del tracto urinario relacionado a pacientes puérperas que tuvieron violencia de pareja atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024.

| TIPO DE VIOLENCIA | INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO | | | | | |
|-----------------------|-------------------------------|----|-------|-----|-------|-------|
| | Categoría | Sí | % | No | % | p |
| Violencia física | Sí | 13 | 43,33 | 17 | 56,67 | 0,203 |
| | No | 71 | 31,70 | 153 | 68,30 | |
| Violencia psicológica | Sí | 25 | 41,67 | 35 | 58,33 | 0,105 |
| | No | 59 | 30,41 | 135 | 69,59 | |
| Violencia sexual | Sí | 29 | 36,25 | 51 | 63,75 | 0,465 |
| | No | 55 | 31,61 | 119 | 68,39 | |
| Total de puérperas | | 84 | 33,07 | 170 | 66,93 | |

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación

Del total de puérperas, el 33,07 % presentó infección del tracto urinario.

De las puérperas con violencia física, el 43,33 % presentó infección del tracto urinario; de las puérperas con violencia psicológica el 41,67 % manifestó infección del tracto urinario y de las puérperas con violencia sexual el 36,25 % tuvo infección del tracto urinario.

Cada grupo de violencia se comparó con aquellas que no presentaron ningún tipo de violencia.

Tabla 10. Parto pretérmino relacionado a pacientes puérperas que tuvieron violencia de pareja atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024.

| TIPO DE VIOLENCIA | PARTO PRETÉRMINO | | | | | |
|-----------------------|------------------|----|-------|-----|-------|-------|
| | Categoría | Sí | % | No | % | p |
| Violencia física | Sí | 3 | 10,00 | 27 | 90,00 | 0,104 |
| | No | 8 | 3,57 | 216 | 96,43 | |
| Violencia psicológica | Sí | 3 | 5,00 | 57 | 95,00 | 0,770 |
| | No | 8 | 4,12 | 186 | 95,88 | |
| Violencia sexual | Sí | 3 | 3,75 | 77 | 96,25 | 0,757 |
| | No | 8 | 4,60 | 166 | 95,40 | |
| Total de puérperas | | 11 | 4,33 | 243 | 95,67 | |

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación

Del total de puérperas, el 4,33 % presentó parto pretérmino.

De las puérperas con violencia física, el 10 % manifestó parto pretérmino; de las puérperas con violencia psicológica el 5 % presentó parto pretérmino y de las puérperas con violencia sexual el 3,75 % tuvo parto pretérmino.

Cada grupo de violencia se comparó con aquellas que no presentaron ningún tipo de violencia.

Tabla 11. Preeclampsia relacionada a pacientes puérperas que tuvieron violencia de pareja atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024.

| TIPO DE VIOLENCIA | PREECLAMPSIA | | | | | p |
|-----------------------|--------------|----|------|-----|-------|--------------|
| | Categoría | Sí | % | No | % | |
| Violencia física | Sí | 2 | 6,67 | 28 | 93,33 | 0,593 |
| | No | 10 | 4,46 | 214 | 95,54 | |
| Violencia psicológica | Sí | 4 | 6,67 | 56 | 93,33 | 0,417 |
| | No | 8 | 4,12 | 186 | 95,88 | |
| Violencia sexual | Sí | 7 | 8,75 | 73 | 91,25 | 0,040 |
| | No | 5 | 2,87 | 169 | 97,13 | |
| Total de puérperas | | 12 | 4,72 | 242 | 95,28 | |

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación

Del total de puérperas, el 4,72 % presentó preeclampsia.

De las puérperas con violencia física, el 6,67 % presentó preeclampsia; de las puérperas con violencia psicológica el 6,67 % evidenció preeclampsia y de las puérperas con violencia sexual el 8,75 % tuvo preeclampsia.

Encontrándose asociación significativa entre la violencia sexual con la presencia de Preeclampsia ($p < 0,05$).

Tabla 12. Ruptura prematura de membranas relacionada a pacientes puérperas que tuvieron violencia de pareja atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024.

| TIPO DE VIOLENCIA | RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS | | | | | |
|-----------------------|--------------------------------|----|-------|-----|-------|-----------------|
| | Categoría | Sí | % | No | % | p |
| Violencia física | Sí | 9 | 30,00 | 21 | 70,00 | 0,060 |
| | No | 36 | 16,07 | 188 | 83,93 | |
| Violencia psicológica | Sí | 16 | 26,67 | 44 | 73,33 | 0,037 |
| | No | 29 | 14,95 | 165 | 85,05 | |
| Violencia sexual | Sí | 28 | 35,00 | 52 | 65,00 | <0,01 |
| | No | 17 | 9,77 | 157 | 90,23 | |
| Total de puérperas | | 45 | 17,72 | 209 | 82,28 | |

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación

Del total de puérperas, el 17,72 % presentó ruptura prematura de membranas.

De las puérperas con violencia física, el 30 % presentó ruptura prematura de membranas; de las puérperas con violencia psicológica el 26,67 % evidenció ruptura prematura de membranas y de las puérperas con violencia sexual el 35 % tuvo ruptura prematura de membranas.

Cada grupo de violencia se comparó con aquellas que no presentaron ningún tipo de violencia.

Se encontró asociación estadísticamente significativa de violencia psicológica y sexual con ruptura prematura de membranas ($p < 0,05$).

Tabla 13. Restricción de crecimiento intrauterino relacionada a pacientes puérperas que tuvieron violencia de pareja atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024.

| TIPO DE VIOLENCIA | RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO | | | | | |
|-----------------------|---|----|-------|-----|-------|--------------|
| | Categoría | Sí | % | No | % | p |
| Violencia física | Sí | 1 | 3,33 | 29 | 96,67 | 0,775 |
| | No | 10 | 4,46 | 214 | 95,54 | |
| Violencia psicológica | Sí | 3 | 5,00 | 57 | 95,00 | 0,770 |
| | No | 8 | 4,12 | 186 | 95,88 | |
| Violencia sexual | Sí | 8 | 10,00 | 72 | 90,00 | 0,002 |
| | No | 3 | 1,72 | 171 | 98,28 | |
| Total de puérperas | | 11 | 4,30 | 243 | 95,67 | |

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación

Del total de puérperas, el 4,30 % presentó restricción de crecimiento intrauterino.

De las puérperas con violencia física, el 3,33 % manifestó restricción de crecimiento intrauterino; de las puérperas con violencia psicológica el 5 % presentó restricción de crecimiento intrauterino y de las puérperas con violencia sexual el 10 % tuvo restricción de crecimiento intrauterino.

Se encontró asociación estadísticamente significativa de violencia sexual con restricción de crecimiento intrauterino ($p < 0,01$).

Tabla 14. Complicaciones obstétricas asociadas a violencia de pareja en pacientes puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024.

| TIPO DE VIOLENCIA / COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS | P |
|---|----------|
| VIOLENCIA FÍSICA | |
| Anemia | 0,016 |
| VIOLENCIA PSICOLÓGICA | |
| Ruptura prematura de membranas | 0,037 |
| VIOLENCIA SEXUAL | |
| Anemia | <0,01 |
| Preeclampsia | 0,040 |
| Ruptura prematura de membranas | <0,01 |
| Restricción de crecimiento intrauterina | 0,002 |

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación

De las puérperas que presentaron violencia por parte de su pareja se relacionaron con las complicaciones obstétricas, de acuerdo al tipo de violencia se encontró que la violencia física tuvo asociación estadísticamente significativa con la anemia ($p=0.016$), la violencia psicológica tuvo asociación estadísticamente significativa con la ruptura prematura de membranas ($p=0,037$) y, por último, la violencia sexual tuvo asociación estadísticamente significativa con la anemia ($p<0,01$), Preeclampsia ($p=0,040$), Ruptura prematura de membranas ($p<0,01$) y restricción de crecimiento intrauterina ($0,002$).

DISCUSIÓN

La presente investigación fue llevada a cabo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, se aplicó a una muestra de 254 puérperas que fueron atendidas en el servicio de gineco obstetricia durante el año 2024, de partos eutócicos y por cesárea.

La frecuencia de violencia de pareja en las puérperas de este estudio fue de 39,76 %, comparando con estudios internacionales, resultados similares se encontraron en los estudios de Azene et al. (94) realizado a las gestantes que acuden al servicio de atención prenatal en Etiopía con un 41,1 %, el estudio de Martínez y Delgado (27) realizado en España tuvo un porcentaje parecido de 31,2 %, por otro lado, Fedaku et al. (95) realizó un estudio en gestantes que asisten a la atención prenatal en el hospital de referencia en Etiopía donde la frecuencia de violencia fue de 58,7 %; mientras que en un estudio de revisión sistemática de Agarwal et al. (12) realizado en el año 2023, sobre la violencia de pareja durante el embarazo y sus efectos adversos maternos y fetales señala que, la violencia oscila entre 2 % a 35 %, acercándose al porcentaje encontrado en el presente estudio.

En relación a estudios nacionales, se encontró el estudio de Andrade (96) realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal con una frecuencia del 26 %; otros estudios encontraron más del 50 % de pacientes que tuvo violencia de pareja durante su embarazo como en el estudio de Mamani (97) realizado en el servicio de Obstetricia en Arequipa a gestantes atendidas obteniendo un 52 %, además estudios similares de Huallpa y Urrutia (13) realizado en el Hospital San Juan de Lurigancho en un 66,8 %, así también el estudio de Correa (31) realizado a las puérperas atendidas en el Hospital Vitarte de Lima en un 73,3 % .

La frecuencia de violencia de pareja en Tacna comparada con otros estudios a nivel nacional es baja, probablemente porque la región de Tacna cuenta con mejores indicadores socioeconómicos, la mujer cuenta con mejor instrucción, tiene más posibilidades de trabajar y mayor independencia económica. Y varía comparada a estudios internacionales probablemente debido a la diversidad de condiciones socioeconómicas y culturales de otros países, la cual es alta.

Respecto a los tipos de violencia, en el presente estudio se encontró la violencia física en un 30 %, a la violencia psicológica en un 60 % y a la violencia sexual en un 80 %. Analizando la violencia física, en los estudios internacionales, hubo resultados similares, se descubrió en el estudio de Azene (94) realizado a gestantes que acuden al servicio de atención prenatal en Etiopía un 21 % y el estudio de Chisholm (98) sobre violencia de pareja y embarazo realizado en Estados Unidos con un 20 %; por otro lado, se encontró otros estudios con menor frecuencia de violencia física, como el estudio de Alain (22) sobre violencia de pareja durante el embarazo y complicaciones obstétricas, el cual fue realizado en Camerún, encontró en su estudio un 13,3 %, así también, Pastor (26) en su estudio sobre violencia de pareja en gestante y su resultado en la salud de la madre y del recién nacido, realizado en España, tuvo una frecuencia de un 10 %, así también se encuentran otros estudios con frecuencia mucho menor, como el estudio realizado por Silva y Leite (28) en un 7,6 % en Brasil, González (23) en un 7 % realizado en México, Mohammed et al. (20) encontró un 4,6 % en su estudio ubicado en Etiopía y Steele (11) con un 1,5 % en su estudio localizado en Estados Unidos.

Comparando con estudios nacionales sobre violencia física, se encontraron estudios con resultados similares a la investigación de Huallpa y Urrutia (13) sobre la violencia de pareja y complicaciones materno perinatales con un 24 % el cual se realizó en Lima; otro estudio con similar frecuencia es el de Mamani (97) sobre prevalencia y las características de la violencia de pareja en el embarazo y el parto con un 23,8 % realizado en Arequipa, con menor frecuencia se encontró el estudio de Flores y De la Peña (30) sobre factores asociados a violencia de pareja en gestantes en un centro materno infantil con un 9,8 % localizado en Junín, así también el estudio de Barzola, Moquillaza y Díaz (34) con un 8,33 % ubicado en Lima y por último, el estudio de Andrade (96) con un 5,7 % realizado en la capital del Perú.

La prevalencia de violencia física de pareja en Tacna es menor en comparación con otros estudios realizados a nivel nacional. Esto podría deberse a que la región presenta mejores condiciones socioeconómicas, así como un mayor nivel educativo y oportunidades laborales para las mujeres, lo que favorece su independencia económica. En contraste, al compararla con investigaciones internacionales, los resultados difieren, probablemente

por las distintas realidades culturales y socioeconómicas de otros países, donde los niveles de violencia suelen ser más elevados.

Respecto a la violencia psicológica en el presente estudio se tuvo como resultado un 60 %, comparando con otros estudios internacionales, se obtuvo un resultado parecido en el trabajo de Alain (22) con un 36 % realizado en Camerún. Otros estudios con menor porcentaje de violencia psicológica fueron los trabajos de Azene (94) con un 29,1 % ubicado en Etiopía, Pastor (26) con un 26,6 % realizado en España, Silva y Leite (28) en un 16,1 % localizado en Brasil y por diferencias muy menores está el estudio de Steele (11) con un 5,2 % en Estados Unidos.

Comparando dentro de los estudios nacionales sobre los hallazgos de la violencia psicológica se encontró a estudios similares el estudio de Huallpa y Urrutia (13) con una frecuencia de 66,8 % realizado en Lima, la cual se presenta similar, pero alta. Dentro de los estudios con mayor frecuencia en violencia psicológica se encontró el estudio de Mamani (97) con 71,5 % realizado en un servicio de Obstetricia en Arequipa y dentro de los estudios con menor frecuencia están los siguientes estudios, el trabajo de Barzola et al. (34) en un 27,78 % realizado en Lima, Andrade (96) con un 22,4 % en Lima y el estudio de Flores y De La Peña (30) con un 17,3 % realizado en Junín.

La violencia psicológica de pareja en Tacna comparada con otros estudios a nivel nacional en promedio es alta, probablemente porque la región de Tacna cuenta con indicadores altos de migración alto andina, la cual tiene una mayor tolerancia a la violencia psicológica por los estigmas sociales, por otro lado, a pesar que la mujer cuenta con mejor instrucción, tienen mayores posibilidades de trabajar y mayor independencia económica, siguen siendo dependientes, por ello, no identifica a la violencia psicológica como grave, porque no es una violencia física. Y varía comparada a estudios internacionales probablemente debido a la diversidad de condiciones socioeconómicas y culturales de otros países es alta.

Respecto a la violencia sexual, en el presente trabajo se tuvo un 80 %, mientras que en un estudio internacional lo más semejante fue el trabajo de Chisholm et al. (98) en un 40 % el cual fue realizado en Estados Unidos, por otro lado, en los siguientes estudios hubo una detección mucho menor de violencia sexual como en los estudios de Mohammed et

al. (20) en un 7,1 % realizado en Etiopía, así también como el estudio de Alain et al. (22) en un 6,7 % realizado en Camerún y por último, el estudio de Silva y Leite (28) en un 2,7 % realizado en Brasil.

Comparando con otros estudios nacionales, no encontró resultados similares, por el contrario, hubo hallazgo menores de diversos estudios sobre violencia sexual como en el que realizó Andrade (96) quien encontró un 6,9 % en su estudio realizado en Lima, en el Instituto Materno Perinatal; Mamani (97) encontró un 4,7 % en su estudio realizado en Arequipa; Flores y De la Peña (30), encontró un 4,5 % en su estudio realizado en Junín; Huallpa y Urrutia (13), encontró un 3,7 % en un hospital de San Juan de Lurigancho y Barzola et al. (34) encontró un 3,33 % en su estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

La violencia sexual de pareja en Tacna comparada con otros estudios a nivel nacional es muy alta, probablemente porque la región de Tacna tiene mayor población procedente de la migración o quizás reconoce el permiso de la intimidad como un derecho del hombre sin importar el deseo por parte de la mujer (17), en ese sentido, no hay conocimiento sobre los derechos de la salud sexual y reproductiva, es decir, el derecho a decidir de la mujer sobre si quiere tener relaciones sexuales, con quién y cuándo (99), por tanto, puede negarse en caso no desee realizar un acto sexual con su pareja. A pesar de tener una regular situación económica y una mayoritaria educación básica regular, existe aún el desconocimiento en estos temas de índole sociocultural. Los resultados nacionales varían comparados a estudios internacionales, probablemente debido a la diversidad de condiciones socioeconómicas y culturales de otros países, la cual es alta.

Analizando las complicaciones obstétricas asociadas a la violencia de pareja en este estudio se ha encontrado que la anemia se encuentra asociada a la violencia física (100–102), posiblemente debido a múltiples mecanismos, como, por ejemplo, la pérdida de sangre por traumatismos, desnutrición, estrés y falta de detección de anemia para su oportuno tratamiento.

Continuando con los hallazgos del presente estudio, se encontró que la ruptura prematura de membranas se asocia a la violencia psicológica (103,104), la cual posiblemente sea por estrés crónico y eje de hipotálamo-hipofisario-adrenal (HPA), es decir, por la

elevación del cortisol, así como, la hormona liberadora de corticotropina (CRH), las cuales han sido vinculadas a un riesgo 3 veces mayor de corioamnionitis, lo que sería una consecuencia de la ruptura prematura de membranas no diagnosticada a tiempo; la inflamación e inmunidad alterada, provocada por el estrés psicológico induce elevación de citocinas proinflamatorias, favoreciendo degradación enzimática de membranas fetales, que facilitaría la ruptura de membranas, y por último, la tensión uterina y fragilidad membranal ocasionada por el estrés y ansiedad que producen contracciones uterinas subclínicas, que pueden tensionar membranas ya debilitadas. Como tercer hallazgo del presente estudio, se encontró que la anemia, preeclampsia, restricción de crecimiento intrauterino y la ruptura prematura de membranas se asociaron a la violencia sexual. De forma individual, la anemia se asocia a la violencia sexual probablemente debido a los traumatismos vaginales, cervicales o uterinos, causando hemorragias agudas o crónicas (105). La preeclampsia asociada a la violencia sexual debido al desencadenamiento del estrés crónico provocando disfunción endotelial, inflamación y vasoconstricción (106–108). La ruptura prematura de membranas asociada a la violencia sexual debido al trauma físico, infecciones inflamatorias, alteraciones hormonales que debilitan membranas (105). La restricción del crecimiento intrauterino asociada a la violencia sexual debido a la vasoconstricción placentaria, inflamación, estrés oxidativo y por consecuencia a la desnutrición materna (105,109).

Para concluir, la violencia dada en cualquier tipo conlleva a la vulneración de los derechos humanos, en este caso, vulneración a los derechos de la mujer, más aún en estado de embarazo. La violencia tiene consecuencias para la salud física, mental y sexual (110) como se ha podido evidenciar en los diferentes estudios y en el presente trabajo de investigación, por ello, se resalta que ningún motivo justifica la violencia de pareja hacia la gestante ya que estaría afectando a la salud de la madre y feto.

CONCLUSIONES

1. La frecuencia de la violencia por parte de la pareja en puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2024 fue de 39,76 %. Siendo la frecuencia de violencia psicológica de 23,62 % en las puérperas, violencia física 11,81 % y violencia sexual 31,50 %.
2. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la violencia física con la complicación obstétrica de Anemia ($p=0,016$) en puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2024.
3. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la violencia psicológica con la complicación obstétrica de ruptura prematura de membranas ($p=0,037$) en puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2024.
4. Se determinó asociación estadísticamente significativa de la violencia sexual con las complicaciones obstétricas de anemia ($p=<0,01$), preeclampsia ($p=0,040$), ruptura prematura de membranas ($p=<0,01$) y restricción de crecimiento intrauterino ($p=0,002$) en puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2024.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a la Dirección Regional de Salud Tacna incorporar al psicólogo en el equipo de atención de las gestantes para la detección y seguimiento de violencia de pareja en los controles prenatales y posnatales, con énfasis en la identificación de violencia psicológica, física y sexual.
2. Se recomienda a las obstetras continuar o integrar el tamizaje de hemoglobina para la prevención de anemia y evaluación física como prácticas complementarias en el control prenatal, especialmente en mujeres con antecedentes o signos de violencia.
3. Implementar estrategias de intervención psicológica y apoyo emocional desde el primer trimestre en gestantes con detección de violencia de pareja.
4. Realizar atención diferenciada para víctimas de violencia de pareja durante el embarazo y brindar seguimiento para prevención de complicaciones obstétricas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Devastadoramente generalizada: 1 de cada 3 mujeres en el mundo sufre violencia [Internet]. World Health Organization. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/09-03-2021-devastatingly-pervasive-1-in-3-women-globally-experience-violence>
2. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Casos atendidos en el Centro de Emergencia Mujer en Tacna [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/omep/estadisticas-atencion-a-la-violencia.php>
3. Tourné M, Herrero S, Garriga A. Consecuencias para la salud de la violencia contra la mujer por la pareja. Atención Primaria [Internet]. 2024;56. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656724000453>
4. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Llamado a la eliminación de la violencia contra las mujeres [Internet]. Vol. 4. 2016. Disponible en: <https://www.figo.org/es/llamado-la-eliminacion-de-la-violencia-contra-las-mujeres>
5. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer [Internet]. 8 de marzo. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
6. McGarry J, Hinsliff-Smith K. Intimate Partner Violence. Gender-Based Violence A Compr Guid [Internet]. 2023;81-90. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77432/WHO_RHR_12.36_eng.pdf;jsessionid=0A1C7748A2824B3A1E0C5BBB76B84351?sequence=1
7. Organización Panamericana de la Salud. Violencia contra la mujer. 2022;120. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-mujer#:~:text=Las Naciones Unidas definen la,producen en la vida pública>
8. Violencia contra la mujer [Internet]. World Health Organization. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/violence-against-women>
9. Pérez M, López E, León A. Violencia contra la mujer embarazada: un reto para detectar y prevenir daño en el recién nacido. Acta Pediatr Mex [Internet]. 2008;Vol. 29. Núm. 5. p.267-72. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=26128#:~:text=La violencia contra la mujer,considerar nuevas estrategias de investigación.>
10. Internacional Federation of Gynecology and Obstetrics. FIGO reaffirms commitment: 'International Day for the Elimination of Violence Against Women' [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.figo.org/es/llamado-la-eliminacion-de-la-violencia-contra-las-mujeres>

11. Steele M, Brown A, D'Angelo D, Basile K, Lee R, Nguyen A, et al. Intimate Partner Violence and Pregnancy and Infant Health Outcomes. 2024;73(48). Disponible en: <https://scispace.com/papers/intimate-partner-violence-and-pregnancy-and-infant-health-2vy64pa18ny7>
12. Agarwal S, Prasad R, Mantri S, Chandrakar R, Gupta S, Babhulkar V, et al. A Comprehensive Review of Intimate Partner Violence During Pregnancy and Its Adverse Effects on Maternal and Fetal Health. *Cureus* [Internet]. 2023;15(5). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6602189/>
13. Huallpa J, Urrutia A. Relación entre la violencia basada en género durante la gestación y las complicaciones maternas y perinatales en púerperas de 20 a 35 años que acuden al hospital San Juan de Lurigancho en el periodo de febrero a marzo del 2018 [Internet]. Lima- Perú; 2018. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/2732>
14. Kumari S. La violencia y la oportunidad OBGYN. En: Congreso Mundial de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia [Internet]. Río de Janeiro-Brasil: International Federation of Gynecology and Obstetrics; 2018. Disponible en: <https://www.figo.org/es/news/la-violencia-y-la-oportunidad-obgyn>
15. Mlambo P. Violencia contra las mujeres: la pandemia en la sombra [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/news/stories/2020/4/statement-ed-phumzile-violence-against-women-during-pandemic>
16. Ishikawa S, Raine A. Complicaciones Obstétricas y agresión. En: Tremblay R, editor. Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia [Internet]. California- Estados Unidos: Junji; 2003. p. 17. Disponible en: <https://pdfslide.net/documents/agresividad-agresion.html>
17. Organización Panamericana de la Salud. Violencia infligida por la pareja. Organ Mund la Salud [Internet]. 2013;4:1-12. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98816/WHO_RHR_12.36_spa.pdf;jsessionid=DFFB8736C0104877E43A4E3F540F7F2C?sequence=1%0A
18. Ferdos J, Rahman M, Jesmin S, Rahman A, Sasagawa T. Association between intimate partner violence during pregnancy and maternal pregnancy complications among recently delivered women in Bangladesh. febrero de 2018;294-305. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ab.21752>
19. Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. Perú Encuesta Demográfica y de Salud Familiar y de Salud Familiar. Inst Nac Estadística e Informática [Internet]. 2025;34. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/6813623-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2024>
20. Mohammed S, Lokubal P, Baafi JAA. Intimate partner violence during pregnancy and its association with pregnancy and childbirth complications: A prospective cohort study. *PLOS Glob Public Heal* [Internet]. 2025;5(4 April):1-

17. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40215217/>
21. Ubom A, Ohachenu C, Auwal S, Usman S, Opoku A. Prevalence and Determinants of Intimate Partner Violence in Pregnancy: A Multicentre , Binational Study. Res Artic [Internet]. 2024;1-28. Disponible en: <https://scispace.com/papers/intimate-partner-violence-and-pregnancy-and-infant-health-2vy64pa18ny7>
22. Alain D, Nidelle T, Evrard K, Franck K, Armand NNW, Sadrack A, et al. Domestic Violence During Pregnancy and Risk of Obstetrical Complications. Arch Curr Res Int [Internet]. 2024;24(4):142-55. Disponible en: <https://scispace.com/papers/domestic-violence-during-pregnancy-and-risk-of-obstetrical-26n37m5nao>
23. González F, Paredes S, Rios C, Saldaña J, Paredes S, Andersson N. Occurrence and associated factors with physical and psychological violence on pregnant women users of a motherhood and children hospital. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2022;90(7):569-78. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v90n7/0300-9041-gom-90-07-569.pdf><https://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v90n7/0300-9041-gom-90-07-569.pdf>
24. Pilco G, Sarmiento A, Roque Y, Amanta J, Estrada M. Asociación del riesgo de violencia de pareja y dependencia afectiva con la preeclampsia. 2022; Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962022000100008
25. Mella M, Binfa L, Carrasco A, Cornejo C, Cavada G, Pantoja L. Violencia contra la mujer durante la gestación y postparto infligida por su pareja en Centros de Atención Primaria de la zona norte de Santiago, Chile. Rev Med Chil [Internet]. 2021;149(4):543-53. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v149n4/0717-6163-rmc-149-04-0543.pdf>
26. Pastor G. Violencia de género en mujeres embarazadas y resultados en la salud de la madre y del recién nacido. Programa Dr Interuniv en Ciencias la Salud [Internet]. 2020;1(69):155. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=288468>
27. Martínez J, Delgado M. Violencia en mujeres embarazadas por parte de su pareja íntima: factores predisponentes. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2020;94:1-8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7721454>
28. Silva R, Leite F. Intimate partner violence during pregnancy: prevalence and associated factors. Rev Saude Publica [Internet]. 2019;54(97):1-11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33146302/>
29. Bejarano G, Roldan L, Loayza M, Arango P. Factors Associated With Intrafamily Violence in Pregnant Women At a Peruvian Mother-Child Center. Rev la Fac Med Humana [Internet]. 2024;24(4):106-11. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v24n4/2308-0531-rfmh-24-04-95.pdf>

30. Flores F, De La Peña M. Características de violencia familiar y complicaciones maternas en gestantes que acuden al centro de salud de Mazamari, Junín 2023 [Internet]. UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA; 2023. Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/0604c109-4146-4c61-9e15-e3e301712d1c/content>
31. Correa M. Complicaciones maternas asociadas a la violencia física, psicológica y sexual durante el embarazo en el Hospital de Vitarte, Lima-Perú. Revista Internacional de Salud Materno Fetal [Internet]. 2019;Vol. 4 Núm. 4. Disponible en: <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/140>
32. Vásquez C. Violencia de pareja durante la gestación asociada a anemia materna: Revisión sistemática [Internet]. Universidad Privada Antenor Orrego; 2021. Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/item/44b82a2c-a2c2-4017-9857-1b91d7f72602>
33. Moreno Z. Perfil sociodemográfico y morbimortalidad de pacientes con diagnóstico de preeclampsia y antecedentes de violencia familiar atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima-Perú 2016-2018 [Internet]. Lima- Perú; 2020. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/15442/Moreno_gz.pdf?sequence=3&isAllowed=y
34. Barzola M, Moquillaza V, Diaz C. Violencia doméstica durante el embarazo en un hospital especializado del Perú: Prevalencia y factores asociados. Rev Chil Obs Ginecol [Internet]. 2020;85(6): 641(6):643-53. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000600641
35. Leyva JC. Violencia de pareja explicada por el bienestar psicológico y relaciones intrafamiliares. Clio Rev Hist Ciencias Humanas y Pensam Critico [Internet]. 2025;5(10):2192-227. Disponible en: <https://ojs.revistaclio.es/index.php/edicionesclio/article/view/405>
36. Bott S, Guedes A, Ruiz A, Mendoza J. Intimate partner violence in the Americas: a systematic review and reanalysis of national prevalence estimates. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal [Internet]. 2021;45:1-12. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50485/v43e262019.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
37. Instituto Nacional de Estadística e Informática. 54,9 % de Mujeres de 15 a 49 años de edad fue víctima de Violencia Familiar alguna vez en su vida por parte del esposo o compañero [Internet]. Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2022. p. 1-2. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-no-187-2022-inei.pdf>
38. Estado Peruano. Ley 26260 de Protección frente a la Violencia Familiar [Internet]. Perú; 1993. Disponible en: <https://evaw-global-database.unwomen.org/en/countries/americas/peru/1993/ley-26260-de->

proteccion-frente-a-la-violencia-familiar

39. Lafaurie M, Cuadros L, García P, Hernández I, Pulido J, Reynales L, et al. Violencia de la pareja íntima durante el embarazo y sus repercusiones en la salud mental. *Rev Cienc y Cuid.* 2015;12(2):100.
40. Ministerio de Salud. Cuidado integral mujeres e integrantes. Resolución Ministerial N° 649-2020-MINSA. 2020. p. 9.
41. Congreso de la República del Perú. Ley para prevenir, erradicar la violencia familiar [Internet]. 30364 Perú: Congreso de la República del Perú. (2015). Ley N.º 30364: Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. *Diario Oficial El Peruano.*; 2015 p. 2. Disponible en: <https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/30364.pdf>
42. Centers for disease control and prevention. Violencia y embarazo [Internet]. Portal Web de la CDC. 2024. p. 11-4. Disponible en: <https://www.cdc.gov/intimate-partner-violence/about/violence-and-pregnancy.html>
43. D'Angelo D, Liu Y, Basile K, Smith S, Chen J, Friar N, et al. Rape and Sexual Coercion Related Pregnancy in the United States. *Am J Prev Med [Internet].* 2024;66(3):389-98. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37935321/>
44. Bergmann J, Stockman J. How does Intimate Partner Violence Affect Condom and Oral Contraceptive Use in the United States? A Systematic Review of the Literature. *Contraception [Internet].* 2015;91(6):438-55. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25708504/>
45. Leemis R, Friar N, Khatiwada S, Chen M, Kresnow M, Smith S, et al. The national intimate partner and sexual violence survey: 2016-2017 report on intimate partner violence. *Centers Dis Control Prev [Internet].* 2022;12-3. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/373580014_The_National_Intimate_Partner_and_Sexual_Violence_Survey
46. Chisholm C, Bullock L, Ferguson J. Violencia de pareja y embarazo: epidemiología e impacto. *AJOG [Internet].* 2017;217(2):141-4. Disponible en: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(17\)30659-2/abstract](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(17)30659-2/abstract)
47. Currie J, Mueller-Smith M, Rossin-Slater M. Violence While in Utero: the Impact of Assaults During Pregnancy on Birth Outcomes. *Rev Econ Stat [Internet].* 2022;104(3):525-40. Disponible en: <https://direct.mit.edu/rest/article/104/3/525/97691/Violence-While-in-Utero-The-Impact-of-Assaults>
48. Auger N, Low N, Lee GE, Ayoub A, Luu TM. Pregnancy Outcomes of Women Hospitalized for Physical Assault, Sexual Assault, and Intimate Partner Violence. *J Interpers Violence [Internet].* 2022;37(13-14):NP11135. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0886260520985496?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub 0pubmed

49. Jamieson B. Exposure to Interpersonal Violence During Pregnancy and Its Association With Women's Prenatal Care Utilization: A Meta-Analytic Review. *Trauma, Violence, Abuse* [Internet]. 2020;21(5):904-21. Disponible en: <https://scihub.se/https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30322355/>
50. Danilack V, Brousseau C, Paulo B, Matteson K, Clark M. Características de las mujeres sin control posparto entre las participantes del estudio PRAMS, 2009-2011. *Rev Salud Matern* [Internet]. 2019;23(7):903-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30631991/>
51. Ankerstjerne L, Laizer S, Andreasen K, Normann A, Wu C, Linde D, et al. Landscaping the evidence of intimate partner violence and postpartum depression: A systematic review. *BMJ Open* [Internet]. 2022;12(5). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35584869/>
52. Normann A, Bakiewicz A, Madsen F, Khan K, Rasch V, Linde D. Intimate partner violence and breastfeeding: a systematic review. *BMJ Open* [Internet]. 2020;10(10):1-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33130559/>
53. Swedo E, D'Angelo D, Fasula A, Clayton H, Ports K. Associations of Adverse Childhood Experiences With Pregnancy and Infant Health. *Am J Prev Med* [Internet]. 2023;64(4):512-24. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36697281/>
54. Center for Disease Control and Prevention. Preventing Adverse Childhood Experiences (ACEs): Leveraging the Best Available Evidence. *Div Violence Prev* [Internet]. 2019;1-40. Disponible en: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/82316>
55. Blandón Y, Dávila M. Complicaciones obstétricas en mujeres mayores de 35 años que ingresaron al servicio de Obstetricia del Hospital Regional Escuela San Juan de Dios Estelí, en el período de enero 2016 a junio del 2017. *Univ Nac Autónoma Nicar Fac Ciencias Medicas*. 2019;(Disponible en:<https://repositorio.unan.edu.ni/11260/>).
56. Organización Mundial de la Salud. Salud Materna [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. 2015. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>
57. Baco L, Mezey G, Afiliaciones S. Violencia doméstica: prevalencia en mujeres embarazadas y su relación con la salud física y psicológica. 2004;2115(03):1-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15036702/>
58. The Lancet Regional Health – Americas. Violence against women and girls: more RESPECT needed. *Lancet Reg Heal - Am* [Internet]. 2024;30:100696. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100696>
59. González A. Amenaza de aborto. *Rev Med Cos Cen* [Internet]. 2011;495-8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=32403>
60. World Health Organization. Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence

- against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women [Internet]. World Report on Violence and Health. 2021. 1-112 p. Disponible en:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>
61. Quirós G, Alfaro P, Bolívar P, Solano T. Amenaza de parto pretérmino. *Rev Clin Esc Med* [Internet]. 2016;75-80. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=63844>
 62. Sanchez S, Alva A, Diez G, Qiu C, Yanez D, Gelaye B, et al. Risk of Spontaneous Preterm Birth in Relation to Maternal Exposure to Intimate Partner Violence During Pregnancy in Peru. *Salud Meternoinfantil* [Internet]. 2008;17(3):485-92. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22527763/>
 63. Cruz H. Relación entre violencia intrafamiliar y anemia en gestantes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante setiembre a noviembre del 2019. 2021;1-84. Disponible en:
<https://repositorio.unjbg.edu.pe/server/api/core/bitstreams/97156ed2-dc41-4b20-8ec7-ce93538c7ab4/content>
 64. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología. 2da ed. Lima- Perú; 2018.
 65. Martos M, Martínez M, Campos S, Salcedo Á, Pérez T. Placental abruption associated with heterozygous prothrombin gene mutation. *Progresos Obstet y Ginecol* [Internet]. 2018;61(3):256-60. Disponible en:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-174962>
 66. Mitro S, Sanchez S, Palomino H, Gelaye B, Williams M. Childhood abuse, intimate partner violence, and placental abruption among Peruvian women. 2020;26-31. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30606468/>
 67. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Dashe J, Hoffman B, Casey B, et al. *Williams Obstetricia: Parto pretérmino*. 25.^a ed. Interamericana M-H, editor. México;
 68. Berhanie E, Gebregziabher D, Berihu H, Gerezgiher A, Kidane G. Intimate partner violence during pregnancy and adverse birth outcomes: A case-control study. *Reprod Health* [Internet]. 2019;16(1):1-9. Disponible en:
https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-019-0670-4?utm_source=chatgpt.com
 69. American College of Obstetricians and Gynecologists. Hipertensión gestacional y Preeclampsia. 2019;133(1-25). Disponible en:
<https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/147/151>
 70. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. *Obstetricia*. 6a ed. Buenos Aires; 2005. 302 p.
 71. Sánchez S, Qiu C, Perales M, Lam N, García P, Williams M. Violencia de pareja y preeclampsia en mujeres peruanas. 2008;2115(07):1-7. Disponible en:

- [https://www.ejog.org/article/S0301-2115\(07\)00235-7/abstract](https://www.ejog.org/article/S0301-2115(07)00235-7/abstract)
72. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica para la atención de Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive. 1ra ed. Lima- Perú; 2007. 75-79 p.
 73. Abdollahi F, Abhari FR, Delavar MA, Charati JY. Physical violence against pregnant women by an intimate partner, and adverse pregnancy outcomes in Mazandaran Province, Iran. *J Fam Community Med.* 2015;22(1):13-8.
 74. Sepúlveda E, Crispi F, Pons A, Gratacos E. Restricción de crecimiento intrauterino. *Rev Médica Clínica Las Condes [Internet].* 2014;25(6):958-63. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864014706443>
 75. Emanuel I, Critchlow CM, Henderson AD. Violencia de pareja y resultados adversos del embarazo: un estudio poblacional. 2003;1-7. Disponible en: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(03\)00104-2/abstract](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(03)00104-2/abstract)
 76. Gómez G. Epidemiología del Parto Pretérmino en el Hospital San Bartolomé. 2010;12-9. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/559/55964142005/html/>
 77. Congreso de la República del Perú. Ley 30364 Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar [Internet]. Diario Oficial El Peruano 2015 p. 1-12. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-para-prevenir-sancionar-y-erradicar-la-violencia-contra-ley-n-30364-1314999-1/>
 78. Williams J. Williams Obstetricia [Internet]. 24.^a ed. Cunningham G, editor. MC GRAW HILL; 2015. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookid=1525>
 79. Botella J, Clavero J. Hipertensión y embarazo. En: Tratado de Ginecología. 14.^a ed. La Habana- Cuba: Editorial Científico-Técnica; 2001. p. 5-55.
 80. Rigol O, Sinobas H, Famot V. Riesgo Obstétrico. En: Tratado de Ginecología y Obstetricia. La Habana- Cuba: Editorial Pueblo y Educación; 1984. p. 1-8.
 81. Caballero A. Terapia Intensiva. En: 2 ed. La Habana- Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
 82. Senado J. Los factores de riesgo. *Rev Cubana Med Gen Integr [Internet].* 1999;v.15 n.4. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000400018
 83. Organización Mundial de la Salud. Prevención de la violencia como una prioridad de la salud pública. En 1996. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972018000100001
 84. Naciones Unidas. Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la

- Mujer [Internet]. Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Nueva York; 1993. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
85. MIMP. Violencia basada en género [Internet]. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables 2016 p. 5-100. Disponible en: https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgcvg/MIMP-violencia-basada_en_genero.pdf
 86. Esteban N. Tipos de Investigación. 2018;1-4. Disponible en: https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=en&user=gskIDR8AAAAAJ&pagesize=100&citation_for_view=gskIDR8AAAAAJ:738O_yMBCRsC
 87. Canales F, De Alvarado E, Pineda E. Metodología de la Investigación. 1.^a ed. Organización Panamericana de la Salud; 1989. 135-136 p.
 88. McMillan J, Schumacher S. Research in education: Evidence-based inquiry. 6th ed. Boston: Allyn & Bacon; 2006. 544 p.
 89. Creswell J, Guetterman T. Educational Research: Planning, Conducting, and Evaluating Quantitative and Qualitative Research. 6th ed. Pearson; 2018. 676 p.
 90. Ministerio de Salud. Guía Técnica para el Cuidado de la Salud Mental de Mujeres en Situación de violencia de pareja o ex pareja [Internet]. RM No.670-2021 Lima, Perú; 2021. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1912716/Guía_Técnica_para_el_Cuidado_de_la_Salud_Mental_de_Mujeres_en_Situación_de_Violencia_Ocasionada_por_la_Pareja_o_Expareja.pdf?v=1622043570
 91. Salas A, Salvatierra D. Resultados maternos de la violencia intrafamiliar en gestantes adolescentes. Hospital San Juan de Lurigancho periodo diciembre 2011- febrero 2012. Univ Nac Mayor San Marcos. 2012;106.
 92. Organización Mundial de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres Violencia Sex [Internet]. 2013;2. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf;sequence=1
 93. The World Medical Association. Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
 94. Azene Z, Yeshita H, Mekonnen F. Intimate partner violence and associated factors among pregnant women attending antenatal care service in Debre Markos town health facilities, Northwest Ethiopia. PLoS One [Internet]. 2019;14(7):1-17. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31260469/>
 95. Fedaku E, Yigzaw G, Alemu K, Awoke T, Minwuye T, Geneta T, et al. Prevalence of domestic violence and associated factors among pregnant women

- attending antenatal care service at University of Gondar Referral Hospital, Northwest Ethiopia. *BMC Women's Health* [Internet]. 2018;3-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30107793/>
96. Andrade E. Violencia de género durante la gestación y su relación con los resultados maternos en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, junio 2016 [Internet]. Lima- Perú; 2016. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/5093>
 97. Mamani R. Prevalencia y características de la violencia de género durante el embarazo y el parto en gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia. 2017; Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/3126>
 98. Chisholm C, Bullock L, Ferguson J. Intimate partner violence and pregnancy: epidemiology and impact. *PlumX Metrics* [Internet]. mayo de 2017;Vol. 217, ISSUE 2, 141-144. Disponible en: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(17\)30659-2/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(17)30659-2/fulltext)
 99. Organización Mundial de la Salud. Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. 2006. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-sexual-reproductiva>
 100. Means R. Iron deficiency and iron deficiency anemia: Implications and impact in pregnancy, fetal development, and early childhood parameters. *Nutrients* [Internet]. 2020;12(2):1-16. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6643/12/2/447>
 101. Alhusen J, Ray E, Sharps P, Bullock L. Intimate partner violence during pregnancy: Maternal and neonatal outcomes. *J Women's Heal* [Internet]. 2015;24(1):100-6. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4361157/>
 102. Lee J, Jackson D, Testa A, Semenza D, Ganson K, Nagata J. Violencia de pareja y barreras a la atención prenatal. 2023;0-28. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953623000552?via%3Dihub>
 103. Zhang L, Zhu S, Wu Y, Chen D, Liang Z. Association between maternal second-trimester stress and adverse pregnancy outcomes according to pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain. *Front Psychiatry* [Internet]. 2023;14(March). Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2023.1129014/full>
 104. Rinne G, Hartstein J, Guardino C, Dunkel C. Stress before conception and during pregnancy and maternal cortisol during pregnancy: A scoping review. *Psychoneuroendocrinology* [Internet]. 2023;153:1-47. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10936734/>
 105. Boah M, Abdulai N, Issah AN, Yeboah D, Kpordoxah MR, Aballo J, et al. Risk of adverse newborn outcomes among women who experienced physical and psychological intimate partner abuse during pregnancy in Ghana's northern

- region. *Heliyon* [Internet]. 2023;9(4):e15391. Disponible en: [https://www.cell.com/heliyon/fulltext/S2405-8440\(23\)02598-7?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS2405844023025987%3Fshowall%3Dtrue](https://www.cell.com/heliyon/fulltext/S2405-8440(23)02598-7?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS2405844023025987%3Fshowall%3Dtrue)
106. Sánchez L, Prada C, Riaño C, Lopez M. Endothelial dysfunction and preeclampsia: Role of oxidative stress. *Front Physiol* [Internet]. 2014;5(OCT):1-11. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4193194/>
 107. Bisson C, Dautel S, Patel E, Suresh S, Dauer P, Rana S. Preeclampsia pathophysiology and adverse outcomes during pregnancy and postpartum. *Front Med* [Internet]. 2023;10(March):1-10. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10060641/>
 108. Opichka M, Rappelt M, Gutterman D, Grobe J, McIntosh J. Review vascular dysfunction in preeclampsia. *Cells* [Internet]. 2021;10(11). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34831277/>
 109. Hill A, Pallitto C, McCleary J, Garcia C. A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2016;133(3):269-76. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1016/j.ijgo.2015.10.023>
 110. Patra P, Jyoti Prakash B, Patra B, Puneet K. Intimate partner violence: Wounds are deeper. *Indian J Psychiatry* [Internet]. 2018;59(4):2017-8. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6278226/>

ANEXOS:**ANEXO 01****DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA PUÉRPERA**

Fecha: Establecimiento de Salud:

Introducción a las preguntas:

Debido a que el maltrato y la violencia son tan comunes en la vida de las mujeres, estamos haciendo algunas preguntas sobre el tema a todas las mujeres que salen de alta. Es muy importante que usted sea sincera en sus respuestas, para que esta situación de violencia pueda ser solucionada. Lo que usted nos cuenta será confidencial, no será usado para denuncia y no será revelada su identidad.

Instrucciones: Lea cuidadosamente las preguntas que se presentan a continuación:

DATOS GENERALES:

1. Edad:

2. Grado de instrucción:
 - a) Primaria incompleta b) Primaria completa c) Secundaria incompleta
 - d) Secundaria completa e) Técnico incompleto f) Técnico completo
 - g) Superior incompleto h) Superior completo

3. Estado civil:
 - a) Soltera b) Conviviente c) Casada d) Separada o Divorciada

4. Ocupación:
 - a) Ama de casa b) Trabajadora independiente c) Trabajadora dependiente
 - d) Estudiante

5. Domicilio
 - a) Cercado b) Cono Norte d) Gregorio Albarracín e) Otro

ANEXO 02

**INSTRUMENTO: GUÍA DE PREGUNTAS PARA EL TAMIZAJE DE
VIOLENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE PAREJA O
EXPAREJAS (RM No. 670-2021/MINSA)**

1. En general, ¿Cómo describiría su relación de pareja?
Estresante (3) Un poco estresante (2) Nada estresante (1)
2. Usted y su pareja resuelven las discusiones con:
Mucha dificultad (3) Algo de dificultad (2) Sin dificultad (1)
3. Al terminar las discusiones usted ¿Se siente decaída o mal con usted misma?
Muchas veces (3) A veces (2) Nunca (1)
4. Las discusiones ¿terminan en golpes, patadas o empujones?
Muchas veces (3) A veces (2) Nunca (1)
5. ¿Hay situaciones en las cuales ha sentido miedo de las reacciones de su pareja?
Muchas veces (3) A veces (2) Nunca (1)
6. Su pareja ¿controla el dinero que usted gasta, o la obliga a realizar trabajo en exceso?
Muchas veces (3) A veces (2) Nunca (1)
7. Su pareja ¿la insulta, grita, humilla o descalifica verbalmente?
Muchas veces (3) A veces (2) Nunca (1)
8. ¿Se ha sentido obligada a tener relaciones sexuales con su pareja para evitar problemas?
Muchas veces (3) A veces (2) Nunca (1)

| Interpretación | Punto mínimo | Punto máximo |
|---|---|--------------|
| Tamizaje positivo | > 15 | 24 |
| Tamizaje negativo | 8 | 15 |
| Si una o más preguntas 4 y 7 son (+), incluso aunque total fuera < de 15 (asegurada la comprensión de las preguntas). | Caso de violencia confirmado – Tamizaje positivo | |

ANEXO 03

| RECOLECCIÓN DE RESULTADOS MATERNOS CONSIGNADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA | | |
|--|---|--------------|
| PARIDAD: PRIMÍPARA () SECUNDÍPARA () MULTÍPARA () | | |
| ANTECEDENTE DE PARTO: PARTO VAGINAL () CESÁREA () | | |
| ANTECEDENTE DE PATOLOGÍA OBSTÉTRICA: | | |
| VÍA DE CULMINACIÓN DEL EMBARAZO (EMBARAZO ACTUAL) | PARTO VAGINAL | CESÁREA |
| NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES | MENOS DE 6 () | MÁS DE 6 () |
| ANTECEDENTE DE ABORTO | SÍ () | NO () |
| RESULTADOS MATERNOS ADVERSOS | ANEMIA | |
| | AMENAZA DE ABORTO | |
| | AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO | |
| | INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO | |
| | PARTO PRETÉRMINO | |
| | PREECLAMPSIA | |
| | DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA | |
| | RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS | |
| | RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO | |

ANEXO 04**CONSENTIMIENTO INFORMADO****ENCUESTA DETERMINAR LA VIOLENCIA DE PAREJA ASOCIADA A
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2024**

Buenos días estimada paciente, estamos haciendo una encuesta sobre la VIOLENCIA DE PAREJA ASOCIADA A COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2024, en las pacientes puérperas del hospital Hipólito Unanue de Tacna como consecuencia de los aumentos de porcentajes de estos sucesos presentados por el Centro de Emergencia Mujer, por ello estamos aplicando esta encuesta. Toda la información que usted nos proporcione será estrictamente confidencial, su nombre no aparecerá en ningún informe de los resultados de este estudio. Su participación es voluntaria y no tiene que contestar las preguntas que no desee. Sus respuestas son muy importantes para mejorar los programas de salud mental entre las pacientes que se encuentran cursando la gestación, así que agradecemos ser lo más sincera posible.

¿Está Usted de acuerdo en ser entrevistada?

SI

NO

ANEXO 05: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: VIOLENCIA DE PAREJA ASOCIADA A COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2024.

| Problemas | Objetivos | Hipótesis | Variables | Indicadores | Método | Instrumento |
|--|--|---|----------------------------|--|----------------------|--|
| Problema general | Objetivo general | Hipótesis general | Variable independiente: | Violencia física, psicológica y sexual | Recolección de datos | Ficha de violencia a mujeres en situación de violencia de pareja o ex pareja |
| ¿Existe asociación entre violencia de pareja con las complicaciones obstétricas en puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2024? | Determinar la asociación entre la violencia de pareja con las complicaciones obstétricas en puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2024. | La violencia de pareja se relaciona significativamente con las complicaciones obstétricas en puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2024. | Violencia de pareja | | | |
| Problemas específicos | Objetivos específicos | Hipótesis específica | Variable dependiente: | Anemia | Recolección de datos | Ficha de recolección de datos de la Historia Clínica |
| a) ¿Cuál es la frecuencia de la violencia de pareja, tanto física, psicológica y sexual en puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2024? b) ¿Cuáles son las complicaciones obstétricas que se asocian a la violencia física en puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2024? | a) Estimar la frecuencia de violencia física, psicológica y sexual por parte de la pareja en puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2024. b) Determinar las complicaciones obstétricas que se asocian con la violencia física en puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2024. | a) La frecuencia de la violencia de pareja tanto física, psicológica y sexual en las puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2024, es elevada. b) Las complicaciones Obstétricas que se asocian a la violencia física son anemia, amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro, y parto pretérmino en puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2024. | Complicaciones Obstétricas | Amenaza de aborto | | |
| | | | Amenaza de parto prematuro | | | |
| | | | Infeción urinaria | | | |
| | | | Parto pretérmino | | | |

| Problemas | Objetivos | Hipótesis | Variables | Indicadores | Método | Instrumento |
|---|--|--|----------------------------|---------------------------------------|---------------|--------------------|
| c) ¿Cuáles son las complicaciones obstétricas que se asocian a la violencia psicológica en puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2024? | c) Evaluar las complicaciones obstétricas que se asocian a la violencia psicológica en puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2024. | c) Las complicaciones Obstétricas que se asocian a la violencia psicológica son preeclampsia, ruptura prematura de membranas y restricción de crecimiento uterino en puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2024. | Complicaciones Obstétricas | Preeclampsia | | |
| d) ¿Cuáles son las complicaciones obstétricas que se asocian a la violencia sexual en puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2024? | d) Identificar las complicaciones obstétricas que se asocian con la violencia sexual en puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2024. | d) Las complicaciones Obstétricas que se asocian a la violencia sexual son anemia, amenaza de parto prematuro, infección urinaria, parto pretérmino, preeclampsia, ruptura prematura de membranas, restricción de crecimiento uterino, desprendimiento prematuro de placenta en puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2024. | | Ruptura Prematura de Membranas | | |
| | | | | Restricción de crecimiento uterino | | |
| | | | | Desprendimiento Prematuro de Placenta | | |