

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

ESCUELA DE POSGRADO



**IMPACTO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA
ADHERENCIA A CONTROLES PRENATALES EN UN CENTRO
DE SALUD DE LIMA EN 2022**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN
SALUD PÚBLICA**

PRESENTADO POR LOS BACHILLERES

**MATOS CENTENO JAVIER LEONCIO
SÁNCHEZ RODRIGUEZ MAURICIO ADRIAN**

LIMA – PERÚ

2024

**IMPACTO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA
ADHERENCIA A CONTROLES PRENATALES EN UN CENTRO
DE SALUD DE LIMA EN 2022**

ASESOR:

Mg. Segundo Ramos León Sandoval

ORCID: 0000-0002-5630-5714

BACHILLERES:

Javier Leoncio Matos Centeno

ORCID: 0000-0001-6889-6075

Mauricio Adrian Sánchez Rodriguez

ORCID: 0009-0003-5799-5248

ASESORES Y MIEMBROS DEL JURADO

ASESOR:

Mg. Segundo Ramos León Sandoval

MIEMBROS DEL JURADO:

Presidente

Dr. Glenn Alberto Lozano Zanelly

Secretario

Dra. María Victoria Lizarbe Castro

Vocal

Mg. Mario Edgar Rios Barrientos

LINEA DE INVESTIGACION
SALUD PUBLICA
SALUD MATERNA

DEDICATORIA

A nuestras familias, que nos apoyaron durante el proceso de la presente maestría, por su comprensión, paciencia y por habernos acompañado en todo el camino.

AGRADECIMIENTO

A nuestras familias, que son el motor de nuestro trabajo y nuestra vida.

A la Universidad Privada San Juan Bautista, por asegurar la preparación de los postgraduados y posibilitar obtener nuevos conocimientos que beneficien a la sociedad.

A nuestro asesor Mag. Segundo Ramos León Sandoval, por sus aportes, sugerencias y la motivación para concluir la presente tesis.

ÍNDICE

	Pág.
PORTADA	i
TITULO	ii
ASESOR Y TESISISTAS	iii
ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO	iv
LINEA DE INVESTIGACION	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
INDICE	viii
INFORME DE ANTIPLAGIO	xi
RESUMEN	xiii
ABSTRACT	xv
INTRODUCCION	xvii
	Nro. de Pág.
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción de la realidad problemática.	1
1.1.1 Formulación del problema.	4
1.1.2 Problema general.	4
1.1.3 Problemas específicos.	4
1.2 Objetivos.	5
1.2.1 Objetivo general.	5
1.2.2 Objetivos específicos.	5
1.3 Justificación e importancia.	5
1.3.1 Justificación.	5
1.3.2 Importancia.	5
1.4 Limitaciones del estudio.	6
1.5 Delimitaciones del área de investigación.	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes de la investigación.	8

2.2	Bases teóricas.	13
	a) Violencia de género, definiciones y tipos.	13
	b) Atención prenatal. Violencia en las gestantes. Detección.	17
	c) Violencia de género y atención de controles prenatales.	21
2.3	Marco conceptual.	23
	Atención prenatal	23
	Condición de discapacidad	23
	Daño psicológico	24
	Embarazo o gestación	24
	Violencia basada en género	24
2.4	Formulación de la hipótesis.	24
	2.4.1 Hipótesis general.	24
2.5	Identificación de variables e indicadores.	24
2.6	Operacionalización de variables.	26
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA		28
3.1	Diseño metodológico.	28
	3.1.1 Tipo de investigación.	28
	3.1.2 Nivel de investigación.	28
	3.1.3 Diseño.	28
	3.1.4 Método.	28
3.2	Población y muestra.	28
	3.2.1 Población.	28
	3.2.2 Muestra.	29
3.3	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	29
	3.3.1 Técnicas.	29
	3.3.2 Instrumentos.	30
3.4	Técnicas para el procesamiento de la información.	30
3.5	Aspectos éticos.	31

CAPITULO IV: PRESENTACION DE RESULTADOS	33
4.1 Procesamiento de resultados.	33
4.2 Prueba de hipótesis.	44
CAPITULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	45
5.1 Discusión.	45
5.2 Conclusiones.	52
5.3 Recomendaciones.	53
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	56
ANEXOS	61
Anexo N° 1 Matriz de Consistencia.	62
Anexo N° 2 Guía de preguntas para el tamizaje de violencia a mujeres en situación de violencia de pareja o expareja	64
Anexo N° 3 Ficha de recolección de datos.	65
INDICE DE TABLAS	
Tabla 1: Características sociodemográficas de las gestantes según presencia de violencia. CMI Virgen del Carmen 2022.	36
Tabla 2: Análisis bivariado de las características de las gestantes respecto al cumplimiento del control prenatal. CMI Virgen del Carmen 2022.	39
Tabla 3: Análisis multivariado de las características de las gestantes respecto al cumplimiento del control prenatal. CMI Virgen del Carmen 2022.	42

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

ESCUELA DE POSGRADO

INFORME DE VERIFICACIÓN DE SOFTWARE ANTIPLAGIO

FECHA: 08 / 01 / 2024

NOMBRE DEL AUTOR (A) (ES): Javier Leoncio Matos Centeno/ Mauricio

Adrian Sánchez Rodriguez ASESOR (A): Segundo Ramos León Sandoval

TIPO DE PROINVESTIGACIÓN:

- PROYECTO ()
- TRABAJO DE INVESTIGACIÓN (x)
- TESIS ()
- TRABAJO ACADÉMICO ()
- ARTICULO CIENTIFICO ()
- OTROS ()

INFORMO SER PROPIETARIO (A) DE LA INVESTIGACIÓN VERIFICADA POR EL SOFTWARE ANTIPLAGIO TURNITIN, EL MISMO TIENE EL SIGUIENTE TÍTULO: **“IMPACTO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA ADHERENCIA A CONTROLES PRENATALES EN UN CENTRO DE SALUD DE LIMA EN 2022”**.

CULMINADA LA VERIFICACIÓN SE OBTUVO EL SIGUIENTE , PORCENTAJE 10 %

Conformidad Autor:



Conformidad Autor:



Nombre: Javier L. Matos Centeno

DNI:07866884

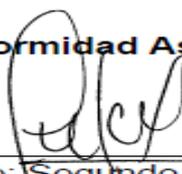
Huella

Nombre: Mauricio A. Sánchez Rodriguez

DNI: 09881421

Huella

Conformidad Asesor:



Nombre: Segundo R. León

DNI: 09749143

Tesis posgrado

INFORME DE ORIGINALIDAD

10%	9%	4%	5%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repo.uajms.edu.bo Fuente de Internet	1%
2	www.ilae.edu.co Fuente de Internet	<1%
3	www.revistaspmi.org.py Fuente de Internet	<1%
4	bibvirtual.ucb.edu.bo Fuente de Internet	<1%
5	Submitted to Fundacion Universitaria Juan de Castellanos Trabajo del estudiante	<1%
6	vicalvablog.blogspot.com Fuente de Internet	<1%
7	www.scielo.cl Fuente de Internet	<1%
8	Submitted to TecnoCampus Trabajo del estudiante	<1%
9	medes.com Fuente de Internet	

RESUMEN

Objetivo: Determinar el impacto de la violencia de género en la adherencia a los controles prenatales en un centro de salud de Lima en 2022.

Metodología: El estudio fue de tipo aplicado, de enfoque cuantitativo, nivel correlacional, descriptivo, retrospectivo. La muestra fue seleccionada por muestreo probabilístico. Los datos se recabaron de las historias clínicas y las fichas de tamizaje de violencia de género. La relación entre el cumplimiento del control prenatal en gestantes, la violencia familiar y otras posibles variables se realizó mediante el análisis bivariado y multivariado.

Resultados: Se aplicaron 141 ficha de recolección de datos, encontrándose una media de edad de 29.73 años, siendo el principal grupo de edad el de 31 a 37 años, no tenían pareja el 66% y casi el 62% tienen de 1 a 2 hijos. Estos factores tuvieron valores p de 0.033 y 0.036 pueden ser considerados como factores de riesgo para no cumplir el control prenatal. Esto es también ratificado por el análisis multivariado con regresión logística. La mayoría de las gestantes tenían educación superior (54%), las condiciones laborales eran casi equiparables en aquellas gestantes que trabajaban y las que no. La violencia preponderante fue la psicológica. La variable situación familiar tiene un valor significativo con un $p=0.041$. No se evidenció relación de causa entre la presencia de violencia y el cumplimiento del control prenatal, lo que se confirma con el análisis multivariado. No se encontró discapacidad en las gestantes estudiadas.

Conclusiones: La violencia de género es principalmente psicológica y no tiene un impacto estadísticamente significativo en el cumplimiento de los controles prenatales. La situación familiar de la gestante, principalmente cuando no tiene una pareja estable, es un factor de riesgo estadísticamente significativo ($p<0.05$) respecto a la violencia de género, así como para el no

cumplimiento de los controles prenatales en las gestantes del establecimiento de salud. Es importante realizar un adecuado tamizaje de la violencia de género con exploraciones de rutina que permitan una detección y manejo oportuno y eficaz de las situaciones de riesgo que pudieran llevar a generar daños, morbilidades e incluso mortalidad en el binomio madre niño.

Palabras clave: Violencia de género, atención prenatal, adherencia, impacto en la salud pública.

ABSTRACT

Objective: To determine the impact of gender violence on adherence to prenatal check-ups in a health center in Lima in 2022.

Methods: The study was of an applied type, with a quantitative approach, correlational, descriptive, retrospective level. The sample was selected by probability sampling. The data was collected from the medical records and the gender violence screening sheets. The relationship between compliance with prenatal control in pregnant women, family violence and other possible variables was carried out using bivariate and multivariate analysis.

Results: 141 data collection sheets were applied, finding an average age of 29.73 years, the main age group being 31 to 37 years, 66% did not have a partner and almost 62% had 1 to 2 children. These factors had p values of 0.033 and 0.036 can be considered as risk factors for not complying with prenatal control. This is also confirmed by the multivariate analysis with logistic regression. Most of the pregnant women had higher education (54%), the working conditions were almost comparable in those pregnant women who worked and those who did not. The predominant violence was psychological. The family situation variable has a significant value with $p=0.041$. There was no evidence of a causal relationship between the presence of violence and compliance with prenatal care, which is confirmed by the multivariate analysis. No disability was found in the pregnant women studied.

Conclusions: Gender violence is mainly psychological and does not have a statistically significant impact on compliance with prenatal check-ups. The family situation of the pregnant woman, mainly when she does not have a stable partner, is a statistically significant risk factor ($p<0.05$) regarding gender violence, as well as for non-compliance with prenatal check-ups in pregnant women at the nursing home. health. It is important to carry out an adequate screening of gender violence with routine examinations that allow timely and

effective detection and management of risk situations that could lead to damage, morbidity and even mortality in the mother-child binomial.

Key words: Gender violence, prenatal care, adherence, Impact on Public Health

INTRODUCCIÓN

La violencia de género es considerada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), además de muchos otros organismos internacionales como un problema de salud pública en el cual intervienen múltiples factores tanto del ámbito del entorno de las mujeres (entorno intrafamiliar), como de factores externos, por lo cual se debe dar una importancia particular a los determinantes sociales de la salud (DSS). Siendo también la mujer víctima de diferentes tipos de violencia que van desde la violencia física, psicológica, sexual y económica, que pueden dejar estragos no solamente con lesiones o con discapacidades sino también con daño psicológico, por lo tanto, el Estado debe garantizar la mejor forma de apoyar a este grupo vulnerable, siendo un momento crítico y grupo vulnerable en los casos en los que las víctimas sean mujeres gestantes.

La estrategia de salud sexual y reproductiva es de vital importancia para evitar la morbi-mortalidad de las gestantes y su producto. Para ello la atención prenatal contribuye como una herramienta fundamental de la vigilancia de los factores y complicaciones de estas. Es por esta razón que en los primeros controles prenatales se debe poner especial énfasis en la detección de las principales patologías y complicaciones. Existe por tanto una relación estrecha y de consideración entre la violencia de género y el seguimiento de los controles prenatales por parte de las gestantes, ya que ser víctima de violencia puede ser un factor que condicione la no asistencia a los mismos. Por las razones expuestas, como parte del primer control prenatal se aplica la ficha de tamizaje de violencia basada en género a las gestantes.

El presente estudio tiene por finalidad evaluar el impacto que la violencia de género pudiera estar generando en la adherencia de los controles

prenatales en un centro de salud del distrito limeño de Chorrillos durante el año 2022.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la violencia contra la mujer se ha convertido en un problema de salud pública, y, por otro lado, es una acción que va en contra de los derechos humanos, dentro de ellas la violencia provocada por la pareja y la violencia sexual se consideran de gran importancia. Esta institución estima que aproximadamente la tercera parte de mujeres del mundo (30%) han sufrido algún tipo de violencia, ya sea física o sexual. El agresor principalmente suele ser la pareja, también se ha dado violencia por terceros. El rango de edad promedio es entre los 15 a 49 años (1).

La Organización de Naciones Unidas (ONU) hace énfasis en el incremento de la violencia de género debido a la pandemia del COVID-19. Dicho organismo acepta que este tema representa una crisis mundial, la cual se incrementó por el aislamiento social, la falta de establecimientos de apoyo, la falta de programas ya implementados de salud mental, y, además, la precaria economía que obliga a que la mujer permanezca muchas veces con su agresor, incapaz de abandonar las situaciones de abuso (2).

Algunos factores que influyen sobre la violencia de pareja y sexual, son el bajo nivel de instrucción, exposición al maltrato infantil, si fue testigo de algún tipo de violencia, conductas antisociales, abuso de alcohol, comunidades que daban ciertos privilegios o condiciones superiores a los hombres o que disminuyen el valor de la mujer, falta de acceso al desarrollo de la mujer con un empleo con remuneración acorde a su trabajo, entre otros (1,2).

En nuestro país, es el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Perú), la institución que nos brinda cifras referentes a la violencia de género en nuestro territorio. En el transcurso de enero a noviembre 2022 dentro del grueso de violencia familiar, la violencia contra la mujer representa el 86% del total de notificaciones. De ellos la edad de mayor frecuencia es en mujeres adultas en un 40,1%, mujeres jóvenes en un 26% aproximadamente. Con respecto al estado de pareja de las mujeres el 43% no tenían pareja y 36% aproximadamente eran en mujeres convivientes. En lo que se refiere a grado de instrucción 26% tenían secundaria completa y una cifra alarmante del 72% no tenían ningún trabajo con remuneración, lo que nos lleva a considerar que serían mujeres en situación de dependencia económica. El sexo del agresor es principalmente masculino, casi el 40% de los agresores tienen secundaria completa y alrededor de 52% cuentan con un trabajo con remuneración, lo que reforzaría la conclusión anterior de la probable dependencia económica y posiblemente la ejecución de violencia económica sobre la mujer. Es importante también recalcar que la principal violencia ejercida fue la psicológica en un 58% seguida de la física en un 30% aproximadamente. ⁽³⁾

Es por esta razón que nuestro país también ha establecido una serie de normas para la protección de mujeres que hayan sufrido algún tipo de violencia sexual. En promedio, el 34,6% de las adolescentes en edades de 12 a 17 años han sufrido alguna vez de este tipo de violencia. Si bien es cierto la población afectada se enfoca a mujeres, no descarta la afectación de niños, heterosexuales, lesbianas, migrantes, entre otros. Se hace necesario, además, identificar en nuestra población los diferentes tipos de violencia, ya sea física, psicológica, sexual, violencia por abandono o negligencia, tal y como lo define la guía técnica de atención integral de personas afectadas por violencia basada en género ^(4,5).

El Centro Materno Infantil Virgen del Carmen (CMIVDC), es un establecimiento de categoría I-4, del distrito limeño de Chorrillos, que pertenece a la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur. Este establecimiento está encargado de satisfacer las necesidades en temas de salud de la población de su jurisdicción. Se ofrece atención médica de manera ambulatoria y se cuenta con internamiento de estancia promedio de 24 horas, la cual está enfocada primordialmente al área materno-perinatal e infantil. Dentro de los servicios con los que cuenta, se encuentra el servicio de obstetricia y ginecología, tanto en consulta externa ambulatoria, internamiento y emergencia. Es considerado como un establecimiento anillo de contención, y ante cualquier complicación se hace la referencia al establecimiento de mayor complejidad que es el Hospital María Auxiliadora. La población asignada del CMIVDC para el año 2022 es de 70,763 habitantes, de los cuales 18,983 son mujeres en edad fértil y se tienen 1,177 gestantes programadas (población estimada por edades simples y grupos de edad. Dirección de monitoreo y gestión sanitaria. DIRIS Lima Sur 2022).

La atención integral de salud de la mujer, principalmente en el periodo de la concepción, tiene incidencia en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna – perinatal. Por ende, el seguimiento de las atenciones prenatales y con mayor énfasis en la primera atención, se investiga si la gestante ha sido víctima de algún tipo de violencia contra la mujer. Es por lo que se aplica, como parte de la historia clínica perinatal, el cuestionario de tamizaje y violencia, así como la ficha de valoración de riesgo, para determinar las gestantes que hubiesen podido ser víctimas de algún tipo de violencia. Esto se encuentra contemplado en la norma técnica de salud N° 105 para la atención integral de salud materna ⁽⁶⁾.

En la búsqueda de información bibliográfica no se han encontrado estudios relacionados al CMIVDC, donde se verifique la violencia o no violencia hacia las gestantes, o se haya tipificado el tipo de violencia. Por lo

cual, en la presente tesis evaluamos el impacto de la violencia de género en gestantes y su relación con la adherencia al control prenatal.

1.1.1 Formulación del problema

Como investigadores nos preocupa la forma en que la violencia basada en género pueda estar afectando la adherencia a los controles prenatales de las gestantes que acuden al Centro Materno Infantil Virgen del Carmen de Chorrillos, con tal motivo planteamos un problema general y tres problemas específicos que los presentamos a continuación.

1.1.2 Problema general

¿Cuál es el impacto de la violencia de género en la adherencia a los controles prenatales en un centro de salud de Lima en 2022?

1.1.3 Problemas específicos

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes atendidas en un centro de salud de Lima en 2022?
2. ¿Cuáles son los tipos de violencia de género que sufren las gestantes atendidas en un centro de salud de Lima en 2022?
3. ¿Cuál es la adherencia a los controles prenatales en mujeres atendidas en un centro de salud de Lima en 2022?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Determinar el impacto de la violencia de género en la adherencia a los controles prenatales en un centro de salud de Lima en 2022.

1.2.2 Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de las gestantes atendidas en un centro de salud de Lima en 2022.
2. Determinar los tipos de violencia de género que sufren las gestantes atendidas en un centro de salud de Lima en 2022.
3. Evaluar la adherencia a los controles prenatales en un centro de salud de Lima en 2022.

1.3 Justificación e importancia

1.3.1 Justificación

La presente investigación nos permitió conocer los aspectos teóricos referentes a la violencia de género y como esta repercute en la adherencia a los controles prenatales. También permitió realizar un diagnóstico de dichas violencias reportadas en la atención prenatal de las gestantes.

1.3.2 Importancia

La presente investigación ha aportado un nuevo conocimiento respecto a los conocimientos de la violencia de género en la atención prenatal de las gestantes que acuden al CMIVDC. Conocer el impacto de dicha violencia en la gestante y el cómo ésta afecta a la continuidad de su atención, es de vital

importancia para comprender posteriormente alguna complicación en si misma o en el recién nacido.

Contribuyó metodológicamente, pues se utilizó un instrumento (cuestionario) oficial y validado por el Ministerio de Salud (MINSA) y se utilizó una ficha de recojo de información del tipo de maltrato y su relación con el cumplimiento en los controles prenatales, el mismo que podrá ser utilizado en futuras investigaciones en establecimientos de salud del primer nivel de atención.

El estudio es relevante al no haber estudios previos similares en Lima, permitirá establecer un punto de partida para futuras investigaciones en las cuales se quiera determinar los factores asociados que influyen en el impacto de la violencia en la adherencia a los controles prenatales.

Las gestantes del establecimiento se beneficiaron, teniendo en cuenta los resultados se podrán determinar e implementar mejoras en programas referentes a la prevención de la violencia de género en el establecimiento. El jefe del centro de salud, los coordinadores de la estrategia sanitaria y la DIRIS Lima Sur se beneficiarán al recoger estadísticas referentes al tema. De esta manera se pueden mejorar los indicadores de salud, con lo cual también se contribuye a mejorar los controles prenatales y por ende a contribuir a la disminución de la morbilidad materna.

1.4 Limitaciones del estudio

La pérdida de historias clínicas puede constituirse en una limitante de nuestro estudio o el registro incompleto de las mismas. Del mismo modo en la bibliografía revisada se encuentran investigaciones sobre violencia relacionadas al embarazo y parto además del recién nacido, existiendo poca información respecto a su repercusión en los controles prenatales.

Considerando que esta tesis se desarrolló con la información de la base de datos del aplicativo Wawared e historias clínicas del CMI Virgen del Carmen, ello implica que sólo se incluirán los datos de las gestantes que tuvieron al menos un control prenatal en el referido establecimiento.

El proyecto fue viable y factible pues se contó con la autorización del jefe del establecimiento y se dispone de las historias clínicas en el área de admisión. Se contó además con los recursos necesarios para su ejecución, materiales, económicos, recursos humanos.

1.5 Delimitaciones del área de investigación

En la delimitación social, comprendió a las gestantes que acuden a su control prenatal en el Centro Materno Infantil Virgen del Carmen. La delimitación teórica está referida a la medición del impacto de la violencia de género sobre la adherencia a los controles prenatales. En cuanto a delimitación espacial, la investigación se realizó en la jurisdicción del Centro Materno Infantil Virgen del Carmen, ubicado en el distrito limeño de Chorrillos, que pertenece a la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Sur. Respecto a la delimitación temporal será en el periodo anual 2022.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

En la revisión de antecedentes de investigación se consultó base de datos como Science Direct, Lilacs, Pubmed, Clinical Key, Hinari, entre otros, con las palabras clave y términos MeSH: maltrato, violencia, violencia contra la mujer, violencia sexual, violencia física, gestante, controles prenatales, atención prenatal. Se han encontrado los siguientes artículos originales.

A) Fuente internacional

Colonese et al (2022) en su investigación buscan analizar los reportes de violencia realizados por gestantes de Brasil que hayan sido víctimas de la misma entre los años 2011 y 2018. Realizan un estudio cuantitativo de tipo analítico y retrospectivo. El rango de edad de las gestantes estudiadas fue de 11 a 49 años. Los datos fueron extraídos de una base del Sistema de Información de notificación de violencia interpersonal/autoprovocada de Brasil entre los años ya indicados. Como parte de los resultados encontraron que en el año 2017 se dieron casos de violencia que eran 5 veces mayor comparado al año 2011. En las características sociodemográficas, el grupo de edad más afectado fue el de 20 a 29 años, aquellos con rasgos de piel oscura (raza negra o piel trigueña), con nivel educativo bajo, primordialmente el nivel primario. La violencia fue en su mayoría física (62%), luego la violencia de tipo psicológica y sexual. El principal agresor fue la pareja o expareja. El estudio concluye en que teniendo estos factores en consideración se debe establecer una red de protección a la mujer que sufre de violencia, establecer políticas públicas que permitan una adecuada protección de estos casos y capacitación a los profesionales que tienen participación en el control prenatal de los establecimientos que forman parte del primer nivel de atención. ⁽⁷⁾

Amel Barez (2022) realiza un estudio de tipo cualitativo, llevado a cabo desde octubre del 2019 a enero del 2021 en Mashhad (Irán), teniendo como objetivo buscar las barreras y los factores facilitadores de la divulgación de la violencia íntima por la pareja. Dentro de su estudio llegaron a participar 23 mujeres que habían sufrido abuso, de ellas 11 lo habían sufrido durante el embarazo y 12 luego del parto. Fueron seleccionadas mediante muestreo aleatorio. La información fue obtenida mediante entrevistas y focus group. Las dificultades que se presentaron estuvieron dirigidas a la negativa de la divulgación por parte de la afectada y a temas de privacidad por protección de la familia. Los factores facilitadores de la divulgación incluían amenazas a la seguridad y el acceso a redes de soporte de maltrato. El estudio concluye que la mayoría de las mujeres que han sufrido abuso no suelen denunciar la violencia, a pesar de que se les ha hecho el interrogatorio correspondiente como parte del control prenatal. Es importante tener un adecuado conocimiento de las barreras y facilitadores ya que se puede trabajar en ellas para fortalecer las que faciliten una red de apoyo a las mujeres que han sufrido abuso disminuyendo de esta manera la violencia perinatal, del mismo modo pueden servir a políticas públicas y planeamiento de programas y a los profesionales de salud, para identificar y manejar de manera apropiada la violencia generada por la pareja. ⁽⁸⁾

Gómez Fernández (2021) realiza un estudio observacional, prospectivo y descriptivo, donde busca encontrar una relación entre la exposición a la violencia de género en las mujeres gestantes y la probable interrupción voluntaria de su embarazo, además de las complicaciones que pudieran darse en el recién nacido y que conlleven al internamiento de ellos en una unidad de cuidados neonatales. Este estudio fue desarrollado en 02 centros de atención a la salud sexual y reproductiva L'Hospitalet de Llobregat de Barcelona. Utilizaron un cuestionario ya validado que fue tomado a las gestantes que eran evaluadas por matronas de los centros participantes. La muestra obtenida para el estudio fue de 120 mujeres quienes habían acudido

para solicitar una interrupción voluntaria de su embarazo y de 381 que continuaron con la gestación. El estudio tuvo como resultado que las mujeres que habían decidido interrumpir su embarazo teniendo una mayor prevalencia de violencia de género comparadas con las que habían decidido continuar con el mismo siendo los porcentajes 25% para las primeras y alrededor del 9% para las segundas. Se encontró también que aquellas sometidas a maltrato o violencia sufrieron un mayor riesgo de complicaciones neonatales. el estudio concluye que existe una relación entre la violencia de género y la intención de interrupción voluntaria del embarazo además de los ingresos a unidades de cuidados intensivos neonatales por parte de recién nacidos con complicaciones. El estudio enfatiza la necesidad de mejorar la detección de la violencia durante la atención de salud. ⁽⁹⁾

Pastor Moreno (2020) en su tesis doctoral realiza un triple estudio donde se aboca en el primero a determinar la frecuencia de la historia de violencia y sus resultados en las mujeres gestantes, como segunda parte hace una revisión sistemática dónde busca la relación entre la violencia ejercida por un compañero íntimo y cómo esto ha repercutido en la salud perinatal tanto en la mujer como en el recién nacido y finaliza con una revisión sistemática y metaanálisis sobre el mismo tema y su relación con la muerte perinatal. por tanto, se plantea como objetivo investigar acerca de la frecuencia y también las formas de la violencia en gestantes de Andalucía España, así como las revisiones ya descritas. Enfocándonos principalmente en su artículo original, hizo participar a 754 gestantes, de ellas un 9% indicó que durante su vida habían sido maltratadas por algún tipo de persona, mientras que aproximadamente el 5% indicaron que habían sido maltratadas por su propia pareja, y alrededor del 2% fueron maltratadas durante su estado de gestación. demostró en su estudio que esta historia de violencia se asociaba de manera significativa con que la gestante tuviera una inadecuada percepción de su estado de salud durante su embarazo, también al hecho de tener alguna enfermedad de tipo psicológica siquiátrica de fondo y al uso de medicación

durante el embarazo. las revisiones bibliográficas mostraron un porcentaje de artículos que demostraban violencia física ejercida a veces por la pareja o por otros agresores que podían tener repercusión en la salud materna o del neonato. El estudio concluye que debe haber un mayor involucramiento por parte del personal de salud y tener una posición más activa para el manejo de este factor de riesgo ⁽¹⁰⁾.

B) Fuente nacional

Liliana Mucha et al (2022) realiza un estudio de tipo cohorte retrospectivo, con el objetivo de establecer si existe una relación entre el abuso de las gestantes adolescentes y si existe algún efecto en el peso de los recién nacidos en la altura. Para tal efecto se toma información de 855 gestantes. Una de las variables que utiliza es si la gestante ha sufrido o no violencia basada en género o algún otro tipo de violencia. Como parte de sus resultados encontraron en su análisis multivariable que los recién nacidos corrían un mayor riesgo de tener un peso inadecuado al nacer cuando se encontraba algún tipo de violencia ejercida contra la mujer (IC 95% RR 1.42), y cuando se tenía a un recién nacido pretérmino con intervalos de confianza en 95% el RR era 4.90 y $p < 0.001$. Cuando se trataba de violencia en cualquiera de los 3 trimestres los resultados fueron estadísticamente significativos. Por lo cual, la investigación concluye que si existe una asociación entre sufrir violencia física durante el estado de gestación y la presencia de un bajo peso al nacer. El estudio enfatiza que esto fue encontrado también con otras variables. ⁽¹¹⁾

Núñez Ochoa et al (2022) busca en su investigación, como objetivo, determinar la proporción, encontrar la distribución zonal o geográfica y enumerar los factores sociodemográficos que tienen relación con la violencia física en las gestantes entre los años 2016 y 2018. Para tal fin realiza un

análisis de tipo secundario a los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de los años ya mencionados. De dicha encuesta tomaron en consideración para el análisis a) Características del hogar, b) Datos básicos de MEF c) Violencia Familiar. Se incluyeron a mujeres de 15 a 49 años que hayan gestado y que hayan respondido de manera positiva a la pregunta sobre violencia física. Dentro de sus resultados trabajan con 21,736 mujeres del 2016, 22,130 del 2017 y 23,315 del 2018. Del 2016 casi el 10% indicaron haber sufrido violencia física, 9.2% el 2017 y 8.6% el 2018. Las zonas geográficas que presentaron una disminución en los años fueron Apurímac, Cusco y Tumbes. La Libertad fue un departamento que por el contrario el porcentaje se fue incrementando en dichos años. En los referentes a los factores sociodemográficos, el más importante fue el nivel educativo. Las gestantes que no tenían estudios tenían un porcentaje de 87% de más probabilidad de poder ser víctimas de violencia física. Otros factores fueron el consumo de alcohol, la edad (entre 40 a 49 años), el estado civil, fueron factores de consideración. El estudio concluye que los porcentajes de violencia están en disminución a lo largo de estos años y que se ponga especial interés en los factores hallados para su prevención. ⁽¹²⁾

Rodríguez et al (2021) en su tesis nos propone un estudio de tipo descriptivo correlacional, donde tiene como objetivo establecer la asociación que existe entre la violencia familiar con respecto al número de controles prenatales en el centro de salud de estudio perteneciente a la provincia de Ica. Llegan a establecer una muestra de 127 gestantes que acuden con normalidad a sus atenciones prenatales encontrando que el rango de edad predominante se encuentra entre los 20 a 34 años, casi el 50% de las gestantes eran convivientes y aproximadamente la tercera parte tenía un bajo nivel educativo ya que solamente habían alcanzado a nivel primario. con respecto a la tipificación de la violencia aproximadamente la tercera parte tuvo violencia física, mientras que alrededor de 60% fue víctima de violencia psicológica y económica, sí halló también que el 44% fue víctima de violencia sexual. En la

asociación se evidenció que las gestantes que tuvieron violencia física y que tuvieron menos de 6 controles prenatales fueron el 54%. Las gestantes que tuvieron violencia psicológica y menos de 6 controles prenatales fueron 58%. las que tuvieron violencia sexual y menos de 6 controles fueron el 44%. con respecto a la violencia económica aquellas que sí tuvieron violencia económica y menos de 6 controles fue el 59%. El estudio concluye por tanto que si existe una significativa relación entre la violencia intrafamiliar con el número de controles prenatales. ⁽¹³⁾

2.2 Bases teóricas

2.2.1. Violencia de género, definiciones, tipos

La violencia de género se define como cualquier comportamiento violento o agresivo motivado por la desigualdad de género existente en un sistema donde los hombres tienen poder sobre las mujeres, causando daño físico, sexual o psicológico, así como amenazas, coerción o privación arbitraria de libertad, ya sea en espacios públicos o en la vida personal o familiar. La violencia de género contra las mujeres es una conducta delictiva motivada por el género que causan o pueden causar los daños ya descritos

La violencia de género ha sido tradicionalmente considerada como un tema exclusivo de la vida privada, algo que se debía mantener en secreto y en lo que no se debía intervenir. Esta percepción refuerza la subalternidad de las mujeres en relación con los hombres y acepta las relaciones de poder históricamente desiguales entre ambos, lo que justifica la dominación del hombre, incluso a través de la violencia. Esta visión contribuye a que muchas mujeres no denuncien sus situaciones debido a miedo, vergüenza o sentimientos de culpabilidad.

La discriminación y la violencia en contra de las mujeres, siendo esta última la expresión más extrema de las desigualdades entre hombres y mujeres, es un problema global que afecta a la mayoría de los países del mundo, con la característica de que las experiencias de abuso son similares en todas las culturas.

En este contexto de violencia, es importante diferenciar entre dos roles principales: el de quien comete el abuso y el de quien lo sufre. El primer rol (agresor) es el miembro de la familia que ejerce el abuso a través de un desequilibrio de poder, causando daño a otros miembros de la familia. El segundo rol (víctima) es generalmente ocupado por la mujer, quien se encuentra en una situación de sumisión frente al agresor y sufre daño en su relación con él.

Es importante destacar que la violencia de género en su conjunto engloba tres características: el agresor y la víctima comparten el mismo hogar, donde se incluyen actos de violación, maltrato y abuso sexual. Además, esta violencia puede ocurrir en cualquier lugar de la comunidad, como el lugar de trabajo, instituciones educativas, establecimientos de salud, entre otros. También puede ser perpetrada por el Estado independientemente del lugar donde ocurra. ^(14,15,16)

Se debe tener en cuenta además los tipos de violencia de género:

La violencia física se refiere a acciones observables que causan daño físico a una mujer, pudiendo ser recurrente y a veces fatal. Se puede reconocer por lesiones o empujones cometidos como actos de agresión. La violencia física es una de las formas más evidentes y difíciles de ocultar, ya que se refleja en el aspecto físico de la persona. Muchas veces, las víctimas de agresiones físicas experimentan actos de violencia repetidos a lo largo del tiempo. Los indicadores comunes de violencia física incluyen relatos de

situaciones violentas, temor al contacto físico, moretones, heridas, cicatrices o quemaduras sin justificación aparente que aparecen con frecuencia, hematomas y lesiones inexplicable, marcas de mordeduras, fracturas inexplicables, lesiones en la vulva, perineo y recto, laceraciones en la boca, mejilla, entre otros y quejas crónicas sin causa física (dolores de cabeza, problemas de sueño). Incluye acciones como forcejeos, empujones, bofetadas, tracción de cabello, intentos de estrangulación, torceduras de brazos, golpes de puño, puntapiés, golpes con objetos, quemaduras, agresión con armas de fuego o punzocortantes y homicidio.

Debido a este tipo de signos que se pueden encontrar en el examen físico de la paciente podremos hablar de lesiones (cuando se encuentra alguna de estas características físicas evidentes que se han descrito) o también podemos encontrar algún tipo de lesión que cause algún grado de discapacidad (como puede ser alteraciones en la marcha, alteraciones en el habla, dificultades en el procesamiento de lenguaje o pensamiento en casos más severos).

La violencia psicológica se refiere a sufrimiento o alteración de funciones mentales o habilidades de una persona causadas por un acto de violencia, donde el agresor manipula a la víctima con miradas amenazantes o gestos intimidatorios. La violencia psicológica es más difícil de detectar ya que las víctimas sufren cicatrices psicológicas que son más difíciles de ver y comprobar. Se caracteriza por el uso de insultos, amenazas, humillación, intimidación, desprecio, entre otros, por parte del agresor hacia la víctima, causando daños psicológicos y sociales. Es importante mencionar que las víctimas de violencia psicológica a menudo consideran que lo que les está sucediendo no es lo suficientemente grave o importante como para tomar medidas para detener estos actos, incluso denunciarlos a las autoridades. Algunas víctimas creen que su denuncia no tendría validez. Los indicadores de este tipo de violencia son: una extrema falta de confianza en uno mismo,

tristeza, depresión o angustia, dificultades en el rendimiento académico o laboral, entre otros.

Este tipo de violencia se tendría que verificar con evaluaciones psicológicas o cuestionarios aplicados a las pacientes que permitan determinar algún grado de afectación de la salud mental de ellas.

La violencia sexual se refiere a imponer relaciones sexuales sin el consentimiento de una mujer, incluso utilizando la fuerza, también puede incluir obligar a tener relaciones sexuales de diferentes tipos como penetración oral, vaginal o anal. La violencia sexual se caracteriza por el uso de la víctima en actividades sexuales como el acoso sexual, la violación, entre otros, por parte del agresor que pertenece al ámbito familiar, sin respetar la capacidad de la víctima de decidir libremente sobre su participación en dicha actividad. Este tipo de violencia causa daño psicológico como distorsión de la imagen corporal, confusión sobre los roles familiares, percepción de sí mismo como menos valioso, disfunciones sexuales y distorsiones en las relaciones, y daño físico como lesiones directas por la penetración en los órganos genitales y enfermedades de transmisión sexual. Los indicadores de este tipo de violencia incluyen conocimiento y comportamiento sexual inapropiado, irritación, dolor, lesión y sangrado en la zona genital, embarazo temprano, abortos o amenaza de enfermedades de transmisión sexual.

La violencia económica se refiere a la agresión que se ejerce cuando una persona controla, priva o restringe el acceso de su pareja al uso del dinero y al manejo de este. Por ejemplo, no cumplir con la pensión alimentaria para los hijos, obligar a la víctima a trabajar en un empleo específico, limitar su capacidad de tomar decisiones sobre la economía familiar, no proporcionar suficiente dinero para el mantenimiento de la familia, culpar a la víctima por no saber administrar el dinero, entre otros ^(17,18)

Galtung enlaza los diferentes tipos de violencia hacia las mujeres en tres categorías:

-Violencia directa: se refiere a la falta de respeto hacia los derechos de supervivencia, libertad, identidad y bienestar de las mujeres, incluye acciones como el maltrato, acoso, muerte o feminicidio y desprecio.

-Violencia estructural: se refiere al orden social que representa a las mujeres, incluye la desigualdad en el acceso a la propiedad, salarios, división sexual en el ámbito laboral, y la falta de oportunidades para trabajar o ser contratadas debido a la posibilidad de quedar embarazadas.

-Violencia cultural: se refiere a los estereotipos culturales que existen desde la antigüedad, donde las mujeres se relacionan con el mundo del cuidado familiar, mientras que los hombres son considerados superiores y tienen más oportunidades de participar en actividades públicas, políticas y científicas.

Los factores que aumentan el riesgo de maltrato en las mujeres incluyen: experiencias previas de violencia doméstica en su familia de origen, bajo nivel educativo y económico, aislamiento social y psicológico, baja autoestima, sumisión y dependencia, embarazo, desequilibrio de poder en la relación de pareja, y el consumo de alcohol o drogas.

Como parte de nuestra investigación le daremos una mayor importancia dentro de estos factores al de las mujeres gestantes.

2.2.2 Atención prenatal. Violencia en las gestantes. Detección

La norma técnica de salud N° 105 de nuestro país, indica que la atención integral de la salud tiene como objetivos disminuir la morbilidad y mortalidad materna y por ende a un mejor manejo de la atención perinatal. Esto se lleva

por tanto en el periodo preconcepcional, como en el concepcional, en otras palabras, en las etapas, pre, natal y postnatal.

La atención prenatal es un proceso integral de seguimiento y evaluación de la gestante y del feto, de inicio preferente antes de las 14 semanas de gestación, con el objetivo de proporcionar un paquete básico de intervenciones para detectar tempranamente signos de alarma, factores de riesgo, educar sobre el autocuidado y la forma en que participa la familia, y realizar un óptimo manejo de las complicaciones con el respecto a la equidad de género y las tradiciones culturales de la paciente en el marco de los derechos humanos. Se lleva a cabo a través de visitas programadas con el equipo de salud y la embarazada para controlar la evolución del embarazo, preparar adecuadamente para el parto y crianza del recién nacido y reducir los riesgos de este proceso fisiológico. La atención prenatal debe ser temprana, periódica, completa y con amplia cobertura.

Se busca además que la gestante cumpla con un número de controles prenatales. Se tiene el concepto de gestante controlada cuando la gestante ha cumplido los seis controles o más, y además ha cumplido con realizar y contar con los resultados de su paquete básico de intervenciones. Se habla de gestante atendida cuando es la primera vez que acude al establecimiento de salud. Sobre la distribución de estos controles, estos deben estar distribuidas a lo largo del embarazo, como sigue: la primera antes de las 14 semanas, la segunda entre las 14 y 21 semanas, la tercera entre las 22 y 24 semanas, la cuarta entre las 27 y 29 semanas, la quinta entre las 33 y 35 semanas, y la sexta entre las 37 y 40 semanas.

En el primer control prenatal es que se realiza la apertura de una historia clínica electrónica, la cual se maneja de manera virtual con un aplicativo del Ministerio de Salud llamado Wawared, el cual, al estar en línea tiene las ventajas de el libre acceso y la rapidez al momento de la búsqueda de la

información, lo que conlleva además a que si la paciente cambie en algún momento de localidad o domicilio su información pueda estar disponible para cualquier profesional de salud de cualquier establecimiento de salud del país con acceso a internet.

Los objetivos de la atención prenatal incluyen: proporcionar acceso a servicios de salud para todas las gestantes, fomentar el inicio temprano del control prenatal antes de las 14 semanas de gestación y asistencia periódica de la gestante hasta el momento del parto, identificar tempranamente los factores de riesgo biopsicosociales y las enfermedades asociadas y propias en la gestante para brindar una atención adecuada y oportuna, ofrecer una atención integral a la mujer embarazada de acuerdo con sus condiciones de salud, coordinando eficazmente los servicios y niveles de atención en salud disponibles y educar a la mujer gestante y su familia acerca del cuidado de la gestación, la atención del parto y del recién nacido, la lactancia materna y la planificación familiar. (6,19,20,21,22)

La violencia basada en género durante el embarazo es una forma de violencia psicológica, física o sexual que experimenta una mujer embarazada. Esta violencia se considera específica de género ya que tiene lugar durante el período de gestación, es decir, antes, durante o después del embarazo.

Las mujeres embarazadas que han sido víctimas de violencia pueden sufrir una variedad de complicaciones, que pueden presentarse en función de la gravedad y duración de la violencia. Estas complicaciones pueden afectar tanto a la salud física como mental, conducta social y reproductiva de la madre, así como al recién nacido. Entre las complicaciones más comunes se encuentran la anemia, la infección uterina, el sangrado vaginal, la rotura prematura de membranas, la hemorragia en la primera mitad del embarazo, el parto prematuro, la amenaza de parto prematuro, la preeclampsia, el desprendimiento prematuro de placenta, las infecciones de transmisión

sexual, el oligohidramnios, la restricción de crecimiento intrauterino, la corioamnionitis, la diabetes gestacional y la muerte materna. Además, también se pueden presentar complicaciones en la salud mental, como la ansiedad, el estrés postraumático, la depresión, los trastornos de estrés y los trastornos de ansiedad.

Las mujeres embarazadas están en mayor riesgo de sufrir violencia intrafamiliar. Algunos hombres pueden sentir el embarazo como una amenaza a su control, y se ha encontrado en algunas investigaciones una relación entre la violencia y problemas durante el embarazo, como retrasos en las visitas prenatales, mayor número de abortos, partos prematuros y riesgo de recién nacidos con bajo peso.

Es por esta razón que los profesionales en centros y puestos de salud que atienden a gestantes deben buscar la detección de este tipo de violencia como parte de la atención prenatal. Con tal motivo, por lo general en el primer control, no solamente se evalúan los antecedentes de la paciente, se le hace un examen físico donde se determine su edad gestacional, pelvimetría, movimientos fetales, entre otros, sino que también, se planifica el embarazo (con el plan de parto) y se utilizan cuestionarios como herramientas para detección de violencia intrafamiliar, como es el caso de la ficha de tamizaje de violencia basada en género.

Es importante también que como parte de esta atención a las víctimas de violencia de género se les proporcione un ambiente seguro, privado y de confianza, donde se puedan detectar los principales signos y síntomas de las personas afectadas y proporcionar información sobre los siguientes pasos. También es importante crear espacios específicos para las gestantes víctimas de violencia intrafamiliar, donde se les brinde apoyo emocional, consejería y atención especializada.

La ficha de tamizaje de violencia intrafamiliar es una herramienta que ayuda a identificar casos de violencia en el ámbito familiar. Un profesional capacitado utiliza esta ficha para observar indicadores de maltrato, hacer preguntas para sospechar de violencia y obtener información sobre el parentesco de la persona agresora. Si se detectan pruebas físicas de la violencia, como ropa con sangre, cabellos, objetos u otros líquidos corporales, estos deben ser preservados y entregados a las autoridades competentes si es necesario. En la ficha también se registra la naturaleza de la lesión, los antecedentes, cuándo ocurrió y se grafica la ubicación de las lesiones en el mapa corporal. ^(23,24)

Es importante señalar que la atención prenatal es esencial en la estrategia nacional de salud sexual y reproductiva, ya que permite vigilar tanto a la madre como al feto. Investigaciones muestran que hay un alto porcentaje de mujeres embarazadas que no asisten a sus controles prenatales debido a varios obstáculos, siendo uno de ellos la violencia de género.

2.2.3. Violencia de género y asistencia a controles prenatales

Se ha comprobado que la violencia intrafamiliar en las gestantes tiene un impacto negativo en la salud física y mental de la mujer y del feto, y puede llevar a problemas como retraso en la asistencia a las atenciones prenatales, mayor número de abortos, partos prematuros y riesgo de recién nacidos con bajo peso. Por esta razón, es importante que se detecten los casos de violencia intrafamiliar en las gestantes mediante la utilización de herramientas como la ficha de tamizaje de violencia intrafamiliar, para poder brindarles una atención adecuada y prevenir los efectos negativos de la violencia en su salud y en el desarrollo de su embarazo.

Para tal fin debemos hablar de la adherencia. Salinas Cruz en su ensayo realiza una revisión bibliográfica sobre el tema de adherencia terapéutica y

nos dice que el cumplimiento del tratamiento es el acto de seguir las pautas establecidas por los profesionales de la salud en cuanto a medicación, dieta y cambios en el estilo de vida en relación con una enfermedad o condición específica. ⁽²⁵⁾

Cancino nos dice con respecto a la adherencia en las gestantes, que el cumplimiento del tratamiento en el control prenatal se refiere a un conjunto de acciones positivas llevadas a cabo por una mujer embarazada, en colaboración con el personal médico, para seguir las indicaciones terapéuticas establecidas durante el embarazo. Estas acciones reflejan un compromiso voluntario con el objetivo de satisfacer las necesidades de salud en el proceso de gestación. ⁽²⁶⁾

En lugar de ser una actitud pasiva de la paciente en la que se acepta el tratamiento, la adherencia implica una colaboración activa entre la paciente y el personal de salud para garantizar un seguimiento adecuado y reducir los riesgos y complicaciones durante el embarazo.

La adherencia al control prenatal se refiere a la comunicación y contacto continuo entre la mujer embarazada y el personal médico, lo cual permite detectar tempranamente cualquier riesgo o complicación relacionada con una patología existente o con el embarazo en sí. Mediante el control prenatal, se llevan a cabo acciones para reducir los riesgos que puedan presentarse durante el embarazo y proteger a la mujer embarazada en su estado vulnerable.

La atención prenatal es crucial para evitar, detectar o tratar problemas relacionados con el embarazo, pero muchas mujeres no cumplen con el número recomendado de atenciones prenatales, lo cual puede tener consecuencias negativas para la madre y el feto. Estas situaciones tienen

relación con la violencia, pero también se deben buscar otros factores relacionados como accesibilidad, nivel educativo, entre otros.

Es importante investigar si la violencia intrafamiliar es un factor que contribuye a esta situación y cuál es el impacto entre la violencia y la atención prenatal. A pesar de que existe poca investigación científica sobre este tema, se espera que estudios similares al presente puedan aumentar el conocimiento y ayudar a mejorar la atención prenatal para las mujeres que sufren violencia de género.

2.3 Marco conceptual

Atención prenatal: es un proceso que consiste en la evaluación y seguimiento de la salud de la gestante y su feto desde el inicio del embarazo hasta el parto. Se busca detectar problemas o riesgos tempranamente y brindar intervenciones para prevenirlos. La atención prenatal incluye educación sobre cuidado de la salud, participación de la familia, y se enfoca en la equidad de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos.

Condición de discapacidad: se refiere a una limitación física, mental o sensorial que puede dificultar o impedir la realización de actividades cotidianas. Puede ser temporal o permanente y puede variar en gravedad. La discapacidad puede ser causada por una variedad de factores, como lesiones, enfermedades, trastornos genéticos, trastornos mentales y trastornos del desarrollo. También puede ser causada por factores ambientales, como el acceso limitado a servicios de salud de calidad, la discriminación y la falta de accesibilidad. La discapacidad se entiende como una interacción entre las personas con condiciones de discapacidad y las barreras en el entorno que limita su participación plena y efectiva en la sociedad.

Daño psicológico: se refiere a lesiones o trastornos mentales causados por eventos traumáticos o estresantes, como un accidente, una violencia sexual, un desastre natural o un evento de guerra. Los síntomas pueden incluir ansiedad, depresión, flashbacks, estrés postraumático y trastornos de estrés agudo. El daño psicológico también puede ser causado por el acoso, el abuso o la negligencia a largo plazo en el hogar o en el lugar de trabajo.

Embarazo o gestación: se refiere al período que transcurre desde la implantación del óvulo fecundado en el útero hasta el momento del parto, que dura aproximadamente 9 meses o 40 semanas.

Violencia basada en género: o violencia contra la mujer, es cualquier acción que cause daño o sufrimiento psicológico, físico o sexual tanto en la vida pública como en la privada.

2.4 Formulación de hipótesis

2.4.1. Hipótesis general

La violencia de género impacta negativamente de manera significativa en la adherencia a los controles prenatales en un centro de salud de Lima en 2022.

2.5 Identificación de variables e indicadores

Variable independiente:

Violencia de género.

Indicadores: Tipo de violencia.

Impacto de la violencia en la gestante.

Variable dependiente:

Adherencia a controles prenatales.

Indicadores: Número de mujeres que no completan el control prenatal.

Número de mujeres que completan el control prenatal.

Variables intervinientes:

Factores sociodemográficos.

Indicadores: Biológicos y demográficos.

Sociales.

2.6. Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	SUBINDICADOR	INDICE	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN
VI Violencia de género	Es un término utilizado para describir cualquier acto de violencia física, sexual, psicológica o económica basados en el género, y dirigidos a una persona o grupo de personas, con el objetivo de controlar, dominar, maltratar o dañar	Tipo de violencia Impacto de la violencia en gestante	- Física - Psicológica - Sexual - Económica - Lesiones - Discapacidad - Daño psicológico	Si/No Si/No	Cualitativa	Nominal
VD Adherencia a controles prenatales	Es el cumplimiento por parte de la madre de los controles de salud necesarios durante el embarazo, como exámenes médicos, análisis de sangre, pruebas de detección de enfermedades, etc	Número de mujeres que no completan el CPN Número de mujeres que completan el CPN	- Gestante no controlada - Gestante controlada	1 a 5 CPN 6 a más CPN	Cualitativa	Nominal
Vi Factores sociodemográficos	Son características demográficas y socioeconómicas de un individuo o grupo de personas que pueden influir en su comportamiento, estilos de vida y decisiones.	Biológicos y demográficos Sociales	- Edad - Paridad - Condición de discapacidad - Nivel de	18 a más 0 a más Si/No Analfabeta/	Cuantitativa Cualitativa	De razón Nominal

			educación - Condición laboral - Estado civil - Acceso al establecimiento de salud - Seguro de salud	primaria/ secundaria/ superior Trabaja/ No trabaja Soltera/ casada/ conviviente/ divorciada/ viuda Cerca/lejos SIS/ ESSALUD/ privado/ otro/ ninguno		
--	--	--	---	--	--	--

CAPÍTULO III: METODOLOGIA

3.1. Diseño metodológico

3.1.1. Tipo de investigación

Es un estudio de tipo aplicado, de enfoque cuantitativo, diseño observacional, transversal, descriptivo, retrospectivo.

3.1.2. Nivel de investigación

El nivel de investigación es correlacional.

3.1.3. Diseño

El diseño es observacional, descriptivo.

3.1.4. Método

El método usado en el estudio es inductivo,

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

La población está compuesta por todas las gestantes que acudieron para atención prenatal en un centro de salud de Lima durante el año 2022, que corresponden a 223 gestantes, las cuales cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- a) Mayores de 18 años.
- b) Tener historia clínica completa en el establecimiento

Criterios de exclusión:

- a) Gestaciones terminadas en aborto.

3.2.1. Muestra

El tipo de muestreo utilizado en la presente investigación es probabilístico, para lo cual se consideran los siguientes criterios:

Población: 223 gestantes.

Frecuencia esperada: 50%.

Error estadístico: 5%.

Nivel de confianza: 95%.

Efecto de diseño: 1.

Muestra usando Statcalc de Epi-Info 7.2.5.0: 141 gestantes.

La selección de la muestra se realizó por muestro aleatorio simple, considerando el total de gestantes incluidas en la base de datos del aplicativo Wawared (MINSA) y/o las historias clínicas del CMI Virgen del Carmen correspondiente a las gestantes atendidas durante el año 2022. Los números aleatorios fueron generados por la función ALEATORIO.ENTRE de la aplicación excel de Microsoft 365.

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.3.1. Técnicas

Recolección de información de la base de datos del aplicativo Wawared (MINSA) y las historias clínicas de las gestantes que se han atendido en el CMI Virgen del Carmen durante el año 2022.

Asimismo, se consideró como fuente de información las fichas de tamizaje de violencia de género.

3.3.2. Instrumentos

El instrumento utilizado es la Ficha de tamizaje de Violencia que es extraído de la “Guía técnica para el cuidado de la salud mental de mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o expareja”, documento oficial del año 2021 del MINSA aprobado por Resolución Ministerial RM 670-2021/MINSA, en su Anexo Nro 02 presenta la “Guía de preguntas para el tamizaje a mujeres en situación de violencia de pareja o expareja”. Esta guía de preguntas es parte de esta resolución ministerial citada y por tanto es un documento oficial y validado por el Ministerio de Salud. Esta guía de preguntas es parte obligatoria integrada en las historias clínicas de gestantes. ⁽²⁷⁾

3.4. Técnicas para el procesamiento de la información

La información se registró en una base de datos en Microsoft Excel para su tabulación, y para el análisis se utilizará el programa estadístico SPSS versión 22.

Para la variable cuantitativa (edad) se calculó la media y la desviación estándar, para el análisis posterior se agruparon las edades de las gestantes en 4 grupos, considerando la desviación estándar. Las variables cualitativas se analizaron con frecuencias absolutas y relativas (promedios), y tratándose de grupos independientes se aplicó la prueba exacta de Fisher (para las variables dicotómicas) y la prueba de chi cuadrado (para las demás variables) para el cálculo del valor p de significancia (< 0.05).

En el análisis bivariado se realizó el cálculo del OR con un intervalo de confianza del 95%, aplicándose la prueba exacta de Fisher (para las variables dicotómicas) y la prueba de chi cuadrado (para las

demás variables), para el cálculo del valor p de significancia (< 0.05).

Para el análisis multivariado se utilizó la regresión logística binaria (considerando que la variable dependiente es cualitativa y dicotómica), la cual se ejecutó en 3 etapas: modelos simples, modelos ajustados por edad y modelos multivariados, en cada uno de ellos se consideró como categoría de referencia, a la posible categoría de protección según los resultados del análisis bivariado y/o por estimación teórica. En todos los modelos se realizó el cálculo del OR con un intervalo de confianza del 95% y del valor p de significancia (< 0.05).

3.5. Aspectos éticos

La presente investigación, al ser observacional y descriptiva, se desarrolló exenta de riesgos para las gestantes seleccionadas, razón por la cual no fue necesario el uso de consentimiento informado.

Los beneficios más importantes para la sociedad derivados de realizar el estudio sobre la violencia de género en gestantes, incluye la sensibilización de la misma sobre la importancia de prevenir la violencia de género y proteger a las mujeres embarazadas, pero también, el estudio puede ayudar a identificar a las mujeres que están en riesgo de sufrir violencia de género durante el embarazo, lo cual nos permitirá tomar medidas preventivas y brindar el apoyo necesario para proteger a estas mujeres y sus bebés. Por último, los resultados del estudio ayudan a los proveedores de atención de salud a comprender mejor las necesidades de las mujeres embarazadas que han experimentado violencia de género, para que, de esta manera, se mejore la atención que se brinda a estas mujeres y reducir los riesgos de salud para ellas y sus bebés.

Se tiene la autorización de la jefatura del establecimiento de salud y se ha respetado la confidencialidad de la información como indica el código de ética del Colegio Médico del Perú. Asimismo, se consiguió la aprobación del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Privada San Juan Bautista.

La información recabada de las historias clínicas de las gestantes seleccionadas, no incluyeron datos de identificación de ningún tipo, usándose una codificación según el orden de lista del padrón de gestantes. Para mayor seguridad, los datos recabados han sido guardados en un archivo en la nube (OneDrive), en una carpeta protegida con contraseña de conocimiento exclusivo de los autores.

CAPITULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Procesamiento de los resultados

4.1.1. Variables Sociodemográficas

En la tabla Nro. 1: podemos apreciar las variables sociodemográficas estudiadas en nuestra investigación. Se realizó la revisión de las 141 historias clínicas de nuestra muestra y se procedió a ingresar los datos en el programa Excel, para luego ser exportados para su análisis en SPSS versión 22.

En cuanto a la variable Edad, el valor mínimo fue de 18 años y el valor máximo fue 43 años, teniendo como media 29.73 años, lo cual daba como desviación estándar 6.295, razón por la cual se establecieron grupos de edad de 6 años, lo cual se refleja en la tabla. Con ello el grupo de edad de 31 a 37 años es el más numeroso con 59 gestantes (41.8%), seguido en números muy cercanos por el grupo de 18 a 23 y de 24 a 30. El grupo más pequeño fue de 38 a 43 años (8.5%).

Respecto al nivel educativo el mayor porcentaje tenía estudios superiores, considerando en dicho rubro tanto los superior técnico (completo e incompleto) y el superior universitario (completo e incompleto) siendo 76 de las 141 evaluadas (54%).

Respecto a la situación familiar 93 (66%) se encontraban sin pareja. En relación con los que estaban con pareja se consideraron a los casados y convivientes.

En la variable condición laboral los resultados están más equilibrados. 71 gestantes no trabajan, incluyendo dentro de ellos principalmente amas de casa, versus 70 de ellas que trabajan incluyendo en este grupo a comerciantes, profesionales y empleadas.

Con respecto a la variable paridad, se consideró como definición de variable a los hijos vivos actualmente, siendo el mayor grupo con 87 gestantes a aquellas que tienen de 1 a 2 hijos (61.7%), seguido por aquellas que no tienen hijos (39: 27.7%).

Consideramos importante el estudio de la variable acceso al establecimiento de salud, entendiendo “Lejos” a todas aquellas gestantes quienes para llegar al establecimiento de salud se toman un tiempo mayor a 15 minutos, por cualquier medio de transporte dentro de los disponibles y más usados de la jurisdicción del centro de salud (caminando, en mototaxi, en taxi, en bus, en transporte propio). 83 (58.9%) resultaron estar lejos del centro de salud mientras que 58 estaban dentro del rango de menos de 15 minutos para llegar al centro de salud.

El gran grueso de gestantes (126) se encuentra afiliada a algún tipo de seguro, en este rubro incluimos aseguradas al Sistema Integral de Salud (SIS), a la seguridad social (EsSalud), cabe resaltar que la mayoría son del SIS (121) y solo 2 son de EsSalud, otras 3 y 15 gestantes no tienen seguro o se atienden de manera particular.

Con respecto a la violencia, se identificó que el tipo de violencia preponderante fue la violencia psicológica en un número de 45, mientras que la violencia física, sexual y económica fueron mínimas totalizando 4.

Se evaluó entonces el impacto de la violencia, considerando como base la violencia total, entendiendo el término como la presencia de cualquier tipo de violencia.

Al realizar el análisis bivariado de estas variables sociodemográficas se aplicó la prueba de Fisher o la prueba de Chi cuadrado, y con respecto al grupo de edad y violencia total 92 no se vieron afectadas por esta, con un $p=0.551$. En nivel educativo, 92 no se vieron afectados por la violencia con un $p=1.0$. La variable situación familiar si tiene un valor significativo con un $p=0.041$ ($p<0.05$). Las gestantes que no tenían pareja mostraban casi un 41% de violencia total versus 23% con aquellas que si tenían.

Las otras variables como condición laboral, paridad, acceso al establecimiento de salud y tenencia de algún tipo de seguro tampoco tuvieron valores significativos, siendo los valores de p 0.598, 0.545, 0.858 y 0.775 respectivamente. Los valores porcentuales entre estas variables en aquellas gestantes víctimas de violencia no tuvieron una gran diferencia entre ellas. Porcentajes similares si la gestante trabaja o no, si vive cerca o lejos, entre otros, estas variables no mostraron diferencia en la violencia.

Tabla 1: Características sociodemográficas de las gestantes según presencia de violencia. Centro materno infantil Virgen del Carmen 2022

Variables sociodemográficas	Con violencia total		P valor*
	si n (%)	no n (%)	
Grupo de edad			
18 - 23 años	10 (29.4)	24 (70.6)	0.551
24 - 30 años	11 (30.6)	25 (69.4)	
31 - 37 años	22 (37.3)	37 (62.7)	
38 - 43 años	6 (50)	6 (50)	
Nivel educativo			
Secundaria	23 (35.4)	42 (64.6)	1.000
Superior	26 (34.2)	50 (65.8)	
Situación familiar			
Sin pareja	38 (40.9)	55 (59.1)	0.041
Con pareja	11 (22.9)	37 (77.1)	
Condición laboral			
No trabaja	23 (32.4)	48 (67.6)	0.598
Trabaja	26 (37.1)	44 (62.9)	
Paridad			
Sin hijos	12 (30.8)	27 (69.2)	0.545
1 - 2 hijos	30 (34.5)	57 (65.6)	
3 a más hijos	7 (46.7)	8 (53.3)	
Acceso al establecimiento de salud			
Lejos	28 (33.7)	55 (66.3)	0.858
Cerca	21 (36.2)	37 (63.8)	
Tenencia de seguro de salud			
No tiene	6 (40)	9 (60)	0.775
Tiene	43 (34.1)	83 (65.9)	

* Test exacto de Fisher y Prueba de chi cuadrado.

Es importante indicar que otra variable buscada fue la discapacidad, la cual luego de la revisión de las historias clínicas se verificó que no había gestantes con discapacidad previa o discapacidad generada como consecuencia de la violencia, incluso al ser mayor la violencia psicológica no hay informe o consulta o evaluación de psicología donde consignen algún tipo de discapacidad de salud mental, lo cual también fue motivo de nuestro estudio.

4.1.2. Análisis bivariado de las variables maternas y el cumplimiento de controles prenatales.

En la tabla Nro. 2 se analizó la relación de las variables del problema y las posibles variables intervinientes, mediante el análisis bivariado. Se puede ver tanto el valor de p como el Odds Ratio (OR) para determinar asociación.

Del mismo modo que en la tabla 1, los valores de Grupo de Edad no son significativos y el caso del OR no aplica en este caso. No se evidenció una relación causal entre la presencia de violencia familiar y el cumplimiento del control prenatal (p valor > 0.05) en las gestantes ya que el valor p fue de 0.478. Si bien se observó una alta incidencia de violencia familiar en las gestantes (34.8%), no se presentó diferencias entre la media de edad de las gestantes que sufren violencia (30.7 años) y las gestantes que no la sufren (29.2 años).

Según los resultados del p valor, si la gestante no tiene pareja ($p=0.033$) o si tiene hijos previos ($p=0.036$), pueden ser considerados como factores de riesgo para no cumplir con el control prenatal (CPN). Las gestantes, que como consecuencia de la violencia que reciben, presentan daño psicológico, podría considerarse como factor de riesgo, ya que el IC del OR es mayor a 1 (2.71), pero el p valor es ligeramente superior a 0.05 (0.057). Las demás variables evaluadas no mostraron asociación significativa con el cumplimiento del CPN por las gestantes, pese a que algunas de ellas (como una mayor educación o nivel educativo y el acceso al trabajo) son considerados determinantes positivos de la salud.

Adicionalmente, se verificó que, en general, no existe diferencia de la media de edad entre las gestantes controladas (29 años) y las gestantes no controladas (30.6 años), con un P valor = 0.165.

Tabla 2: Análisis bivariado de las características de las gestantes respecto al cumplimiento del control prenatal. Centro materno infantil Virgen del Carmen 2022

Variables maternas	Cumplimiento control prenatal		P valor*	OR n (IC 95%)
	no n (%)	si n (%)		
Grupo de edad				
18 - 23 años	14 (41.2)	20 (58.8)	0.199	NA
24 - 30 años	15 (41.7)	21 (58.3)		
31 - 37 años	27 (45.8)	32 (54.2)		
38 - 43 años	9 (75)	3 (25)		
Nivel educativo				
Secundaria	25 (38.5)	40 (61.5)	0.127	0.56 (0.29-1.01)
Superior	40 (52.6)	36 (47.4)		
Situación familiar				
Sin pareja	49 (52.7)	44 (47.3)	0.033	2.23 (1.08-4.6)
Con pareja	16 (33.3)	32 (66.7)		
Condición laboral				
No trabaja	32 (45.1)	39 (54.9)	0.866	0.92 (0.47-1.78)
Trabaja	33 (47.1)	37 (52.9)		
Paridad				
Sin hijos	12 (30.8)	27 (69.2)	0.036	NA
1 - 2 hijos	43 (49.4)	44 (50.6)		
3 a más hijos	10 (66.7)	5 (33.3)		
Acceso al establecimiento de salud				
Lejos	33 (39.8)	50 (60.2)	0.087	0.54 (0.27-1.06)
Cerca	32 (55.2)	26 (44.8)		
Tenencia de seguro de salud				
No tiene	6 (40)	9 (60)	0.785	0.76 (0.25-2.25)
Tiene	59 (46.8)	67 (53.2)		
Violencia total				
Si	25 (51)	24 (49)	0.478	1.35 (0.68-2.72)
No	40 (43.5)	52 (56.5)		
Impacto de la violencia				
Daño psicológico	14 (66.7)	7 (33.3)	0.057	2.71 (1.02-7.19)
Ninguno	51 (42.5)	69 (57.5)		

* Test exacto de Fisher y Prueba de chi cuadrado.

4.1.3. Análisis multivariado de las variables maternas y el cumplimiento de controles prenatales

En la tabla Nro. 3 se buscó determinar los factores de riesgo que explicarían el no cumplimiento del control prenatal (CPN) en las gestantes estudiadas, se realizó el análisis multivariado, usando la regresión logística binaria en 3 etapas:

Primero, modelos simples: Se evaluaron de manera independiente las posibles asociaciones de la violencia familiar en gestantes y 8 posibles variables intervinientes, en relación con el cumplimiento o no del CPN. Aquí, la regresión logística ratifica los resultados del análisis bivariado de la tabla 2, considerando como factores de riesgo para el incumplimiento del CPN a que la gestante no tenga pareja y a que tenga hijos previos. Se logra discriminar como factor de riesgo de tener hijos, a las gestantes que tengan 3 o más hijos. Adicionalmente, permite indicar al daño psicológico de las gestantes como un factor de riesgo para no cumplir con el CPN, de forma más contundente que lo señalado por el análisis bivariado.

Segundo, modelos ajustados por edad: Para el análisis de los factores de riesgo es importante discriminar la posibilidad de que la edad sea un factor de confusión, evaluándose cada factor de riesgo juntamente con la edad: El no tener pareja como factor de riesgo para no cumplir con el CPN no presentó mayores alteraciones en la medición del OR, por lo tanto, dicha asociación de riesgo no está influenciada por la edad. Por el contrario, el tener 3 hijos o más y el daño psicológico, como factores de riesgo para el no cumplimiento del CPN, presentan como factor de confusión a la edad, con variaciones del OR > 10% y un p valor no significativo.

Tercero, en el modelo multivariado, modelo que será válido para todos los grupos de edad, ya que esta variable ha sido incluida en el

modelo, se confirman, primero, que la violencia familiar no es un factor de riesgo para no cumplir con el CPN y segundo se confirma como factor de riesgo de incumplimiento del CPN el no contar con pareja. Otro factor de riesgo está asociado a la educación, pero es llamativo que un nivel inferior de estudios (secundaria) en contra de un nivel educativo superior, resulte en factor protector para el cumplimiento del CPN.

Tabla 3: Análisis multivariado de las características de las gestantes respecto al cumplimiento del control prenatal. Centro materno infantil Virgen del Carmen 2022

Variables maternas	Modelos simples			Modelos ajustados por la edad			Modelo multivariado		
	OR	IC 95%	P Valor	OR	IC 95%	P Valor	OR	IC 95%	P Valor
Edad									
38 - 43 años	Ref.			NA	NA	NA	Ref.		
31 - 37 años	0.28	0.07-1.14	0.076				0.33	0.07-1.63	0.172
24 - 30 años	0.24	0.06-1.03	0.055				0.34	0.06-1.8	0.205
18 - 23 años	0.23	0.05-1.02	0.053				0.37	0.07-2.07	0.259
Nivel educativo									
Superior	Ref.			Ref.			Ref.		
Secundaria	0.56	0.29-1.10	0.094	0.52	0.26-1.05	0.067	0.43	0.2-0.92	0.030
Situación familiar									
Con pareja	Ref.			Ref.			Ref.		
Sin pareja	2.23	1.08-4.60	0.030	2.44	1.15-5.17	0.020	2.72	1.23-6.0	0.013
Condición laboral									
Trabaja	Ref.			Ref.			NS	NS	NS
No trabaja	0.92	0.47-1.78	0.805	0.97	0.49-1.93	0.932			
Paridad									
Sin hijos	Ref.			Ref.			Ref.		
1 - 2 hijos	2.20	0.99-4.90	0.053	2.29	0.995-5.26	0.051	2.34	0.96-5.67	0.060
3 a más hijos	4.50	1.26-16.04	0.020	2.99	0.73-12.27	0.128	3.72	0.83-16.8	0.087
Acceso al establecimiento de salud									
Cerca	Ref.			Ref.			NS	NS	NS
Lejos	0.54	0.27-1.06	0.072	0.53	0.26-1.08	0.082			
Tenencia de seguro de salud									
Tiene	Ref.			Ref.			NS	NS	NS

No tiene	0.76	0.25-2.25	0.617	0.78	0.26-2.35	0.653			
Violencia total									
No	Ref.			Ref.			NS	NS	NS
Si	1.35	0.68-2.72	0.393	1.26	0.62-2.56	0.529			
Impacto de la violencia									
Ninguno	Ref.			Ref.			Ref.		
Daño psicológico	2.71	1.02-7.19	0.046	2.35	0.86-6.44	0.098	2.49	0.86-7.21	0.092

Ref.: Valor de referencia.

NA: No aplica.

NS: No significativo.

4.2. Prueba de Hipótesis

4.2.1. Planteamiento de la hipótesis

Hipótesis general

Hg. La violencia de género impacta negativamente de manera significativa en la adherencia a los controles prenatales en un centro de salud de Lima en 2022.

Ho. La violencia de género no impacta negativamente de manera significativa en la adherencia a los controles prenatales en un centro de salud de Lima en 2022.

4.2.2. Comprobación de la hipótesis general

Se encontró que la violencia de género no impacta de manera negativa en la adherencia a los controles prenatales, puesto que el modelo de análisis multivariado, mediante la regresión logística binaria evidencia que la relación entre ambas variables es no significativa.

CAPITULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Discusión

En la presente investigación tuvimos una muestra de 141 historias clínicas, correspondientes a gestantes que se atendieron en el Centro Materno Infantil de Salud Virgen del Carmen de Chorrillos. De ellas, el principal grupo de edad fue el de 31 a 37 años (tomando como media 29.73 años), no tenían pareja el 66% y casi el 62% tienen de 1 a 2 hijos. Estos factores tuvieron valores p de 0.033 y 0.036 pueden ser considerados como factores de riesgo para no cumplir el control prenatal. Esto es también ratificado por el análisis multivariado con regresión logística. La mayoría de las gestantes tenían educación superior (54%), las condiciones laborales eran equiparables en aquellas gestantes que trabajaban y las que no, casi. La violencia preponderante fue la psicológica. La variable situación familiar tiene un valor significativo con un $p=0.041$. No se evidenció relación de causa entre la presencia de violencia y el cumplimiento del control prenatal, lo que se confirma con el análisis multivariado. No se encontró discapacidad en las gestantes estudiadas.

Nuestra investigación coincide con lo reportado por el Centro de Prevención y Control de Enfermedades de nuestro país (CDC Perú - MINSA), siendo que la mayoría de las mujeres fueron adultas, sin embargo, difiere en que las gestantes de nuestro estudio tenían en su mayoría estudios superiores, comparados con el grado de instrucción secundaria que reporta el CDC. ⁽³⁾

Existen estudios que demuestran la relación entre la violencia de género con consecuencias perinatales como bajo peso al nacer, parto prematuro, restricción del crecimiento intrauterino y pequeño para la edad

gestacional, como es el estudio de Marta de Gracia de Gregorio, donde indica que tienen una relación directa con las consecuencias de un control prenatal no realizado o inadecuado, si bien es cierto esta revisión no muestra de manera específica la relación con el control prenatal, sí es una forma introductoria de explicarnos cómo debe llevarse a cabo el seguimiento de una gestante. ⁽²⁸⁾

Comparada con el estudio de Colonese difiere en que el nivel de instrucción fue superior y el tipo de violencia predominante en nuestro estudio fue la violencia psicológica, a diferencia de Colonese donde el nivel educativo era predominantemente bajo (enfocándose en el nivel primario) y el tipo de violencia era física, con lo cual refuerza lo encontrado en nuestro estudio, que el factor educativo tiene una fuerte asociación con el tipo de violencia. Del mismo modo las edades de gestantes en nuestro estudio fueron ligeramente mayores. El estudio de Núñez Ochoa, el cual analiza una serie de factores sociodemográficos, igualmente concluye en la importancia del factor y el nivel educativo alcanzado por la paciente con lo cual coincide con nuestra investigación. Igualmente, su estudio menciona que los porcentajes de violencia están en disminución al largo de los años y que esto puede deberse al énfasis que se está dando en los factores preventivos. Quizás esto pueda explicar la razón por la cual no encontramos un porcentaje elevado de violencia en nuestro establecimiento. El hallazgo de la preponderancia de la violencia en nuestro estudio también coincide con el estudio de Collado donde la prevalencia de violencia fue del 39% siendo la violencia psicológica la más frecuente tanto antes y durante la gestación en porcentajes que superaban el 94% en ambos casos. Este estudio también nos refuerza las repercusiones perinatales resultantes de un control prenatal inadecuado. Realizado en Huaraz en el año 2012, el estudio de De La Cruz también coincide con el nuestro en el que el tipo de violencia predominante es el psicológico, ellos encontraron dicha violencia en un porcentaje del 58%. Padilla, en su tesis,

también encuentra mayor porcentaje en la violencia psicológica con un 54% aproximadamente. (7,12,29,30,32).

Es importante considerar como, a lo largo de los últimos años, las mujeres han logrado mejorar su nivel educativo y acceso a mejores puestos de trabajo, aunque aparentemente en nuestro país, esta situación aún no se traduce en una mayor autonomía y control de sus decisiones. Adicionalmente, en el país vivimos en una sociedad altamente conservadora, discriminadora y machista, evidenciándose graves problemas que sufren las mujeres, como acoso sexual, discriminación en sueldos y plazas laborales. Collado también nos menciona que la violencia se asocia a un bajo nivel socioeconómico que puede llevar a que la madre no gane peso adecuadamente por falta de alimentación, pero además al retraso o a la ausencia del control prenatal lo cual obviamente puede llevar a cuadros de anemia o desnutrición en la gestante además de infecciones de diversa índole (urinarias, de transmisión sexual, entre otras). Es importante además considerar la responsabilidad del paciente respecto al cumplimiento y obligatoriedad de los controles prenatales como nos menciona F. Vásquez Nava en su artículo de revisión del 2021. Por otro lado, Oblitas publica su artículo donde enfatiza la naturaleza de la violencia contra la mujer por un sistema patriarcal y machista, que reproduce una serie de imaginarios entre hombres y mujeres que parten de la discriminación de géneros además de desigualdades que finalmente afectan la vida familiar. (29,31,35)

Este hallazgo puede llevar a plantearnos que el nivel educativo permite a la mujer elegir una pareja más adecuada, probablemente de un grado de instrucción similar o superior, con el cual las posibilidades de violencia física disminuyen más no la violencia psicológica, lo que podría servir para plantear nuevas investigaciones sobre este cambio de violencia de física a psicológica, teniendo en cuenta lo encontrado en nuestra investigación donde la violencia psicológica es mayor a la violencia física. Es decir, cabría la posibilidad que la mujer al estar mejor preparada tenga mejores niveles de autoestima, más

información sobre violencia, mayor cantidad y calidad de redes de apoyo socio – familiar, y este hecho ejerza un factor protector contra la violencia física, el cual se ve reflejado cuando en su momento llega a estar gestando y prevalece el autocuidado de su salud y del producto de la gestación manifestándose en la adherencia al control prenatal. Por tanto, se podría medir los niveles y tipos de violencia de acuerdo con el grado de instrucción. La presencia de daño psicológico, como consecuencia de la violencia que sufre la mujer puede estar en relación con factores psicológicos, económicos y sociales, como grado de dependencia hacia la pareja, dependencia no solamente de tipo emocional sino económica, también por una menor autoestima y autodeterminación, así como al rol que desempeña en su familia y comunidad, factores que deben ser abordados para la prevención de la violencia.

En el estudio de Amel Barez donde las gestantes mediante focus group determinan factores que actúan como barrera y factores facilitadores de la comunicación, se evidencia que las gestantes evaluadas tienen temor de expresarse con libertad respecto a los actos de violencia de los cuales pudieran ser víctimas. Ello, por tanto, nos puede mostrar una situación inadecuada respecto a lo que realmente está pasando en los controles prenatales y la situación familiar de la cual pueden ser víctimas. Por ello, pudiera darse el caso que las gestantes de nuestro estudio al momento de ser interrogadas para el llenado de la ficha de tamizaje de violencia opten por no sincerarse y en realidad pudieran estar siendo víctimas de algún tipo de violencia, sin embargo, no lo reportan al profesional quien realiza el llenado de la ficha por temor u otros motivos, lo cual lleva a un subregistro de ésta. Lo referido podría ser una limitante que se ha encontrado en nuestra investigación, ya que, al no reportar y no tener una información real de la violencia en la historia clínica, la certeza de los datos podría verse afectada. En el estudio de Pastor Moreno que se orienta la percepción de la gestante de su estado de enfermedad principalmente de salud mental, se evidencia de la repercusión de esta en el desarrollo normal de la gestación, sin embargo,

no se aplica a nuestra investigación ya que los casos de violencia psicológica fueron pocos y no estaba reportado que tuvieran un problema de salud mental de fondo. ^(8,10)

El hecho que las gestantes oculten su condición de violencia podría también estar en relación con el alto porcentaje de mujeres inmigrantes, en especial en nuestro país, quienes se encuentran en una situación irregular lo que haría que tengan temor de revelar la condición de violencia que sufren y/o dificultades que tienen para cumplir con los controles prenatales. Por otro lado, la violencia también puede haber sido influenciada por el confinamiento de la pandemia de COVID, la cual puede haber generado temor en las gestantes en los años más álgidos de la pandemia, lo que podría haber llevado a cierto grado de desconfianza en la asistencia a los controles prenatales. Gaviria Arbeláez en su estudio identifica violencia intrafamiliar en aproximadamente el 5% de las gestantes encuestadas y casi un 9% en falta de redes de apoyo, durante el confinamiento de COVID entre 2020 y 2021, además dentro de sus principales temores estuvieron el ser separadas de sus hijos, además de ser separadas de sus parejas y no tener quien las acompañe en el momento del parto. ⁽³⁴⁾

Si bien es cierto, Gómez Fernández en su estudio establece la relación entre la violencia de género y la interrupción del embarazo por parte de la madre, en nuestra investigación se encontró que la violencia, principalmente psicológica, no tiene un impacto significativo en la no adherencia a los controles por parte de las gestantes. Es decir, Gómez Fernández evidenció que ante la violencia surgían no solamente complicaciones en el recién nacido, ingreso a unidades de cuidados intensivos neonatales, sino que además la tendencia de las madres era a culminar su embarazo. Si bien el estudio no lo menciona, quizás tenga una relación de factor de protección frente al recién nacido. Igualmente, en el estudio de Mucha se llega a establecer plenamente la relación entre la violencia de género durante la gestación y el bajo peso al nacer. En nuestra investigación, el grado de

instrucción superior pudiera si bien es cierto ser un factor protector para la violencia física, no necesariamente factor protector de violencia psicológica y no asegura el cumplimiento para la asistencia al control prenatal, no porque las gestantes con educación superior desconozcan de la importancia del control prenatal, sino por la carga laboral y el tiempo que exigen puestos de trabajo de mayor responsabilidad lo que podría reflejarse en menor tiempo para acudir a todos los controles prenatales, aparte de lo ya mencionado de elegir una mejor pareja, implicar que la gestante tiene un mayor nivel de compromiso para con su embarazo, además de probablemente mostrar un mayor nivel de responsabilidad y buscar un mejor cuidado del recién nacido o más específicamente del producto por nacer, lo que hace que continúe con sus controles prenatales con fines de evitar complicaciones. Por ello difiere del estudio de Mucha en cuanto a la aparición de complicaciones de tipo bajo peso al nacer. ^(9,10)

En lo que respecta a la situación familiar, es decir, si la gestante cuenta o no con pareja y al número de hijos (si la gestante no tiene hijos o si tiene de uno a dos o tres a más), es posible que el hecho de tener pareja pueda estar asociado a una mayor estabilidad emocional y económica, así como a la posibilidad de contar con apoyo para cumplir con los controles prenatales, no en vano las estrategias nacionales como por ejemplo la de salud sexual y reproductiva promueve la participación de la pareja en el proceso del embarazo, en algunos casos con el acompañamiento en las sesiones de psicoprofilaxis e incluso al momento del parto promoviendo la presencia de la pareja en dicho evento importante para la pareja, lo cual puede ser un estimulante para la gestante a la continuación de sus controles prenatales. Por otro lado, teniendo en cuenta la carga familiar, el tener hijos previos puede estar relacionado a contar con menos tiempo para cumplir con el cuidado de su salud y por ende a descuidar la asistencia a los controles prenatales, ya que el cuidado de los otros hijos (dependiendo de sus edades) pueda requerir incluso mayor demanda de tiempo en quehaceres de cuidado, quehaceres

escolares, entre otros. Es importante considerar además que quizás también exista una falsa percepción de ya conocer los riesgos del embarazo debido a que ya se ha pasado por gestaciones previas, e incluso que los padres y la familia se sientan más comprometidos e ilusionados con el primer embarazo en relación con los siguientes y por eso descuidan los controles del embarazo en los siguientes hijos. Citando nuevamente el estudio de Collado, donde se dividieron los encuestados en dos grupos, siendo el segundo grupo aquel que albergaba a las gestantes que habían sufrido violencia, el mayor grueso de ellas (más del 58%) tenía como condición estar soltera, separada o divorciada, lo cual incrementaba los niveles de violencia. Igualmente, el número de embarazos tenía un factor de asociación importante en aquellas gestantes con violencia con una gestación o con más de dos gestaciones, siendo mayor violencia en aquellos con dos o más hijos. El estudio de Rivera Félix muestra por ejemplo como variable el poco apoyo de la pareja y su relación con los controles prenatales, en dicho estudio que se encontraba enfocado a la atención prenatal oportuna, definida como antes de las 14 semanas (adecuado) y después de las 14 semanas (inadecuado), las gestantes que respondieron que tenían apoyo de la pareja fueron mucho más que aquellas que indicaron que no tenían apoyo de la pareja. Del mismo modo las que tenían apoyo de la pareja tenían un mayor porcentaje en la atención prenatal oportuna. (29,33)

A diferencia del estudio de Rodríguez donde se encontró una relación entre la violencia, predominantemente física, y el cumplimiento de los 6 controles prenatales en un establecimiento de salud de Ica, nuestra investigación no encontró una deserción o abandono por parte de las gestantes a sus controles prenatales, reiterando además que la principal violencia encontrada fue la psicológica. Rodríguez también asociaba este factor al grado de instrucción el cual era bajo, ya que era nivel primario. En los diferentes porcentajes encontrados por Rodríguez para cada uno de los tipos de violencia bordeaban más del 50%, en nuestro caso el porcentaje fue mucho

menor y no tuvo un mayor impacto en la adherencia a los controles. Padilla en su tesis realizada en el Instituto Materno Perinatal de Lima, encontró asociación entre la violencia intrafamiliar, predominantemente psicológica, y el cumplimiento de menos de 6 controles prenatales, por otro lado, en su investigación la violencia económica no mostro asociación respecto al cumplimiento de los controles prenatales. Cabe resaltar que en su estudio esta asociación podría estar relacionada con el grado de instrucción ya que más del 65% de pacientes investigados tenía secundaria ya sea completa o incompleta. (13,32)

Tampoco se evidenciaron en nuestra investigación discapacidades previas o producto de la violencia de género en las gestantes. Finalmente, el tamaño de la muestra de nuestro estudio es otro factor para considerar.

5.2. Conclusiones

1. En cuanto a las características sociodemográficas, se concluye que el grupo más numeroso fue el de 31 a 37 años con casi 42%, seguido del de 18 a 23 años; con respecto al grado de instrucción más del 50% de gestantes tenían estudios superiores (técnicos o universitarios), en relación con la situación familiar el 66% de gestantes se encontraban sin pareja al momento de la evaluación, más del 60% tienen de 1 a 2 hijos. La condición laboral estaba equilibrada ya que aquellas que tenían un trabajo o aquellas que no, tenían cifras similares. Igualmente, 126 de las 141 gestantes tenían algún tipo de seguro, principalmente el Seguro Integral de Salud (SIS) y en más de la mitad de las gestantes su domicilio se encontraba lejos (más de 15 minutos) del centro de salud, finalmente podemos afirmar que las variables situación familiar y no contar con el apoyo de la pareja durante el embarazo tiene repercusiones negativas en la adherencia la control prenatal, por lo que se debe considerar como factor de riesgo para el binomio madre – niño.

2. La violencia de género, en nuestro estudio, fue evidenciada en 49 gestantes, siendo que el resto según el cuestionario de la ficha de tamizaje indicaron que no sufrían ningún tipo de violencia. De ellas se identificó que la violencia fue principalmente psicológica en 45 gestantes y los casos de violencia física, sexual y económica fueron mínimos totalizando 4 casos del total de 49, se concluye por tanto que a mayor paridad y el daño psicológico, son factores de riesgo para el no cumplimiento del CPN, lo que nos debe llevar a tomar medidas preventivas en estas situaciones desde el primer control prenatal.
3. Respecto a la adherencia a los controles prenatales, se evidenció que estos casos de violencia no tienen mayor impacto en la no adherencia a los controles prenatales ya que las gestantes continúan acudiendo a sus controles, sin embargo algunas variables como situación familiar de la gestante, principalmente cuando no tiene una pareja estable, es un factor de riesgo estadísticamente significativo ($p < 0.05$) para violencia de género, así como para el no cumplimiento de los controles prenatales en las gestantes del establecimiento de salud.
4. El nivel educativo superior no influye significativamente en el cumplimiento del control prenatal en las gestantes estudiadas. No se registraron situaciones de discapacidad ni física ni psicológica producto de la violencia en las gestantes estudiadas.

5.3. Recomendaciones

1. Promover la socialización y sensibilización de la población en general respecto al fenómeno de la violencia de género, sus causas, manifestaciones y medidas que permitan la búsqueda de ayuda temprana y oportuna por parte de las mujeres.

2. Establecer o reforzar programas de salud mental enfocadas a la violencia de género en el establecimiento de salud, siendo la violencia mayormente de tipo psicológica, se recomienda capacitar de manera continua a los profesionales del área de psicología para la identificación, manejo y referencia de ser necesario de estos casos.
3. Identificar las barreras que dificultan el acceso de las mujeres para el cuidado de su salud mental y específicamente de la prevención de la violencia, ya sean recursos humanos, logísticos, de tiempo, ausencia o deficiencia de protocolos entre otros e implementar las medidas correctivas teniendo en cuenta las variables sociodemográficas detectadas como factores de riesgo para violencia de género y falta de adherencia al control pre natal.
4. El manejo de la violencia de género en el establecimiento debe darse de manera integral, con un manejo multidisciplinario que lleve a un adecuado manejo de la gestante que sufre de violencia, por lo que el personal involucrado en la atención prenatal: psicólogos, obstetras, médicos generales y especialistas, deben estar capacitados, para una mejor identificación de los casos de violencia de género y un adecuado seguimiento de estos.
5. Es importante realizar un adecuado tamizaje de la violencia de género con exploraciones de rutina que permitan una detección y manejo oportuno y eficaz de las situaciones de riesgo que pudieran llevar a generar daños, morbilidades e incluso mortalidad en el binomio madre niño para la atención y derivación oportuna.
6. Difundir la importancia del control prenatal en las gestantes e instruir que éste no se debe interrumpir en ninguna circunstancia. Brindar el apoyo para la búsqueda de ayuda en caso de violencia y seguimiento

de gestantes víctimas de violencia para el cumplimiento del control prenatal e involucramiento de la familia en el cuidado de la salud de gestante.

7. Fomentar la investigación del impacto de la violencia de género en otros aspectos de la vida de las gestantes y de ser posible hacer extensivo dicha investigación una vez terminada su gestación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS. Violencia contra la mujer. Temas de salud. [Internet] Marzo 2021 Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
2. ONU. Violencia de genero. Mujeres y niñas en riesgo.[Internet] 2022. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/hq-complex-page/covid-19-rebuilding-for-resilience/gender-based-violence>
3. Dirección General de Estadística. Informativo CDC. [Internet] Noviembre 2022. Disponible en: [https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/informativo/prensa/cdc-peru-reporto-mas-de-17-mil-casos-por-violencia-contra-la-mujer-durante-el-2022/#:~:text=Seg%C3%BAAn%20el%20an%C3%A1lisis%20del%20CDC,remunerado%20\(72%2C15%25\).](https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/informativo/prensa/cdc-peru-reporto-mas-de-17-mil-casos-por-violencia-contra-la-mujer-durante-el-2022/#:~:text=Seg%C3%BAAn%20el%20an%C3%A1lisis%20del%20CDC,remunerado%20(72%2C15%25).)
4. Ministerio de salud. Dirección general de intervenciones estratégicas en salud pública. Norma técnica de salud para el cuidado integral a mujeres e integrantes del grupo familiar afectados por violencia sexual.2020, NTS Nro. 164 MINSA/2020/DGIESP.
5. Ministerio de salud. Dirección general de salud de las personas. Guía técnica de atención integral de personas afectadas por la violencia basada en género. 2007.
6. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las personas. Norma Técnica de Salud para la atención integral de salud materna. NTS Nro. 105 MINSA/DGSP.V.01. 2013.
7. Colonese CF, Pinto LW. Análise das notificacoes de violencia contra gestantes no Brasil no periodo de 2011 até 2018. Texto Contexto Enferm [Internet] 2022 v31. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Lp3snHv8Yrd5ZGCLV644Mzy/?format=pdf&lang=pt>
8. Amel Barez et al. 'It is a hard decision': a qualitative study of perinatal intimate partner violence disclosure. Reproductive Health (2022) 19:208 <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01514-7>
9. Gomez Fernandez et al. Violencia de género durante la gestación: asociación con la interrupción voluntaria del embarazo y complicaciones de salud neonatales. Artículo original. Matronas Prof, 2021, vol. 22, num.

- 1, p. 20-26. Disponible en:
<https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/184418/1/713251.pdf>
10. Pastor Moreno G. Violencia de género en mujeres embarazadas y resultados en la salud de la madre y del recién nacido. [Tesis] Universidad de Sevilla. 2020. Disponible en:
<https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/108913/Pastor%20Moreno%20c%20Guadalupe%20Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 11. Mucha Liliana et al. Maltrato en la gestante adolescente y su efecto en el peso del recién nacido en la altura geográfica peruana. Huancayo, Perú. Rev Chil Obstet Ginecol. 2022;87(3):171-178. Disponible en:
<https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v87n3/0048-766X-rehog-87-3-171.pdf>
 12. Nuñez-Ochoa MJ et al. Violencia física durante el embarazo en el Perú: Proporción, distribución geográfica y factores asociados, 2016-2018. Artículo original. [Internet] Rev. Cuerpo Med. HNAAA. Vol 15(2):2022:199-204. Disponible en:
<https://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/1242/609>
 13. Rodríguez Chumpitaz et al. Violencia intrafamiliar y su relación con el número de controles prenatales en gestantes del centro de salud de Santiago 2020. [Tesis] Universidad Autónoma de Ica. 2021. Disponible en:
<http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/1027/3/RODRIGUEZ%20RAMOS-RODRIGUEZ%20CHUMPITAZ.pdf>
 14. Castillo E, Medina M. Violencia de genero y autoestima de mujeres del Centro poblado Huanja Huaraz 2017. Horiz Med 2018; 18(2): 47-52 [Internet] Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v18n2/a08v18n2.pdf>
 15. Velasco Juez MC, Caño Aguilar A, Martín de las Heras S. Guía de actuación ante la violencia de género durante el embarazo. [Internet] Granada. Medicusmundi Sur 2020. Disponible en
https://www.medicusmundi.es/storage/resources/publications/5ef3d06c18fee_guia-actuacion-violencia-embarazo.pdf
 16. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Violencia basada en Género. Marco conceptual para las políticas públicas y la acción del estado. [Internet] Perú; 2016. Disponible en:
[https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgcvvg/MIMP-violencia-basada en genero.pdf](https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgcvvg/MIMP-violencia-basada%20en%20genero.pdf)

17. Salas C, Baldeon T. Criminalización de la violencia familiar desde una óptica crítica. 3ra ed 223 p. Librería y ediciones Jurídicas; 2014.
18. Congreso de la Republica. Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. Publicado en el diario oficial El Peruano, Ley N°. 30364, 23 noviembre 2015. [Internet]. Disponible en <https://www.mimp.gob.pe/files/transparencia/ley-30364.pdf>
19. Organización Panamericana de la Salud. Atención prenatal en atención primaria de la salud. [Internet]. En asociación con el Ministerior de salud de Paraguay: 2014. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1179424/protocolo1_atencion_prenatal.pdf
20. Parra M. Capítulo 5: El control prenatal. Libro: Obstetricia Integral Siglo XXI [Internet]. Universidad Nacional de Colombia. 2009 Disponible en: https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/76133/Cap_5.pdf?sequence=22&isAllowed=y
21. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de práctica clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología Perú: Instituto Nacional Materno Perinatal [Internet]. 2023. Descarga desde: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>
22. Ortiz R, Beltrán M. Modelo de atención prenatal de bajo riesgo [Internet] Med. UNAB. 2005 8(2): 102-112. Disponible en: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/197/181>
23. Ministerio de Salud. Guía técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género. [Internet] Direccion General de Promoción de la Salud. Peru. 2007. Disponible en: https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1253_PROM47.pdf
24. Ministerio de Salud. Normas y procedimiento para la prevención y atención de la violencia familiar y el maltrato infantil. [internet] Perú. 2001. Disponible en: https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/120_NORVIOFAM.pdf
25. Salinas Cruz E. Nava Galan MG. Adherencia terapéutica. Ensayo. Enf Neurol (Mex) Vol 11, No. 2: 102-104.2012. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122i.pdf>
26. Cancino, Edgar, et al. Guía de control prenatal y factores de riesgo. [Internet] Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. Asociación

- Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog).2011. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%201.%20%20CONTROL%20PRENATAL%20Y%20FACTORES%20DE%20RIESGO.pdf>
27. Ministerio de Salud. Guía técnica para el cuidado de la salud mental de mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o expareja. Agosto 2021. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5525.pdf>
 28. Marta de-Gracia-de-Gregorio. Repercusiones perinatales tras violencia de género en la mujer embarazada. Una revisión bibliográfica actualizada. [Internet] Musas, vol. 4, núm. 1 (2019): 3 – 21. Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol4.num1.1/28610>
 29. Collado PSP, Villanueva ELA. Relación entre la violencia familiar durante el embarazo y el riesgo de bajo peso en el recién nacido. Ginecol Obstet Mex 2007;75:259-67. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2007/gom075e.pdf>
 30. De la Cruz Ramírez, Yuliana et al. Violencia familiar durante el embarazo y su relación con el peso del recién nacido, Centro de Salud de Monterrey, Huaraz, 2012. [Internet] Aporte Santiaguino. 8 (1), 2015: 95-104. Disponible en: https://revistas.unasam.edu.pe/index.php/Aporte_Santiaguino/article/view/247/634
 31. Vázquez-Nava, F et al. Asociación de la violencia obstétrica, control prenatal y embarazo no planeado con la prematuridad. Artículo de Revisión. Perinatol Reprod Hum. 2021;35(2):65-74. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v35n2/0187-5337-rprh-35-2-65.pdf>
 32. Padilla Suxe, B. Violencia intrafamiliar durante el embarazo y su asociación con el número de atenciones prenatales en pacientes del Instituto Nacional Materno Perinatal, febrero – marzo 2016. [Tesis]. UNMSM. 2016. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4962/Padilla_sb.pdf?sequence=3&isAllowed=y
 33. Rivera Felix LM, et al. Factores asociados al acceso a la atención prenatal en los hospitales de Huaral y Chancay, Perú. Artículo original. [Internet] An Fac med. 2018;79(2):131-37. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v79n2/a05v79n2.pdf>

34. Gaviria-Arbeláez, Silvia Lucia et al. Prevalencia del riesgo de depresión y preocupaciones en mujeres gestantes en el contexto de la pandemia por COVID-19 en Antioquia, Colombia, 2020-2021. Investigación original. [Internet] Rev Colomb Obstet Ginecol 2022;73:194-202- Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/3821/3807>
35. Oblitas Béjar, Beatriz. Machismo y violencia contra la mujer. Investigaciones sociales. Artículo. [Internet] Vol.13. N°23, pp. 301-322. 2009. UNMSM. Perú. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/sociales/article/view/7235/6363>

ANEXOS

ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

IMPACTO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA ADHERENCIA A LOS CONTROLES PRENATALES EN UN CENTRO DE SALUD DE LIMA EN 2022

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>PROBLEMA PRINCIPAL</p> <p>¿Cuál es el impacto de la violencia de género en la adherencia a los controles prenatales en un centro de salud de Lima en 2022?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes atendidas en un centro de salud de Lima en 2022? • ¿Cuáles son los tipos de violencia de género que sufren las gestantes atendidas en un centro de salud de Lima en 2022? • ¿Cuál es la adherencia a los controles prenatales en mujeres atendidas en un centro de salud de Lima en 2022? 	<p>OBJETIVO PRINCIPAL</p> <p>Determinar el impacto de la violencia de género en la adherencia a los controles prenatales en un centro de salud de Lima en 2022</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las características sociodemográficas de las gestantes atendidas en un centro de salud de Lima en 2022. • Determinar los tipos de violencia de género que sufren las gestantes atendidas en un centro de salud de Lima en 2022 • Evaluar la adherencia a los controles prenatales en un centro de salud de Lima en 2022 	<p>HIPÓTESIS PRINCIPAL</p> <p>La violencia de género impacta de manera significativa en la adherencia a los controles prenatales en un centro de salud de Lima en 2022.</p>	<p>TEÓRICA:</p> <p>El trabajo permitirá investigar aspectos teóricos referentes a la violencia de género y su relación con la adherencia a los controles prenatales, a fin de aceptar o rechazar estos fundamentos.</p> <p>PRÁCTICA:</p> <p>El trabajo permitirá realizar un diagnóstico de la violencia de género reportada en la atención prenatal de las gestantes que acuden a un centro de salud de Lima en 2022.</p> <p>METODOLÓGICA:</p> <p>El trabajo permitirá utilizar instrumentos</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>Violencia de género.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de violencia. • Impacto de la violencia en gestante. <p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>Adherencia a los controles prenatales.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de mujeres que no completan el CPN. • Número de mujeres que completan el CPN. <p>VARIABLES INTERVINIENTES</p> <p>Factores sociodemográficos.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Biológicos y demográficos. • Sociales. 	<p>TIPO DE ESTUDIO:</p> <p>Enfoque: Cuantitativo Tipo: Aplicado Nivel: Correlacional</p> <p>DISEÑO DE ESTUDIO:</p> <p>Observacional, descriptivo</p> <p>POBLACIÓN</p> <p>Todas las gestantes que acuden para atención prenatal en un centro de salud de Lima durante el año 2022 que corresponden a 223 gestantes.</p> <p>MUESTRA</p> <p>Está constituida por 162 gestantes.</p> <p>MUESTREO</p> <p>Tipo probabilístico, método de selección: aleatorio simple.</p> <p>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.</p> <p>Historia clínica materna, Cuestionario de tamizaje de violencia y ficha de valoración de riesgo</p>

			de evaluación de la violencia de género.		Los datos serán registrados y procesados en Excel y SPSS V. 22.
--	--	--	--	--	---

ANEXO 02: GUIA DE PREGUNTAS PARA EL TAMIZAJE DE VIOLENCIA A MUJERES EN SITUACION DE VIOLENCIA DE PAREJA O EX PAREJA

GUÍA TÉCNICA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL DE MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA OCASIONADA POR LA PAREJA O EXPAREJA

Para preguntar directamente a las usuarias sobre una posible violencia, el profesional de la salud realiza las siguientes preguntas:

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

ANEXO 03: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

IMPACTO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA ADHERENCIA A CONTROLES PRENATALES EN UN CENTRO DE SALUD DE LIMA EN 2022

Variables Biológicas, Demográficas y Sociales

1. Fecha:		2. Número:		
3. Edad: (años cumplidos)				
4. Nivel de educación:				
Analfabeta ()	Primaria ()	Secundaria ()	Superior ()	
5. Estado civil:				
Soltera ()	Conviviente ()	Casada ()	Divorciada ()	Viuda ()
6. Condición laboral:				
Trabaja ()		No trabaja ()		
7. Paridad:				
0 hijos ()	1 a 2 hijos ()	3 a más hijos ()		
8. Condición de discapacidad:				
Sí ()		No ()		
9. Acceso al establecimiento de salud:				
Cerca ()		Lejos ()		
10. Seguro de salud:				
SIS ()	ESSALUD ()	Privado ()	Otro seguro ()	Ninguno ()

Violencia de Género

11. Tipo de violencia:			
Física ()	Psicológica ()	Económica ()	Sexual ()
12. Impacto de la violencia en gestante:			
Lesiones ()	Discapacidad ()	Daño psicológico ()	

Adherencia a Controles Prenatales

13. Cumplimiento del CPN:	
Gestante no controlada ()	Gestante controlada ()

INSTRUCTIVO

1. Fecha: Se incluye la fecha de registro de datos en la ficha.
2. Número: Es el número correlativo del caso registrado.
3. Edad: Colocar la edad de la paciente en años cumplidos.
4. Nivel de educación: nivel alcanzado (completo e incompleto).
5. Estado civil: Según referencia en la historia clínica.
6. Condición laboral:
 - a) No trabaja: Si en historia se registra como ocupación: ama de casa, estudiante o no tiene.
 - b) Trabaja: Si en la historia se registra alguna ocupación diferente a anteriores.
7. Paridad: Número de gestaciones previas registradas en la fórmula obstétrica.
8. Condición de discapacidad: Si la gestante presenta cualquier limitación física, mental o sensorial que puede dificultar o impedir la realización de actividades cotidianas.
9. Acceso al establecimiento de salud:
 - a) Cerca: Si la gestante reside en un sector ubicado a menos de 15 minutos del establecimiento.
 - b) Lejos: Si la gestante reside en un sector ubicado a más de 15 minutos del establecimiento.
10. Seguro de salud: Según lo indicado en la historia.
11. Tipo de violencia: Según lo registrado en la Ficha de tamizaje de violencia de género.
 - a) Física: Si responde positivamente a la pregunta ¿las discusiones terminan en golpes, patadas o empujones?
 - b) Económica: Si responde positivamente a la pregunta ¿su pareja controla el dinero que usted gasta o la obliga a realizar trabajo en exceso?
 - c) Sexual: Si responde positivamente a la pregunta ¿se ha sentido obligada a tener relaciones sexuales con su pareja para evitar problemas?
 - d) Psicológica: Si responde positivamente a cualquiera de las demás preguntas.
12. Impacto de la violencia en gestante: Según lo reportado en la historia y/o ficha de tamizaje.
13. Cumplimiento del CPN:
 - a) Gestante no controlada: Si en la historia se verifican menos de 6 CPN.
 - b) Gestante controlada: Si en la historia se verifica 6 o más CPN.