



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



[Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0)

Esta licencia permite que otros distribuyan, mezclen, adapten y construyan sobre su trabajo, incluso comercialmente, siempre que le reconozcan la creación original. Esta es la licencia más complaciente que se ofrece. Recomendado para la máxima difusión y uso de materiales con licencia.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>



UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

FACULTAD DE OBSTETRICIA

UNIDAD DE INVESTIGACION



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

N° 167-UI-FO-UNICA-2025

EVALUACION DE ORIGINALIDAD

CONSTANCIA

La que suscribe deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al documento cuyo título es:

Violencia de género durante el embarazo y riesgo de parto prematuro en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica-2025

Presentado por:

Bach. **YALLICO HUAMAN, GANIRA GERALDINE**

Autor del proyecto de tesis del nivel **PREGRADO** de la Facultad de **Obstetricia**. Habiendo obtenido un resultado del **1%** por el cual se otorga el calificativo de:

APROBADO


Según Reglamento de Evaluación de Originalidad de los Documentos de investigación, aprobado mediante Resolución Rectoral N° 1668-R-UNICA-2020.

Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

El Informe Final de Tesis, se encuentra dentro de los parámetros de similitud que establece el Reglamento de Evaluación de la Originalidad de los documentos de investigación, de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga."

Ica, 12 de diciembre del 2025.

Recibo de Pago (Boucher) N° 958376

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
FACULTAD DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

Dr. CARMEN LUJÁN CHAUCA SAAVEDRA
DIRECTORA

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
Facultad de Obstetricia



Violencia de género durante el embarazo y riesgo de parto
prematuro en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica-
2025

Línea de investigación
Salud pública y conservación del medio ambiente

INFORME FINAL DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO
PROFESIONAL DE OBSTETRA

Autor:

Bach. YALLICO HUAMAN, GANIRA GERALDINE

Ica, Perú
2026

Dedicatoria

Dedico este trabajo, con profunda gratitud y amor, a mis padres, quienes han sido mi pilar y ejemplo constante de esfuerzo, perseverancia y honestidad. A ellos, que me enseñaron que los sueños se alcanzan con dedicación y disciplina, les debo cada paso que he dado en este camino académico y personal.

A mi familia, que me brindó apoyo incondicional en los momentos de dificultad y celebró conmigo cada logro.

Y, especialmente, a todas las mujeres que, con valentía, enfrentan situaciones adversas y luchan por un futuro libre de violencia.

Agradecimientos

Agradezco, en primer lugar, a Dios, por darme la fortaleza, la salud y la sabiduría necesarias para culminar esta etapa de mi vida.

A mi familia, por su apoyo inquebrantable, sus palabras de aliento y su paciencia en los momentos más exigentes de este proceso.

A mi asesora de tesis, Dra. Rosa Elvira Ruiz Reyes, por su guía académica, su compromiso y sus valiosas orientaciones que han enriquecido el desarrollo de esta investigación.

A los docentes de la Facultad, por su dedicación y por fomentar en mí el amor por el aprendizaje y la investigación.

A las mujeres participantes de este estudio, que con su tiempo y confianza hicieron posible la recolección de datos y la obtención de resultados significativos.

Finalmente, a todas las personas que, de una u otra manera, contribuyeron al logro de este trabajo, les extiendo mi más sincero reconocimiento.

Índice

Carátula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos	iii
Índice.....	iv
Índice de tablas.....	v
Índice de figuras.....	vi
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
I. INTRODUCCIÓN	9
II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA.....	19
III. RESULTADOS	24
IV. DISCUSIÓN	46
V. CONCLUSIONES	48
VI. RECOMENDACIONES.....	49
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
VIII. ANEXOS	54

Índice de tablas

Tabla 1. Asociación entre violencia de género durante el embarazo y riesgo de parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica-2025.	24
Tabla 2. Prevalencia de violencia de género durante el embarazo en gestantes del Hospital Santa María del Socorro, Ica-2025.	25
Tabla 3. Distribución de tipos de violencia de género experimentados durante el embarazo.	26
Tabla 4. Distribución de la intensidad de violencia de género durante el embarazo.	27
Tabla 5. Distribución etaria de gestantes con violencia de género y alto riesgo de parto prematuro.	28
Tabla 6. Nivel socioeconómico en gestantes con violencia de género y alto riesgo de parto prematuro.	29
Tabla 7. Nivel educativo en gestantes con violencia de género y alto riesgo de parto prematuro.	30
Tabla 8: Estado civil en gestantes con violencia de género y alto riesgo de parto prematuro.	31
Tabla 9. Situación laboral en gestantes con violencia de género y alto riesgo de parto prematuro.	32
Tabla 10. Frecuencia de atención prenatal en gestantes con violencia de género y alto riesgo de parto prematuro.	33
Tabla 11. Percepción de calidad del acceso médico en gestantes con violencia de género y alto riesgo de parto prematuro.	34
Tabla 12. Nivel de apoyo social en gestantes con violencia de género y alto riesgo de parto prematuro.	35
Tabla 13. Percepción sobre la relación entre violencia de género y salud reproductiva en la muestra total.	36

Índice de figuras

Figura 1. Asociación entre violencia de género durante el embarazo y riesgo de parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica-2025.	24
Figura 2. Prevalencia de violencia de género durante el embarazo en gestantes del Hospital Santa María del Socorro, Ica-2025.	25
Figura 3. Distribución de tipos de violencia de género experimentados durante el embarazo. ...	26
Figura 4. Distribución de la intensidad de violencia de género durante el embarazo.	27
Figura 5. Distribución etaria de gestantes con violencia de género y alto riesgo de parto prematuro.	28
Figura 6. Nivel socioeconómico en gestantes con violencia de género y alto riesgo de parto prematuro.	29
Figura 7. Nivel educativo en gestantes con violencia de género y alto riesgo de parto prematuro..	30
Figura 8. Estado civil en gestantes con violencia de género y alto riesgo de parto prematuro.	31
Figura 9. Situación laboral en gestantes con violencia de género y alto riesgo de parto prematuro.	32
Figura 10. Frecuencia de atención prenatal en gestantes con violencia de género y alto riesgo de parto prematuro.	33
Figura 11. Percepción de calidad del acceso médico en gestantes con violencia de género y alto riesgo de parto prematuro.	34
Figura 12. Nivel de apoyo social en gestantes con violencia de género y alto riesgo de parto prematuro.	35
Figura 13. Percepción sobre la relación entre violencia de género y salud reproductiva en la muestra total.	36

Resumen

Objetivo: Analizar la relación entre la violencia de género durante el embarazo y el riesgo de parto prematuro en mujeres atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica-2025.

Material y métodos: Investigación observacional, cuantitativa, de tipo descriptivo-correlacional y diseño transversal. La muestra incluyó 120 gestantes seleccionadas mediante muestreo probabilístico aleatorio. Se aplicó un cuestionario estructurado validado por expertos para identificar la presencia, tipo e intensidad de violencia de género, junto con factores sociodemográficos y percepción de riesgo obstétrico. El parto prematuro se determinó mediante la revisión de historias clínicas.

Resultados: El 48.3 % de las gestantes reportó violencia de género durante la gestación. La violencia psicológica fue la más frecuente (30.0 %), seguida de la económica (28.2 %), física (25.8 %) y sexual (25.8 %). Respecto a la intensidad, 14.2 % refirió violencia leve, 17.5 % moderada y 16.7 % severa. Las mujeres que experimentaron violencia presentaron mayor proporción de partos prematuros (50.0 %) en comparación con quienes no la reportaron (25.8 %), con asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$). Asimismo, bajo nivel socioeconómico, menor educación, desempleo, escasa asistencia a controles prenatales y limitado apoyo social se relacionaron con mayor riesgo.

Conclusiones: La violencia de género en el embarazo se asocia significativamente con parto prematuro, especialmente en contextos de vulnerabilidad social y deficiente acceso a la salud. Los hallazgos refuerzan la necesidad de implementar estrategias de detección temprana, atención integral y apoyo comunitario para reducir riesgos materno-neonatales.

Palabras clave: Violencia de género, embarazo, parto prematuro, factores sociodemográficos, salud materna.

Abstract

Objective: To analyze the relationship between gender-based violence during pregnancy and the risk of preterm birth in women attending Hospital Santa María del Socorro, Ica-2025.

Materials and Methods: An observational, quantitative, descriptive-correlational, and cross-sectional study was conducted with 120 pregnant women selected through probabilistic random sampling. A structured questionnaire validated by experts assessed the presence, type, and intensity of gender-based violence, sociodemographic factors, and perceived reproductive risk. Preterm birth was verified through medical records.

Results: Gender-based violence was reported by 48.3% of participants. Psychological violence was the most frequent (30.0%), followed by economic (28.2%), physical (25.8%), and sexual (25.8%). Regarding intensity, 14.2% reported low, 17.5% moderate, and 16.7% high violence. Women exposed to violence had a higher proportion of preterm births (50.0%) compared with those not exposed (25.8%), with a statistically significant association ($p < 0.05$). Low socioeconomic status, limited education, unemployment, irregular prenatal care, and low social support were also linked to higher risk.

Conclusions: Gender-based violence during pregnancy is significantly associated with preterm birth, particularly under unfavorable social conditions and inadequate access to healthcare. Findings highlight the importance of early detection, comprehensive care, and strengthened support networks to mitigate adverse maternal and neonatal outcomes.

Key words: Gender-based violence, pregnancy, preterm birth, sociodemographic factors, maternal health.

I. INTRODUCCIÓN

La violencia de género representa uno de los problemas de salud pública más significativos a nivel mundial, constituyendo una violación sistemática de los derechos humanos que trasciende fronteras geográficas, culturales y socioeconómicas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente una de cada tres mujeres experimenta violencia física y/o sexual perpetrada por su pareja íntima o sufre agresión sexual por parte de terceros en algún momento de su vida, evidenciando la magnitud universal de esta problemática (1). Esta situación cobra particular relevancia durante el período gestacional, donde la violencia no solo compromete la integridad física y psicológica de la mujer, sino que también genera repercusiones directas sobre la salud materna y perinatal. En el contexto latinoamericano, la violencia de género presenta dimensiones alarmantes que reflejan patrones estructurales profundamente arraigados. De acuerdo con los datos proporcionados por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), durante el año 2020 se registraron al menos 4,091 casos de feminicidio en la región, mientras que las estadísticas revelan que entre el 25% y el 50% de las mujeres latinoamericanas han experimentado violencia física o sexual dentro de sus relaciones de pareja (2). Estas cifras evidencian la persistencia de una problemática que trasciende el ámbito doméstico para convertirse en un factor determinante de la morbimortalidad femenina regional. El panorama peruano no constituye una excepción a esta realidad regional. Las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) correspondientes al año 2021 revelan que el 65,4% de las mujeres entre 15 y 49 años declaró haber sido víctima de algún tipo de violencia por parte de su pareja. De este porcentaje, un 31,6% reportó haber experimentado violencia física, mientras que un 9,6% afirmó haber sido víctima de violencia sexual (3). Estos indicadores reflejan no solamente la magnitud del problema, sino también la urgencia de implementar estrategias integrales de prevención, detección y atención que permitan proteger a las mujeres y garantizar su bienestar integral. Paralelamente, el parto prematuro constituye una preocupación sanitaria de primera magnitud en el contexto peruano. Según los registros del Ministerio de Salud (MINSA), el 8,5% de los nacimientos en el país ocurre antes de las 37 semanas de gestación, lo que representa aproximadamente el 9% del total de nacimientos para el año 2023 (4). Esta condición no solo constituye una de las principales causas de mortalidad neonatal en el país, sino que también contribuye significativamente a la carga de enfermedad y discapacidad infantil, generando repercusiones que se extienden a lo largo del ciclo vital. La intersección entre violencia de género y prematuridad cobra particular relevancia cuando se analizan los mecanismos fisiopatológicos que vinculan ambas condiciones. El informe "Nacidos demasiado pronto: una década de acción sobre la prematuridad", elaborado conjuntamente por la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), destaca que las complicaciones relacionadas

con la prematuridad son responsables de aproximadamente una de cada diez muertes neonatales en la región, con un estimado que supera el millón de nacimientos prematuros anuales (5). Esta situación adquiere mayor complejidad cuando se consideran factores psicosociales adversos, como la violencia de género, que pueden actuar como desencadenantes o agravantes del riesgo obstétrico.

El presente informe final de tesis ha sido estructurado en ocho capítulos, organizados de acuerdo con los lineamientos establecidos por la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" y siguiendo una secuencia lógica que facilite la comprensión y evaluación de la investigación realizada.

El **Capítulo I** desarrolla la introducción, la cual comprende el planteamiento del problema, los antecedentes internacionales y nacionales de la investigación, las bases teóricas que sustentan el estudio, la justificación e importancia de la investigación, la formulación del problema general y específicos, los objetivos propuestos y las hipótesis planteadas.

El **Capítulo II** aborda la estrategia metodológica, especificando el tipo, nivel y diseño de investigación empleados, la caracterización de la población y muestra de estudio, los criterios de inclusión y exclusión aplicados, las técnicas e instrumentos utilizados para la recolección de información, y los procedimientos empleados para el análisis e interpretación de los datos obtenidos.

El **Capítulo III** presenta los resultados obtenidos mediante tablas y representaciones gráficas, organizados sistemáticamente en función de los objetivos específicos planteados, incluyendo el análisis estadístico descriptivo e inferencial correspondiente, así como la contrastación de las hipótesis formuladas.

El **Capítulo IV** comprende la discusión de los hallazgos, estableciendo comparaciones críticas con estudios previos, analizando las concordancias y discrepancias encontradas, y contextualizar los resultados dentro del marco teórico y la literatura científica existente, considerando las fortalezas y limitaciones del estudio.

El **Capítulo V** expone las conclusiones alcanzadas en función de los objetivos planteados y los resultados obtenidos, proporcionando respuestas concretas a las preguntas de investigación formuladas.

El **Capítulo VI** propone recomendaciones orientadas tanto a la práctica clínica como a futuras investigaciones que aborden la misma problemática o temáticas relacionadas, considerando las implicaciones de los hallazgos para la mejora de la atención obstétrica y la prevención de la violencia de género.

El **Capítulo VII** reúne las referencias bibliográficas que sustentan teórica y metodológicamente la investigación, organizadas según las normas de citación Vancouver, apropiadas para las ciencias de la salud.

El **Capítulo VIII** incluye los anexos correspondientes, tales como los instrumentos de recolección de datos empleados, la matriz de consistencia, la base de datos utilizada, las constancias y autorizaciones obtenidas, y la evidencia fotográfica del trabajo de campo realizado.

Antecedentes de investigación

Antecedentes internacionales

La literatura científica internacional ha documentado consistentemente la asociación entre violencia de género durante el embarazo y resultados perinatales adversos.

Anon et al. (2023 – Etiopía) desarrolló un estudio titulado "Asociación entre la violencia de pareja en la gestación y el riesgo de parto prematuro", empleando una metodología observacional retrospectiva con enfoque cuantitativo. Los hallazgos revelaron que la mayoría de las participantes se encontraban en el grupo etario de 25 a 29 años (25,09%), mientras que el 36,05% había contraído matrimonio antes de los 18 años. Destacablemente, el 62,43% carecía de educación formal, el 68,87% se encontraba desempleada y el 85,5% residía en áreas rurales. Respecto a la violencia de pareja, el 33,0% de las participantes declaró haber sufrido algún tipo de agresión, predominando la violencia física (22,46%) y psicológica (22,45%), seguida de la violencia sexual (9,64%). El estudio identificó que el 42,0% de las mujeres víctimas de violencia experimentaron partos prematuros, estableciendo una correlación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) (6).

Cancan et al. (2023 - Australia) realizó un metaanálisis cuantitativo denominado "Relación entre la violencia de pareja y desenlaces adversos en el parto", que evaluó 23 estudios conteniendo datos de 42,089 mujeres adultas. Los resultados demostraron que la violencia de pareja estaba vinculada al parto prematuro, con un 88,0% de recién nacidos de madres víctimas de violencia doméstica naciendo antes de término. En cuanto a los tipos de violencia, el 97,0% de las mujeres reportó violencia física, el 80,0% violencia emocional o psicológica y el 67,0% violencia sexual. La investigación concluyó que cualquier manifestación de violencia, particularmente la física, influye negativamente en los desenlaces del embarazo ($p < 0,05$) (7).

Habtamu et al. (2023 - Etiopía) desarrolló un metaanálisis sobre el "Impacto de la violencia de pareja en la gestación y resultados adversos del parto", abarcando una muestra de 138 mujeres. Los resultados indicaron que el 60,4% de las participantes tenía entre 25 y 34 años, el 68,3% residía en zonas urbanas, el 39,6% contaba con educación primaria y el 50,4% se dedicaba a labores domésticas. En términos de violencia experimentada, el 86,6% reportó violencia emocional, el 92,5% violencia física y el 84,7% violencia sexual. El estudio concluyó que la exposición a violencia de pareja durante el embarazo duplica el riesgo de parto prematuro ($p = 0,001$; $p < 0,05$) (8).

Abay et al. (2020 - Etiopía) condujo un estudio de casos y controles titulado "Violencia de pareja en la gestación y partos prematuros en hospitales públicos de la región de Amhara",

analizando una muestra de 276 mujeres. Los hallazgos revelaron que el 44,8% había experimentado algún tipo de violencia durante el embarazo, distribuyéndose en 32,8% de violencia emocional, 17,2% de violencia física y 24,6% de violencia sexual. La investigación estableció que la victimización durante la gestación incrementa significativamente el riesgo de parto prematuro ($p < 0,05$), identificando la violencia emocional y psicológica como los factores más determinantes en la ocurrencia de partos pretérminos (9).

Pastor (España - 2020) en su investigación analizó la relación entre antecedentes de violencia y sus consecuencias en la salud materna y neonatal mediante un estudio observacional retrospectivo de corte transversal. La muestra incluyó 655 gestantes, de las cuales el 35,6% había alcanzado estudios universitarios, el 50,6% contaba con educación secundaria y el 13,5% tenía únicamente estudios primarios. En cuanto a la violencia experimentada, el 33% reportó violencia psicológica, el 12% violencia física y el 4% violencia sexual. Los resultados evidenciaron que el 50% de las mujeres víctimas de violencia presentaron partos prematuros, estableciendo una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ($p < 0,05$) (10).

Antecedentes nacionales

En el ámbito nacional, diversos estudios han abordado la problemática de la violencia de género durante el embarazo y sus repercusiones obstétricas.

Medina et al. (2024 - Pira) realizó una investigación denominada "Violencia física y psicológica en mujeres embarazadas", con el objetivo de analizar la frecuencia, características y consecuencias de la violencia durante la gestación en pacientes del Hospital San Vicente de Paúl. Empleando una metodología retrospectiva en una muestra de 229 gestantes, los resultados evidenciaron que el 38,6% había experimentado maltrato durante el embarazo, con una distribución del 25,9% en violencia psicológica, 11,4% en violencia física y el porcentaje restante en violencia sexual. Significativamente, el 59,0% de las gestantes víctimas de violencia presentaron partos prematuros, estableciendo una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) (11).

Díaz y Rodríguez (2022 - Trujillo) realizaron un estudio correlacional retrospectivo titulado "Relación entre la violencia intrafamiliar y el riesgo relacional madre-recién nacido en el Centro de Salud Alto Trujillo", analizando una muestra de 166 púerperas. Los hallazgos demostraron que la violencia intrafamiliar se manifestó en diferentes intensidades: leve en el 34,9%, moderada en el 54,8% y severa en el 10,2% de los casos. En cuanto a los efectos neonatales, se determinó que el 53,0% de los recién nacidos fueron prematuros. La investigación concluyó que las mujeres expuestas a violencia intrafamiliar en niveles moderados y severos presentan mayor riesgo de partos prematuros ($p < 0,05$) (12).

Correa (2022 - Lima) desarrolló un estudio analítico de casos y controles denominado "Complicaciones maternas asociadas a la violencia física, psicológica y sexual durante el embarazo en el Hospital de Vitarte", evaluando una muestra de 120 púérperas. Los resultados revelaron que el 73,3% presentó complicaciones durante el parto, incluyendo partos prematuros, mientras que el 63,3% había sido víctima de algún tipo de violencia, distribuida en 33,3% violencia física, 70,0% violencia psicológica y 15,0% violencia sexual. El estudio estableció una relación estadísticamente significativa entre la experiencia de violencia durante la gestación y la aparición de complicaciones obstétricas, incluyendo parto prematuro y bajo peso al nacer ($p < 0,05$) (13).

Quevedo (2021 - Lima) realizó una revisión sistemática titulada "Violencia de género en gestantes como factor de riesgo para las complicaciones maternas y perinatales", analizando la evidencia científica disponible mediante un enfoque cualitativo observacional retrospectivo basado en 29 estudios previos. Los resultados identificaron la violencia psicológica como la más frecuente en gestantes, seguida por la violencia física, sexual y emocional. En cuanto a las complicaciones obstétricas, se evidenció que el bajo peso al nacer y el parto prematuro constituían las principales consecuencias. La investigación concluyó que la violencia de género en mujeres embarazadas se asocia con mayor riesgo de complicaciones maternas y perinatales (14).

Herrera (2021 - Lima) desarrolló un estudio descriptivo correlacional retrospectivo titulado "La violencia de género en gestantes y su impacto en las complicaciones maternas y perinatales en el Hospital Huaycán", analizando 113 historias clínicas de púérperas. Los resultados demostraron que el 54,0% de las gestantes tenía entre 18 y 29 años, el 54,9% convivía con su pareja y el 36,3% había completado educación secundaria. En cuanto a la ocupación, el 59,3% eran amas de casa. Respecto a la violencia experimentada, el 45,1% reportó violencia psicológica, el 38,1% violencia física y el 16,8% violencia sexual. Las complicaciones obstétricas incluyeron parto prematuro en el 19,5% de los casos, estableciendo una relación significativa entre violencia de género y prematuridad ($p < 0,05$) (15).

Antecedentes locales

A nivel local no se han hallado investigaciones similares al estudio.

Se formuló el siguiente problema de investigación

Formulación del problema

Problema general

¿Cuál es la relación entre la violencia de género experimentada durante el embarazo y el riesgo de parto prematuro en mujeres atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica-2025?

Problemas específicos

PE1: ¿Cuál es la prevalencia de violencia de género durante el embarazo en las mujeres en el Hospital Santa María del Socorro, Ica-2025?

PE2: ¿Cuáles son los tipos e intensidades de violencia de género experimentados por las mujeres embarazadas durante el período gestacional?

PE3: ¿Cuál es la incidencia de parto prematuro en mujeres embarazadas que han experimentado violencia de género durante el embarazo en comparación con aquellas que no han sido víctimas de violencia?

PE4: ¿Qué factores sociodemográficos influyen en la relación entre la violencia de género y el riesgo de parto prematuro?

PE5: ¿Cuál es la percepción de las mujeres sobre la relación entre la violencia de género y su salud reproductiva, especialmente respecto a los riesgos de parto prematuro?

Justificación e importancia de la investigación.

Justificación teórica

Esta investigación se fundamenta en la necesidad de ampliar el conocimiento científico sobre la relación entre violencia de género y resultados perinatales adversos en el contexto peruano, integrando no solo un enfoque estadístico sino también fisiológico. La exposición continua a situaciones de violencia activa el eje hipotálamo-hipófiso-adrenal, elevando los niveles de cortisol y desencadenando respuestas hormonales, inflamatorias e inmunológicas que pueden inducir contracciones uterinas, maduración cervical y rotura prematura de membranas, provocando el inicio del trabajo de parto a cualquier edad gestacional. Asimismo, los traumatismos físicos o el estrés emocional intenso alteran la perfusión uteroplacentaria, generando hipoxia fetal y aumentando el riesgo de parto prematuro. De este modo, la investigación aborda un problema que afecta la salud materna desde una perspectiva integral, sustentando su relevancia científica, clínica y social.

Justificación práctica

Desde una perspectiva práctica, los hallazgos de esta investigación tienen el potencial de informar el desarrollo de protocolos de atención obstétrica que incorporen el tamizaje sistemático de violencia de género como componente integral del cuidado prenatal. La identificación temprana de gestantes en situación de violencia puede permitir la implementación de intervenciones preventivas que reduzcan el riesgo de prematuridad y mejoren los resultados materno-perinatales. Los resultados del estudio pueden contribuir al diseño de programas de capacitación para profesionales de obstetricia y otros miembros del equipo de salud, fortaleciendo sus competencias para la detección, manejo y referencia apropiada de casos de violencia de género durante el embarazo. Asimismo, la evidencia generada puede informar la elaboración de guías de práctica clínica específicas para el contexto peruano.

Justificación metodológica

La investigación emplea instrumentos de medición validados internacionalmente (Woman Abuse Screening Tool y Conflict Tactics Scale-2) adaptados al contexto local, contribuyendo

al desarrollo de herramientas de investigación culturalmente apropiadas para el estudio de la violencia de género en poblaciones peruanas. La combinación de estos instrumentos permite una evaluación comprehensiva de la violencia que incluye no solo su presencia, sino también su tipología e intensidad. El diseño metodológico del estudio, de tipo observacional correlacional con enfoque cuantitativo, permite establecer asociaciones entre variables mientras respeta las consideraciones éticas inherentes al estudio de poblaciones vulnerables. Esta aproximación metodológica puede servir como referente para futuras investigaciones en el área.

Justificación social

La violencia de género constituye una violación fundamental de los derechos humanos que requiere respuestas integrales desde múltiples sectores, incluyendo el sanitario. Esta investigación contribuye a la visibilización de una problemática que frecuentemente permanece oculta en el ámbito doméstico, generando evidencia que puede informar políticas públicas orientadas a la protección de las mujeres gestantes y la promoción de maternidades seguras. Los resultados del estudio pueden contribuir al fortalecimiento de las redes de protección social para mujeres embarazadas víctimas de violencia, informando el desarrollo de programas intersectoriales que aborden integralmente las necesidades de esta población vulnerable. Adicionalmente, la investigación puede aportar evidencia para la abogacía por recursos adicionales destinados a programas de prevención de violencia de género y atención especializada durante el embarazo.

Importancia

Este estudio es de gran importancia porque permitirá identificar el impacto directo de la violencia de género en el embarazo, especialmente en relación con el parto prematuro, una de las principales causas de morbilidad y mortalidad neonatal. Con los hallazgos, se podrá desarrollar mejores políticas de atención y seguimiento para las mujeres embarazadas, promoviendo la detección temprana de situaciones de violencia y proporcionando apoyo integral para reducir los riesgos asociados al embarazo. Además, los resultados podrían sensibilizar a los profesionales de la salud sobre la importancia de abordar la violencia de género como un factor de riesgo en la salud materno-infantil.

Objetivos de investigación

Objetivo general

Analizar la relación entre la violencia de género experimentada durante el embarazo y el riesgo de parto prematuro en mujeres atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica-2025.

Objetivos específicos

OE1: Identificar la prevalencia de violencia de género durante el embarazo en las mujeres atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica-2025.

OE2: Determinar el tipo y la intensidad de la violencia de género experimentada por las

mujeres embarazadas durante el período gestacional.

OE3: Evaluar la incidencia de parto prematuro en mujeres embarazadas que han experimentado violencia de género durante el embarazo en comparación con aquellas que no han sido víctimas de violencia.

OE4: Investigar los factores sociodemográficos (edad, nivel socioeconómico, antecedentes de violencia, etc.) que podrían influir en la relación entre la violencia de género y el riesgo de parto prematuro.

OE5: Examinar la percepción de las mujeres sobre la relación entre la violencia de género y su salud reproductiva, especialmente en lo que respecta a los riesgos de parto prematuro.

Hipótesis de investigación

Hipótesis general

Ha: La violencia de género durante el embarazo está asociada significativamente con un mayor riesgo de parto prematuro en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica-2025

Ho: La violencia de género durante el embarazo no está asociada significativamente con un mayor riesgo de parto prematuro en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica-2025.

Hipótesis específicas

HaE1: Las mujeres que experimentan violencia física durante el embarazo tienen un mayor riesgo de parto prematuro en comparación con aquellas que no experimentan violencia física.

HoE1: No existe asociación significativa en las mujeres que experimentan violencia física durante el embarazo en la posibilidad de tener riesgo de parto prematuro en comparación con aquellas que no experimentan violencia física.

HaE2: Las mujeres que sufren violencia emocional o psicológica durante el embarazo presentan una mayor probabilidad de parto prematuro que aquellas que no padecen este tipo de violencia.

HoE2: No existe una diferencia significativa en la probabilidad de parto prematuro entre las mujeres que sufren violencia emocional o psicológica durante el embarazo y aquellas que no la padecen.

HaE3: El riesgo de parto prematuro es mayor en mujeres que experimentan múltiples formas de violencia de género (física, emocional, sexual y económica) durante el embarazo, en comparación con aquellas que solo experimentan un tipo de violencia o ninguna.

HoE3. No existe una diferencia significativa en el riesgo de parto prematuro entre las mujeres que experimentan múltiples formas de violencia de género durante el embarazo y aquellas que solo experimentan un tipo de violencia o ninguna.

HaE4: Factores sociodemográficos, como la edad, el nivel socioeconómico y el historial de violencia, modulan la relación entre la violencia de género durante el embarazo y el riesgo de

parto prematuro, siendo las mujeres jóvenes y de bajo nivel socioeconómico más vulnerables a este riesgo.

HoE4: Factores sociodemográficos, como la edad, el nivel socioeconómico y el historial de violencia, no modulan la relación entre la violencia de género durante el embarazo y el riesgo de parto prematuro.

HaE5: El acceso limitado a servicios de salud y el bajo nivel de apoyo social aumentan la probabilidad de parto prematuro en mujeres embarazadas que experimentan violencia de género.

HoE5: El acceso limitado a servicios de salud y el bajo nivel de apoyo social no afectan significativamente la probabilidad de parto prematuro en mujeres embarazadas que experimentan violencia de género.

Variables de investigación

Variable independiente: Violencia de género durante el embarazo

Definición conceptual: La violencia de género se define como cualquier acto de violencia basado en el género que resulte o pueda resultar en daño físico, sexual o psicológico para las mujeres, incluyendo amenazas de tales actos, coerción o privación arbitraria de libertad, ya sea en la vida pública o privada, que ocurre durante el período gestacional.

Definición operacional: Presencia de cualquier tipo de violencia (física, psicológica, sexual o económica) experimentada por la gestante durante el embarazo, medida mediante la aplicación del cuestionario combinado Woman Abuse Screening Tool (WAST) y Conflict Tactics Scale-2 (CTS-2).

Indicadores:

Violencia física: empujones, golpes, lesiones corporales

Violencia psicológica: insultos, amenazas, control coercitivo, humillaciones

Violencia sexual: relaciones sexuales forzadas, coacción sexual

Violencia económica: control del dinero, restricción del acceso a recursos económicos

Frecuencia de la violencia: ocasional, frecuente, constante

Intensidad de la violencia: leve, moderada, severa

Variable dependiente: Riesgo de parto prematuro

Definición conceptual: Probabilidad de que el parto se produzca antes de completar las 37 semanas de gestación, determinada por la presencia de factores de riesgo obstétricos, sociales y ambientales que predisponen a la finalización prematura del embarazo.

Definición operacional: Nivel de riesgo calculado mediante la aplicación de la Escala de Riesgo Obstétrico de Parto Prematuro para gestantes en el primer nivel de atención, complementada con factores asociados específicos del estudio.

Indicadores:

Antecedentes obstétricos: parto prematuro previo, embarazo múltiple

Factores médicos: infecciones urinarias, infecciones vaginales, peso materno inadecuado

Factores sociales: disfunción familiar, ganancia de peso insuficiente

Factores comportamentales: hábito tabáquico

Puntuación total de riesgo: bajo (<10 puntos), alto (≥ 10 puntos)

Edad gestacional al momento del parto: <37 semanas (prematuro), \geq semanas (a término)

Variables intervinientes

Características sociodemográficas

Definición conceptual: Conjunto de características demográficas, socioeconómicas y educativas que describen el perfil de la población estudiada y que pueden influir en la relación entre las variables principales del estudio.

Indicadores:

Edad materna: <18 años, 18-24 años, 25-34 años, 35-44 años, ≥ 45 años

Nivel socioeconómico: bajo, medio, alto Nivel educativo: primaria, secundaria, superior/universitaria

Estado civil: soltera, casada, conviviente

Situación laboral: empleada, desempleada, ama de casa

Antecedentes de violencia: presencia o ausencia de violencia previa

II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

2.1. Tipo y diseño de investigación

Tipo de investigación

El presente estudio se clasificó según los criterios metodológicos establecidos por Hernández-Sampieri et al. (16), considerando la naturaleza del problema de investigación y los objetivos planteados:

Según el rol del investigador: Investigación observacional, dado que no se realizó manipulación ni intervención sobre las variables de estudio. El investigador se limitó a la observación, medición y análisis de la violencia de género durante la gestación y su relación con el riesgo de parto prematuro en las participantes.

Según la planificación de la medición: Estudio prospectivo, ya que los datos fueron recolectados directamente de la fuente primaria durante el desarrollo de la investigación, siguiendo la evolución temporal de los eventos de interés.

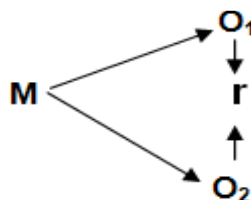
Según el número de mediciones: Investigación transversal, debido a que la recolección de datos se realizó en un momento específico del tiempo, sin seguimiento longitudinal de las participantes.

Según el nivel de análisis: Estudio correlacional, orientado a determinar la relación existente entre la exposición a violencia de género durante el embarazo y la presencia de factores de riesgo para parto prematuro.

De acuerdo con la clasificación de Supo (17), la investigación corresponde al nivel relacional, ya que su propósito principal fue analizar la asociación entre dos variables principales: violencia de género durante la gestación y riesgo de parto prematuro.

Diseño de investigación

Se empleó un diseño no experimental de tipo correlacional-transversal, ya que las variables fueron estudiadas en su contexto natural sin manipulación intencional, evaluando la relación entre ellas en un momento determinado. El esquema del diseño fue el siguiente:



Donde:

M = Muestra de estudio (120 gestantes y puérperas)

O1 = Observación de la variable violencia de género

O2 = Observación de la variable riesgo de parto prematuro

r = Correlación entre dichas variables

2.2. Población de estudio

Población

La población objetivo estuvo constituida por mujeres gestantes a término (≥ 37 semanas) y puérperas inmediatas (hasta 48 horas posparto) que recibieron atención en el Hospital Santa María del Socorro de Ica durante el período de estudio enero-diciembre 2025. Según los registros hospitalarios, la población total fue de 173 mujeres que cumplieron con las características definidas.

Muestra

Para la elaboración de la muestra se empleó la fórmula de población finita.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

Tamaño poblacional: $N = 173$

Nivel de Confiabilidad: 95 % $z = 1,96$

Proporción de P: $p = 0.5$

Probabilidad en contra: $q = 0.5$

Error de muestreo: $e = 0.05$

Tamaño de muestra: $n = 120$

$$n = \frac{173 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(173 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 120$$

Por tanto, la muestra fue conformada por 120 mujeres embarazadas a término y puérperas inmediatas que reciben atención en el Hospital Santa María del Socorro, Ica, durante el año 2025.

Muestreo

Se empleó un muestreo probabilístico aleatorio simple, utilizando una tabla de números aleatorios para la selección de las participantes, lo que garantizó que cada elemento de la población tuviera la misma probabilidad de ser seleccionado.

Criterios de inclusión:

Mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica, durante el año 2025.

Gestantes con un embarazo a término (≥ 37 semanas de gestación) que asistan a consultas prenatales en el hospital.

Púerperas inmediatas (hasta 48 horas posteriores al parto) en proceso de control postparto dentro del hospital.

Criterios de exclusión:

Mujeres con embarazos múltiples o patologías obstétricas graves que puedan influir en los resultados.

Pacientes con diagnósticos psiquiátricos que dificulten la comunicación efectiva.

Mujeres con antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas o alcohol durante el embarazo.

Gestantes que rechacen participar en el estudio o que no otorguen su consentimiento informado.

2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de la información

a) Técnica

Se utilizó la técnica de la encuesta mediante entrevista estructurada, aplicada de forma individual y presencial en un ambiente privado dentro de las instalaciones del hospital, garantizando la confidencialidad y comodidad de las participantes.

b) Instrumento

Para la recopilación de información, se emplearon dos cuestionarios validados diseñados para evaluar las variables de estudio con un enfoque predictivo y preventivo, garantizando su pertinencia en la muestra seleccionada.

Cuestionario de Violencia de Género Durante el Embarazo (WAST + CTS-2)

Este instrumento combinó dos herramientas ampliamente validadas y con pruebas de confiabilidad (18):

Woman Abuse Screening Tool (WAST): Instrumento de tamizaje para detección de violencia de género, validado en población peruana por Alarcón et al. (19), con una sensibilidad del 87% y especificidad del 89%.

Conflict Tactics Scale-2 (CTS-2) (20, 21): Escala para evaluación de tácticas de conflicto en relaciones de pareja, validada en español con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.84.

Dado que el WAST no cuantificaba la severidad de la violencia y el CTS-2 se enfocaba solo en mujeres que ya la sufrían, fue necesario integrar ambos instrumentos para adaptarlos a los objetivos de esta investigación.

Para garantizar una medición precisa, se seleccionaron 8 preguntas del WAST (validación peruana) y 8 preguntas del CTS-2 (validación en español). Luego de una revisión para evitar redundancias, se estableció una versión combinada de 14 preguntas, organizadas en cuatro dimensiones:

Estrategias de negociación

Violencia psicológica

Violencia física/sexual

Coacción sexual

Este enfoque permitió identificar la presencia de violencia, su tipo e intensidad, proporcionando un diagnóstico más completo de situaciones de riesgo durante la gestación. La escala de respuesta empleada es Likert de 3 y 7 puntos, clasificando la violencia en tres niveles:

Bajo riesgo (19-24 puntos)

Riesgo moderado (14-18 puntos)

Alto nivel de violencia (8-13 puntos)

Cuestionario de Riesgo de Parto Prematuro

Basado en la validación cubana de Retureta-Milán et al. (22), este instrumento ha sido utilizado en estudios de atención primaria para la identificación de factores de riesgo sin la necesidad de exámenes clínicos. Para este estudio, se usó la versión original de 8 preguntas, con la inclusión de seis preguntas adicionales, agrupadas en factores asociados, para profundizar en la relación entre violencia de género y salud reproductiva. Específicamente, se añadieron:

Tres preguntas sobre la identificación de violencia de género

Tres preguntas sobre la percepción del impacto de la violencia en la salud materna

A diferencia del primer cuestionario, en este caso se mantuvo la estructura original, añadiendo los factores complementarios para garantizar la coherencia en el análisis estadístico.

La escala de respuesta combina opciones dicotómicas (Sí/No) y un sistema de puntuación de riesgo, clasificando a las participantes en:

Riesgo bajo: <10 puntos

Riesgo alto: ≥10 puntos

Procedimiento de recolección de datos

Antes de la aplicación del cuestionario, se solicitó la autorización formal a la dirección del hospital y a los comités éticos correspondientes, asegurando el cumplimiento de los principios de confidencialidad, anonimato y voluntariedad en la participación.

Las gestantes seleccionadas fueron informadas sobre los objetivos del estudio, sus derechos y la relevancia de su contribución a la investigación. Luego de esta explicación, firmaron un consentimiento informado antes de proceder con la encuesta. Para evitar sesgos y garantizar respuestas fiables, la recolección de información se llevó a cabo en entrevistas presenciales dentro de un espacio privado del hospital, con la

supervisión de personal capacitado en la administración de instrumentos de medición sobre violencia de género y salud materna.

Cada encuesta tuvo una duración aproximada de 15 a 25 minutos.

El proceso de recopilación de datos se realizó en un período estimado de 6 a 8 semanas, aplicándose las encuestas de lunes a viernes dentro del horario de atención del hospital.

La selección de participantes siguió un diseño de muestreo probabilístico aleatorio simple, asegurando la inclusión de gestantes en diferentes etapas del embarazo.

Se encuestó a 120 gestantes, con el objetivo de garantizar un tamaño muestral adecuado para el análisis estadístico.

2.4. Técnicas de análisis e interpretación

Los datos obtenidos fueron procesados y analizados mediante el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 26.0 en español. Se empleó un enfoque de análisis descriptivo y correlacional para examinar la relación entre la violencia de género durante el embarazo y el riesgo de parto prematuro.

En el análisis descriptivo, se utilizaron medidas de frecuencia absoluta y relativa para variables categóricas, mientras que para variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y dispersión (mínimo, máximo y desviación estándar). Para visualizar la distribución de los datos, se emplearon gráficos de barras.

Para evaluar la relación entre la violencia de género y el riesgo de parto prematuro, se aplicaron pruebas estadísticas inferenciales. La correlación de Spearman (Rho de Spearman) y Chi-cuadrado para analizar la relación entre la severidad de la violencia y el nivel de riesgo obstétrico, considerando un nivel de significancia de $p < 0.05$. Los resultados se presentaron mediante tablas y gráficos elaborados en Excel, facilitando su interpretación y permitiendo un análisis comparativo entre las diferentes variables estudiadas.

2.5. Consideraciones éticas

Se garantizó la confidencialidad de los datos y la protección de la identidad de las participantes. Se respetó el principio de autonomía, permitiendo a las gestantes retirarse del estudio en cualquier momento sin afectar su atención médica. Asimismo, se cumplieron estrictamente las normativas de protección de datos personales, almacenando la información en archivos protegidos y asegurando el acceso exclusivo del equipo de investigación.

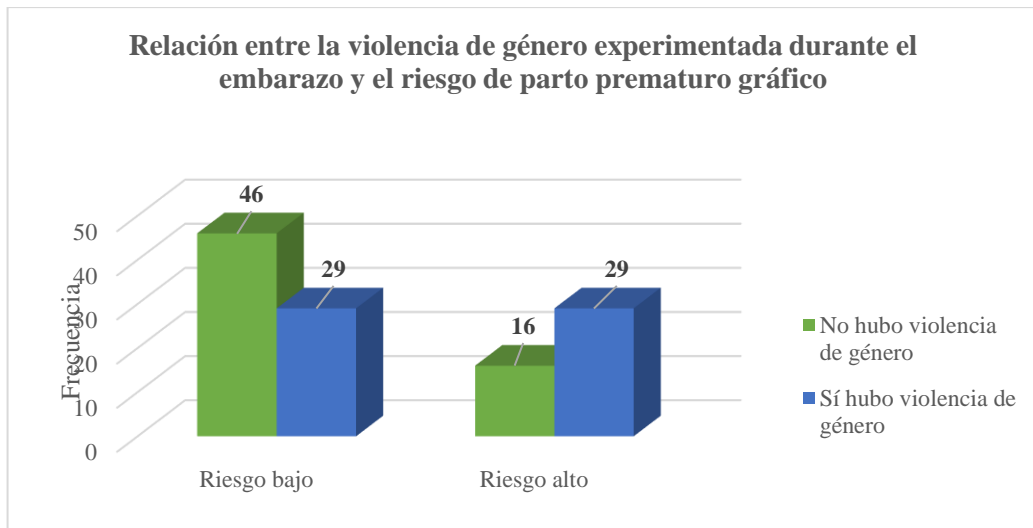
III. RESULTADOS

Tabla 1. Asociación entre violencia de género durante el embarazo y riesgo de parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica-2025.

Violencia de género	Parto prematuro					
	Riesgo bajo		Riesgo alto		Total	
	N	%	N	%	N	%
No expuesta	46	74.2	16	25.8	62	51.7
Expuesta	29	50.0	29	50.0	58	48.3
Total	75	62.5	45	37.5	120	100.0

Fuente: Elaboración propia.

Figura 1. Asociación entre violencia de género durante el embarazo y riesgo de parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica-2025.



Fuente: Elaboración propia (SPSS V.26).

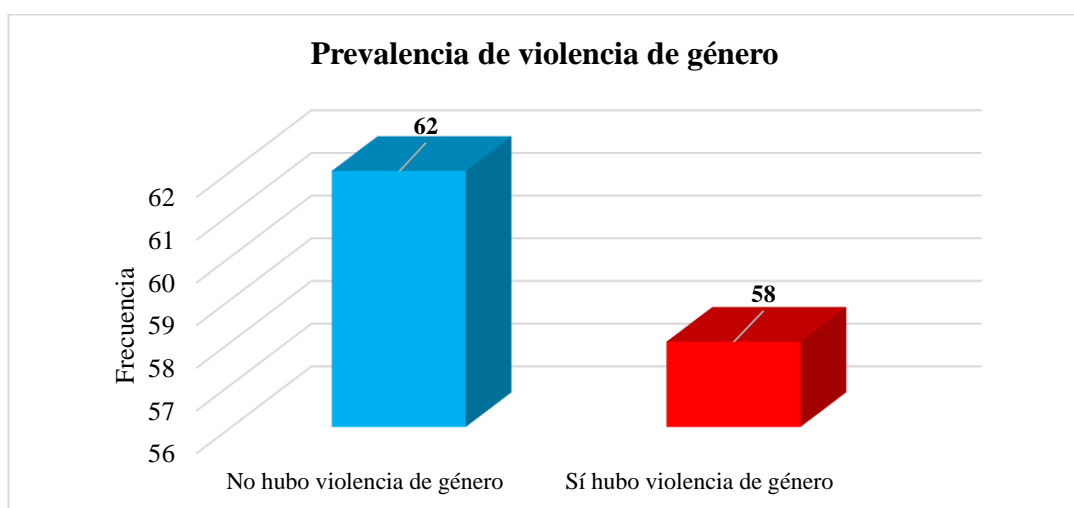
En la Tabla 1 y Figura 1; evidencian una asociación estadísticamente significativa entre la exposición a violencia de género durante el embarazo y el incremento del riesgo de parto prematuro ($p < 0.01$). Las gestantes expuestas a violencia presentaron una distribución equitativa entre alto y bajo riesgo (50.0% cada categoría), mientras que aquellas no expuestas mostraron predominio de bajo riesgo (74.2%). El odds ratio de 2.90 indica que las mujeres violentadas tienen casi tres veces mayor probabilidad de desarrollar alto riesgo obstétrico comparado con las no violentadas.

Tabla 2. Prevalencia de violencia de género durante el embarazo en gestantes del Hospital Santa María del Socorro, Ica-2025.

Violencia de género	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
No expuesta	62	51.7	39.2-57.4
Expuesta	58	48.3	42.6-60.8
Total	120	100.0	

Fuente: Elaboración propia.

Figura 2. Prevalencia de violencia de género durante el embarazo en gestantes del Hospital Santa María del Socorro, Ica-2025.



Fuente: Elaboración propia (SPSS V.26).

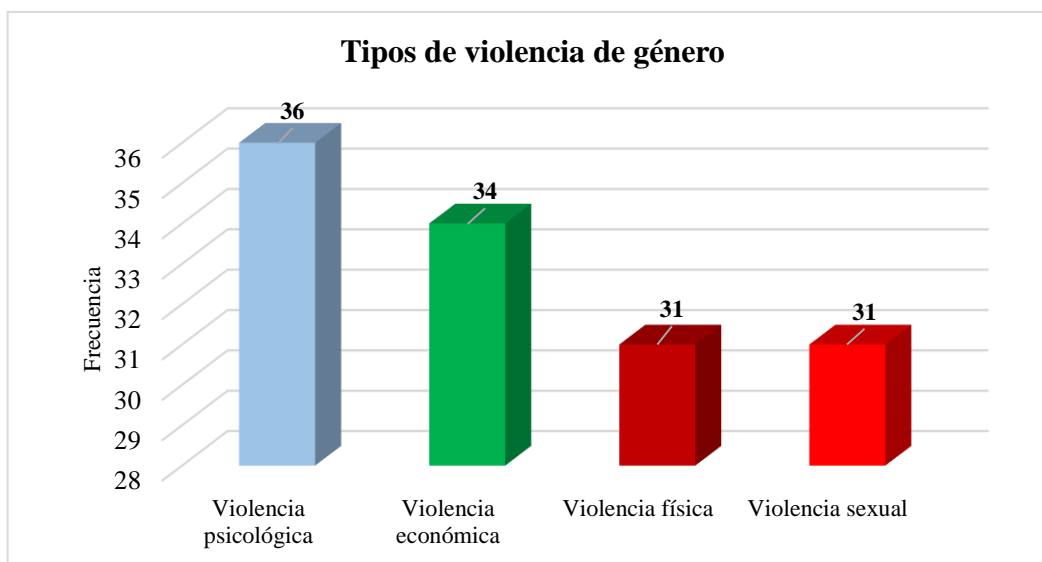
La Tabla 2 y la Figura 2; muestran que la prevalencia de violencia de género durante la gestación alcanzó el 48.3% (IC 95%: 39.2-57.4) en la población estudiada. Esta cifra indica que aproximadamente una de cada dos gestantes experimentó algún tipo de violencia durante el embarazo, evidenciando la magnitud del problema en el contexto hospitalario estudiado.

Tabla 3. Distribución de tipos de violencia de género experimentados durante el embarazo.

Tipo de violencia	Casos reportados	Porcentaje del total de episodios	Prevalencia en la muestra total
Violencia psicológica	36	27.3	30.0
Violencia económica	34	25.8	28.2
Violencia física	31	23.5	25.8
Violencia sexual	31	23.5	25.8
Total	132	100.0	

Fuente: Elaboración propia.

Figura 3. Distribución de tipos de violencia de género experimentados durante el embarazo.



Fuente: Elaboración propia (SPSS V.26).

En la Tabla 3 y Figura 3 describen que la violencia psicológica constituyó el tipo más frecuente (27.3% de todos los episodios), afectando al 30.0% de la muestra total. La violencia económica ocupó el segundo lugar (25.8% de episodios), mientras que la violencia física y sexual presentaron igual frecuencia (23.5% cada una). La multiplicidad de tipos de violencia por víctima (promedio de 2.3 tipos por mujer afectada) revela la complejidad y severidad de las situaciones de maltrato.

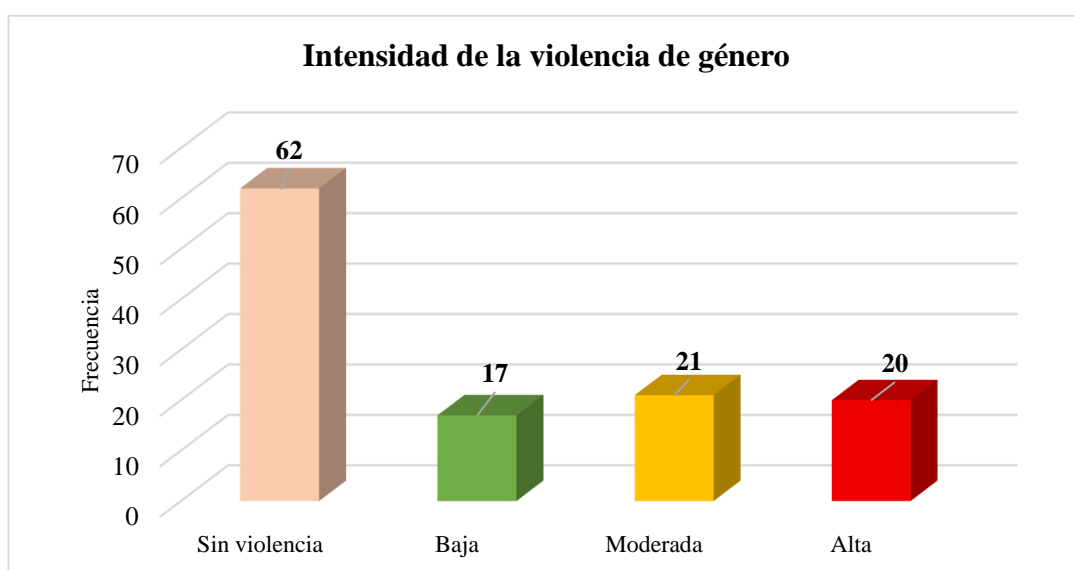
Cabe resaltar que el total de episodios (132) supera el número de víctimas (58) debido a que las participantes experimentaron múltiples tipos de violencia simultáneamente.

Tabla 4. Distribución de la intensidad de violencia de género durante el embarazo.

Tipo de violencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Sin violencia	62	51.7	51.7
Intensidad leve	17	14.2	29.3*
Intensidad moderada	21	17.5	36.2*
Intensidad severa	20	16.7	34.5*
Total	120	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia.

Figura 4. Distribución de la intensidad de violencia de género durante el embarazo.



Fuente: Elaboración propia (SPSS V.26).

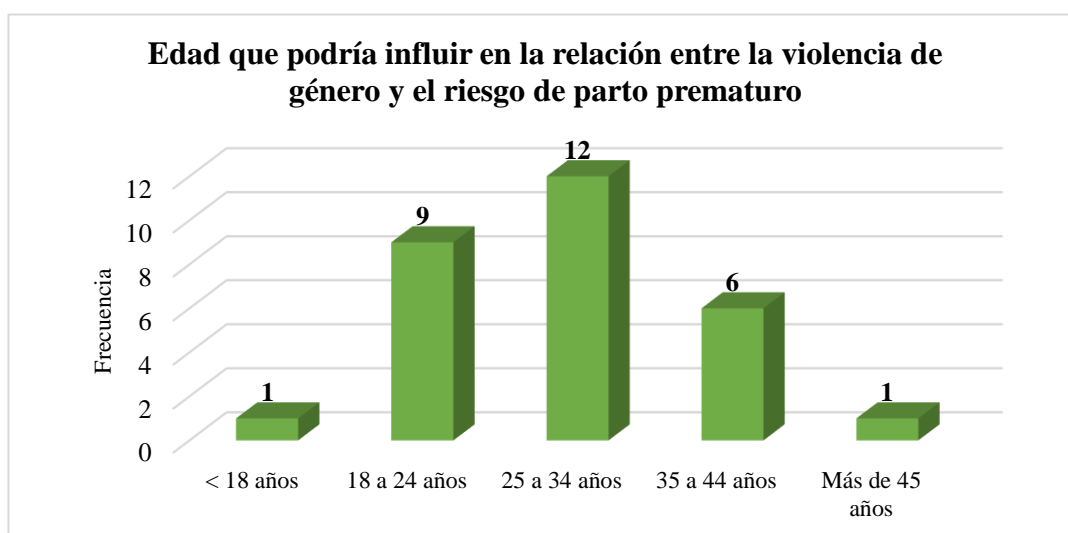
En la Tabla 4 y Figura 4 exponen que entre las gestantes que experimentaron violencia (n=58), predominó la intensidad moderada (36.2%), seguida de la severa (34.5%) y leve (29.3%). La concentración de casos en intensidades moderada y severa (70.7% del total de víctimas) indica que la mayoría de las mujeres afectadas enfrentaron niveles significativos de agresión con potencial impacto en su salud gestacional, los porcentajes son calculados sobre el total de mujeres que experimentaron violencia (n=58).

Tabla 5. Distribución etaria de gestantes con violencia de género y alto riesgo de parto prematuro.

Edad	Violencia de género y riesgo de parto prematuro	Porcentaje	Tasa por grupo de edad
< 18 años	1	3.4	50.0*
18-24 años	9	31.1	32.1
25-34 años	12	41.4	21.8
35-44 años	6	20.7	35.3
≥ 45 años	1	3.4	100.0*
Total	29	100.0	24.2

Fuente: Elaboración propia.

Figura 5. Distribución etaria de gestantes con violencia de género y alto riesgo de parto prematuro.



Fuente: Elaboración propia (SPSS V.26).

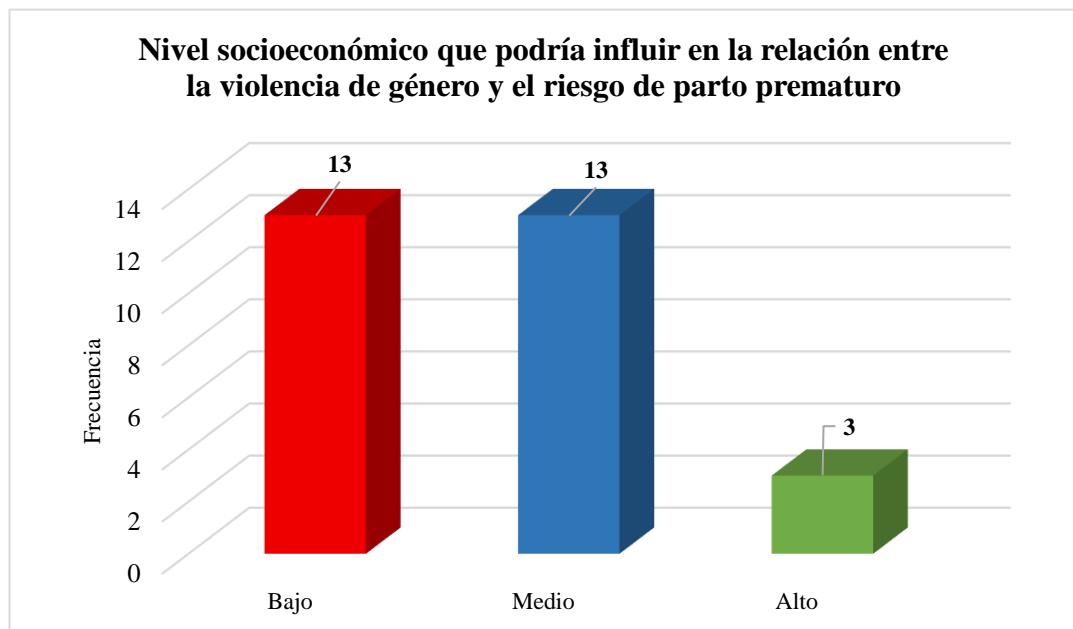
En la Tabla 5 y Figura 5 observamos que las gestantes de 25-34 años concentraron la mayor proporción de casos con violencia y alto riesgo obstétrico (41.4%), seguidas por el grupo de 18-24 años (31.0%). Sin embargo, al analizar las tasas por grupo etario, se observa mayor vulnerabilidad relativa en los extremos de edad reproductiva, aunque estos hallazgos requieren confirmación con muestras más amplias, dichas tasas están basadas en muestras pequeñas por la que se tiene que interpretar con cautela.

Tabla 6. Nivel socioeconómico en gestantes con violencia de género y alto riesgo de parto prematuro.

Nivel socioeconómico	Violencia de género y riesgo de parto prematuro	Porcentaje	OR (IC 95%)
Bajo	13	44.8	3.2 (1.1-9.4)
Medio	13	44.8	2.8 (1.0-7.9)
Alto	3	10.4	Referencia
Total	29	100.0	

Fuente: Elaboración propia.

Figura 6. Nivel socioeconómico en gestantes con violencia de género y alto riesgo de parto prematuro.



Fuente: Elaboración propia (SPSS V.26).

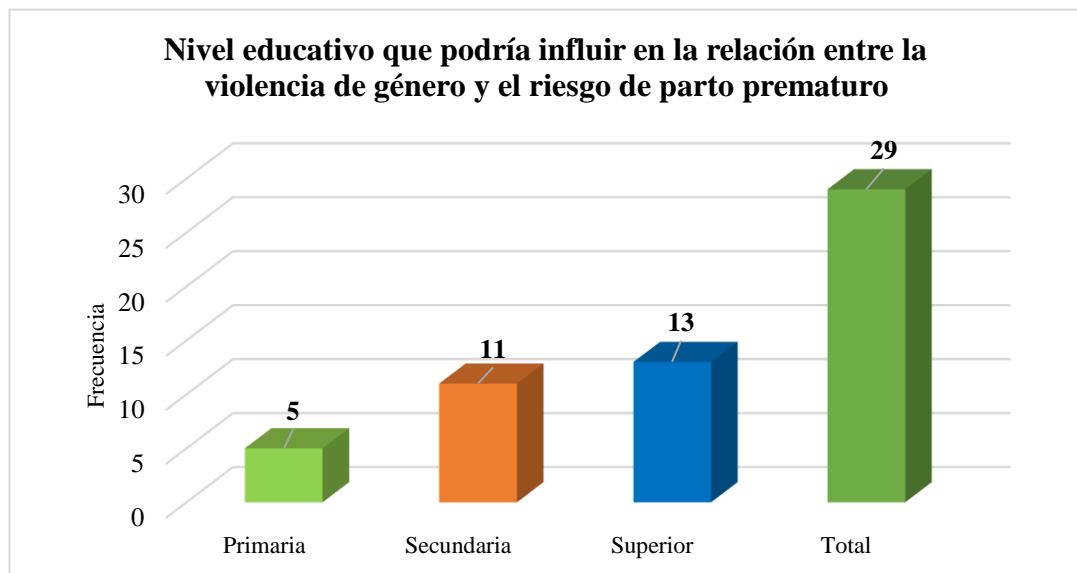
En la Tabla 6 y Figura 6 exponen que los niveles socioeconómicos bajo y medio concentraron el 89.6% de los casos con violencia y alto riesgo obstétrico. Las gestantes de nivel socioeconómico bajo presentaron 3.2 veces mayor probabilidad de experimentar esta combinación adversa comparado con el nivel alto (OR = 3.2; IC 95%: 1.1-9.4), evidenciando el papel de la vulnerabilidad socioeconómica como factor amplificador del riesgo.

Tabla 7. Nivel educativo en gestantes con violencia de género y alto riesgo de parto prematuro.

Nivel educativo	Violencia de género y riesgo de parto prematuro	Porcentaje	Distribución esperada
Primaria	5	17.3	25.0
Secundaria	11	37.9	50.0
Superior	13	44.8	25.0
Total	29	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia.

Figura 7. Nivel educativo en gestantes con violencia de género y alto riesgo de parto prematuro.



Fuente: Elaboración propia (SPSS V.26).

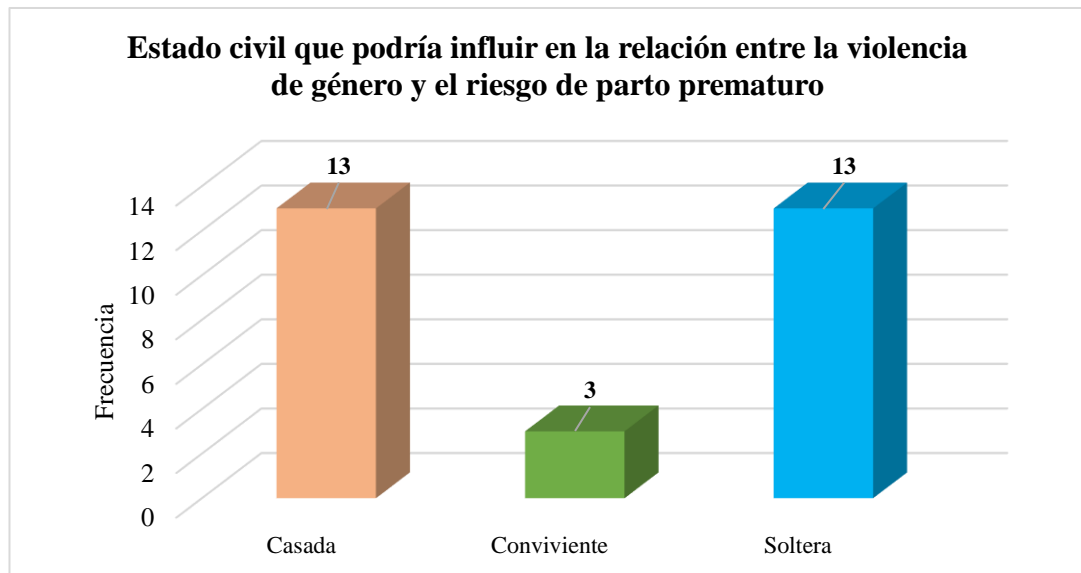
En la Tabla 7 y Figura 7 presentan, contrario a lo esperado, las gestantes con educación superior representaron la mayor proporción de casos con violencia y alto riesgo (44.8%), superando la distribución esperada (25.0%). Este hallazgo sugiere que factores distintos al nivel educativo, como dinámicas de pareja específicas o presiones socioeconómicas particulares, podrían influir en la vulnerabilidad a la violencia en este grupo.

Tabla 8: Estado civil en gestantes con violencia de género y alto riesgo de parto prematuro.

Estado civil	Violencia de género y riesgo de parto prematuro	Porcentaje	RR (IC 95%)
Casada	13	44.8	1.2 (0.8-1.8)
Soltera	13	44.8	1.4 (0.9-2.1)
Conviviente	3	10.4	Referencia
Total	29	100.0	

Fuente: Elaboración propia.

Figura 8. Estado civil en gestantes con violencia de género y alto riesgo de parto prematuro.



Fuente: Elaboración propia (SPSS V.26).

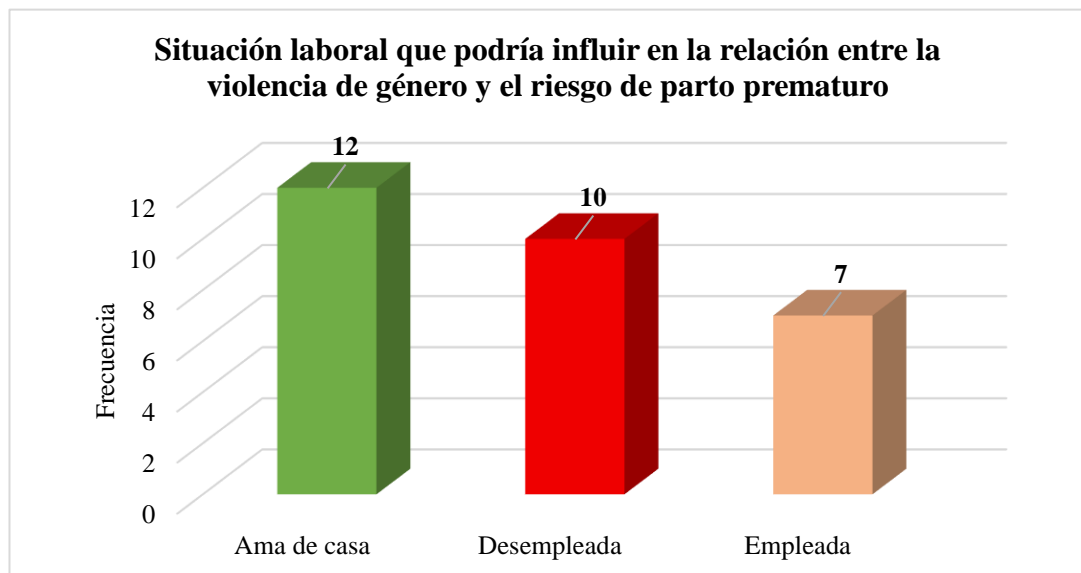
En la Tabla 8 y Figura 8 describen que las mujeres casadas y solteras presentaron igual representación entre los casos de alto riesgo (44.8% cada grupo), mientras que las convivientes constituyeron solo el 10.4%. Esta distribución sugiere que tanto la formalización matrimonial como la ausencia de pareja estable pueden constituir contextos de vulnerabilidad diferenciados que requieren estrategias de intervención específicas.

Tabla 9. Situación laboral en gestantes con violencia de género y alto riesgo de parto prematuro.

Situación laboral	Violencia de género y riesgo de parto prematuro	Porcentaje	OR (IC 95%)
Ama de casa	12	41.4	2.8 (1.2-6.5)
Desempleada	10	34.5	3.2 (1.3-7.8)
Empleada	7	24.1	Referencia
Total	29	100.0	

Fuente: Elaboración propia.

Figura 9. Situación laboral en gestantes con violencia de género y alto riesgo de parto prematuro.



Fuente: Elaboración propia (SPSS V.26).

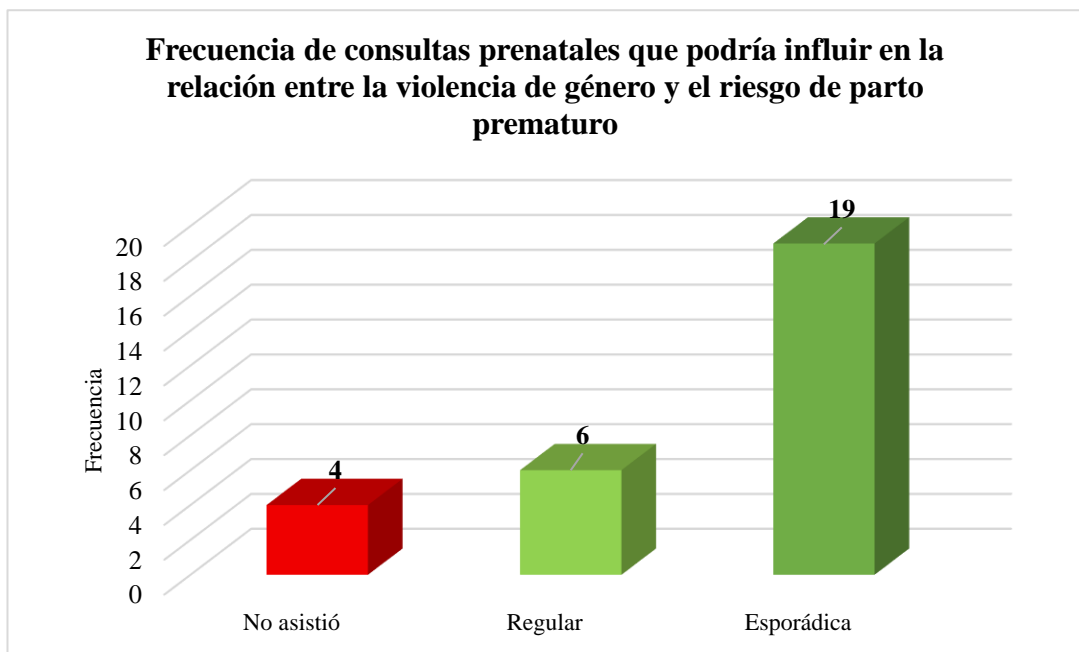
En la Tabla 9 y Figura 9 se observa que, las gestantes sin actividad laboral remunerada (amas de casa y desempleadas) representaron el 75.9% de los casos con violencia y alto riesgo. Las desempleadas mostraron el mayor riesgo relativo (OR = 3.2; IC 95%: 1.3-7.8), sugiriendo que la dependencia económica y la falta de autonomía financiera constituyen factores de vulnerabilidad significativos.

Tabla 10. Frecuencia de atención prenatal en gestantes con violencia de género y alto riesgo de parto prematuro.

Frecuencia de consultas prenatales	Violencia de género y riesgo de parto prematuro	Porcentaje	RR (IC 95%)
No asistió	4	13.8	4.2 (1.8-9.8)
Atención esporádica	19	65.5	2.1 (1.1-4.0)
Atención regular	6	20.7	Referencia
Total	29	100.0	

Fuente: Elaboración propia.

Figura 10. Frecuencia de atención prenatal en gestantes con violencia de género y alto riesgo de parto prematuro.



Fuente: Elaboración propia (SPSS V.26).

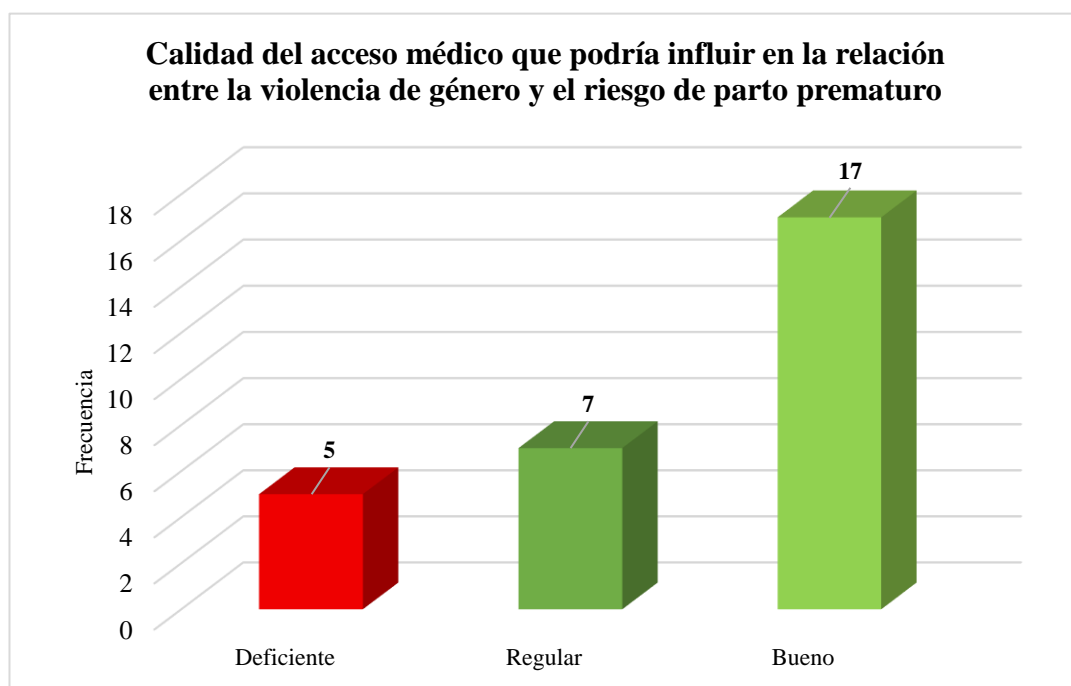
En la Tabla 10 y Figura 10 se evidencia que el 79.3% de las gestantes con violencia y alto riesgo presentó deficiencias en el control prenatal (no asistió: 13.8%; atención esporádica: 65.5%). La ausencia total de controles se asoció con un riesgo relativo de 4.2 (IC 95%: 1.8-9.8), evidenciando que la violencia interfiere significativamente con el acceso y continuidad de la atención obstétrica.

Tabla 11. Percepción de calidad del acceso médico en gestantes con violencia de género y alto riesgo de parto prematuro.

Calidad del acceso médico	Violencia de género y riesgo de parto prematuro	Porcentaje	Correlación con riesgo
Deficiente	5	17.3	$r = 0.31^*$
Regular	7	24.1	$r = 0.05$
Bueno	17	58.6	$r = -0.12$
Total	29	100.0	

Fuente: Elaboración propia.

Figura 11. Percepción de calidad del acceso médico en gestantes con violencia de género y alto riesgo de parto prematuro.



Fuente: Elaboración propia (SPSS V.26).

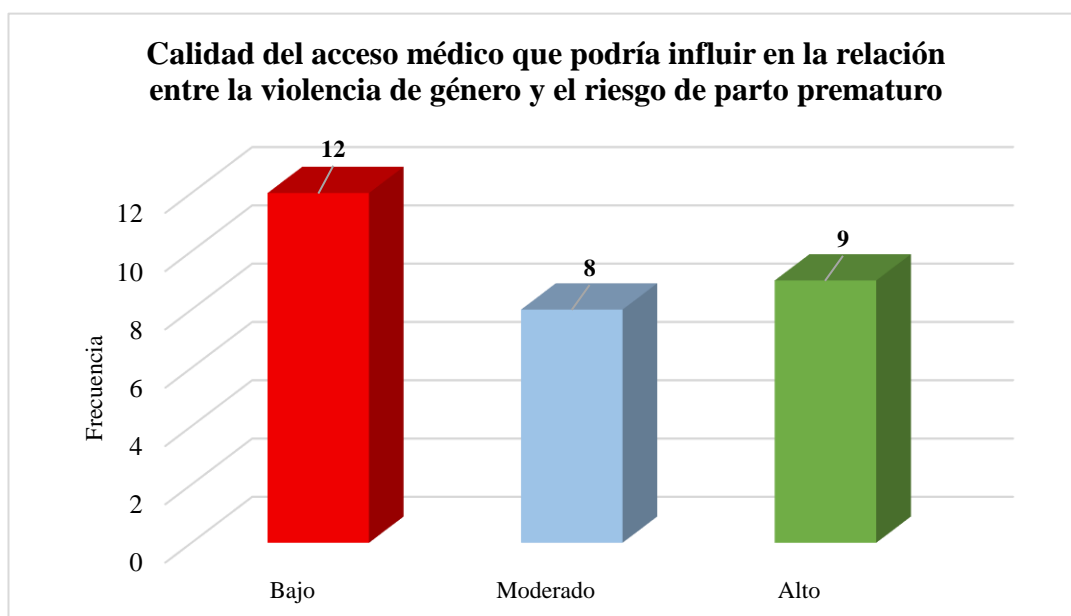
En la Tabla 11 y Figura 11 presentan, paradójicamente, la mayoría de gestantes con violencia y alto riesgo (58.6%) percibió como "buena" la calidad del acceso médico. Solo la percepción de atención "deficiente" mostró correlación significativa con el riesgo ($r = 0.31$; $p < 0.05$). Este hallazgo sugiere posibles expectativas reducidas sobre la calidad asistencial o normalización de servicios limitados en contextos de vulnerabilidad.

Tabla 12. Nivel de apoyo social en gestantes con violencia de género y alto riesgo de parto prematuro.

Apoyo social	Violencia de género y riesgo de parto prematuro	Porcentaje	OR (IC 95%)
Bajo	12	41.4	3.8 (1.6-9.1)
Moderado	8	27.6	2.2 (0.9-5.4)
Alto	9	31.0	2.2 (0.9-5.4)
Total	29	100.0	

Fuente: Elaboración propia.

Figura 12. Nivel de apoyo social en gestantes con violencia de género y alto riesgo de parto prematuro.



Fuente: Elaboración propia (SPSS V.26).

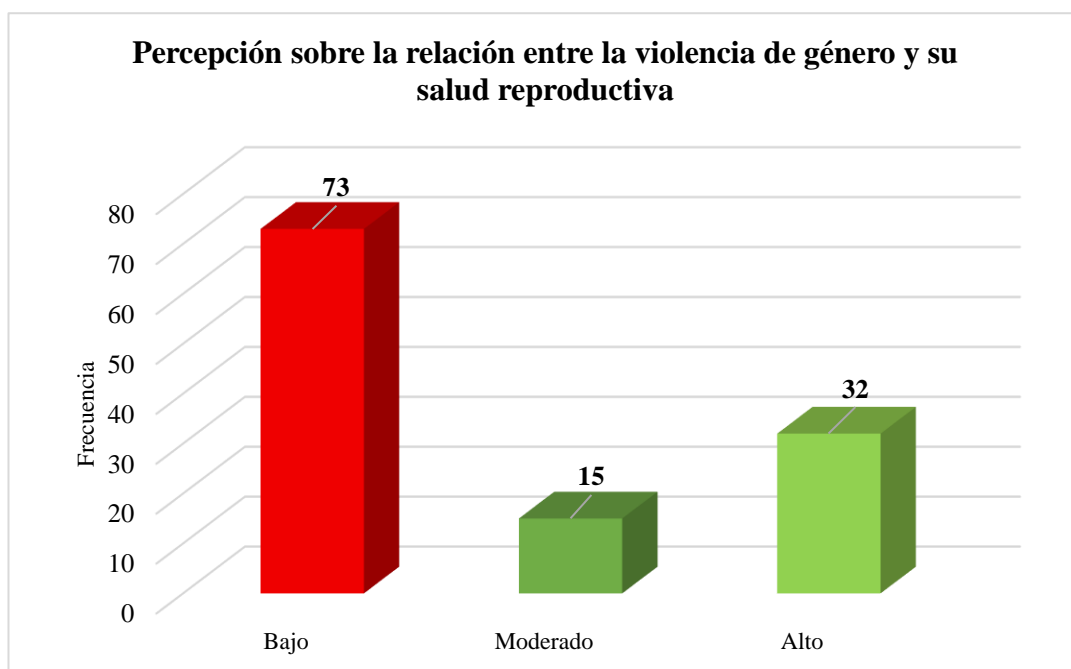
En la Tabla 12 y Figura 12 se muestra que, las gestantes con bajo apoyo social presentaron 3.8 veces mayor probabilidad de experimentar violencia con alto riesgo obstétrico (OR = 3.8; IC 95%: 1.6-9.1). El 69.0% de los casos se concentró en niveles bajo y moderado de apoyo, evidenciando que el aislamiento social constituye tanto una consecuencia como un factor perpetuador de la violencia de género.

Tabla 13. Percepción sobre la relación entre violencia de género y salud reproductiva en la muestra total.

Percepción sobre la relación entre la violencia de género y su salud reproductiva	Violencia de género y riesgo de parto prematuro	Porcentaje	IC 95%
Percepción baja	73	60.8	51.7-69.9
Percepción moderada	15	12.5	6.8-18.2
Percepción alta	32	26.7	18.8-34.6
Total	120	100.0	

Fuente: Elaboración propia.

Figura 13. Percepción sobre la relación entre violencia de género y salud reproductiva en la muestra total.



Fuente: Elaboración propia (SPSS V.26).

En la Tabla 13 y Figura 13 se observa que, la mayoría de las gestantes (60.8%; IC 95%: 51.7-69.9) evidenció percepción baja sobre la relación entre violencia de género y salud reproductiva. Solo una cuarta parte (26.7%) demostró alta conciencia sobre esta asociación. Esta limitada percepción del riesgo constituye una barrera significativa para la búsqueda oportuna de ayuda y la implementación de medidas preventivas.

CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Marco metodológico para la validación estadística

La contrastación de hipótesis se realizó mediante el análisis correlacional de Spearman, considerando la naturaleza ordinal de las variables estudiadas y la distribución no paramétrica de los datos. Se estableció un nivel de significancia $\alpha = 0.05$ para todas las pruebas estadísticas, garantizando un 95% de confianza en las conclusiones derivadas del análisis inferencial.

Hipótesis estadística general.

Planteamiento estadístico:

H_a: La violencia de género durante el embarazo está asociada significativamente con un mayor riesgo de parto prematuro en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica-2025.

H₀: La violencia de género durante el embarazo no está asociada significativamente con un mayor riesgo de parto prematuro en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica-2025.

Resultados del análisis estadístico:

Nivel de Significancia (alfa) $\alpha = 5\% = 0,05$

Coefficiente de correlación de Spearman: $\rho = 0.25$

p-valor = 0.0059

Decisión estadística: Se rechaza la hipótesis nula (H₀), dado que $p = 0.0059 < \alpha = 0.05$.

VARIABLES RELACIONADAS	ρ DE SPEARMAN	VALOR P	INTERPRETACIÓN
Violencia de género ↔ Riesgo de parto prematuro	0.25	0.0059	Correlación positiva débil, estadísticamente significativa

Fuente: Elaboración propia (SPSS v.26).

Interpretación

Los resultados evidencian una correlación positiva estadísticamente significativa entre la violencia de género durante el embarazo y el riesgo de parto prematuro. La magnitud de la correlación ($\rho = 0.25$) indica una asociación de intensidad débil pero clínicamente relevante, sugiriendo que el incremento en la exposición a violencia de género se asocia con mayor probabilidad de desarrollar complicaciones obstétricas que predisponen al parto pretérmino.

Hipótesis específica 1: Violencia física y riesgo obstétrico

Planteamiento estadístico:

H_a: Las mujeres que experimentan violencia física durante el embarazo tienen un mayor riesgo de parto prematuro en comparación con aquellas que no experimentan violencia física.

H₀: No existe asociación significativa en las mujeres que experimentan violencia física durante el embarazo en la posibilidad de tener riesgo de parto prematuro en comparación con aquellas que no experimentan violencia física.

Resultados del análisis estadístico:

Nivel de Significancia (alfa) α = 5% = 0.05

Correlación de Spearman: ρ = 0.208

p-valor = 0.021

Decisión estadística: Se rechaza la hipótesis nula (H₀), dado que $p = 0.021 < \alpha = 0.05$.

Variables relacionadas	ρ de Spearman	Valor p	Interpretación
Violencia física ↔ Riesgo obstétrico	0.208	0.021	Correlación positiva significativa (débil)

Fuente: Elaboración propia (SPSS v.26).

Interpretación

Se confirma la existencia de una correlación positiva significativa entre la exposición a violencia física durante la gestación y el incremento del riesgo de parto prematuro. La magnitud de la asociación ($\rho = 0.208$) sugiere que las agresiones físicas directas constituyen un factor de riesgo independiente para complicaciones obstétricas, posiblemente mediado por mecanismos como trauma directo al útero, activación de respuestas inflamatorias sistémicas, o alteraciones en la perfusión uteroplacentaria.

Hipótesis específica 2: Violencia psicológica y consecuencias gestacionales

Planteamiento estadístico:

H_a: Las mujeres que sufren violencia emocional o psicológica durante el embarazo presentan una mayor probabilidad de parto prematuro que aquellas que no padecen este tipo de violencia.

H₀: No existe una diferencia significativa en la probabilidad de parto prematuro entre las mujeres que sufren violencia emocional o psicológica durante el embarazo y aquellas que no la padecen.

Resultados del análisis estadístico:

Nivel de Significancia (alfa) α = 5% = 0.05

Correlación de Spearman: ρ = 0.189

p-valor = 0.034

Decisión estadística: Se rechaza la hipótesis nula (H₀), dado que $p = 0.034 < \alpha = 0.05$

Variables relacionadas	ρ de Spearman	Valor p	Interpretación
Violencia psicológica ↔ Parto prematuro	0.189	0.034	Correlación positiva débil, estadísticamente significativa

Fuente: Elaboración propia (SPSS v.26).

Interpretación

Los hallazgos confirman que la violencia psicológica durante la gestación se asocia significativamente con el incremento del riesgo de parto prematuro. Aunque la correlación es de magnitud débil ($\rho = 0.189$), este resultado refuerza la evidencia sobre el impacto biológico de las agresiones no físicas, probablemente a través de la activación crónica del eje hipotálamo-hipófisisadrenal, elevación sostenida de cortisol sérico, y consecuente desregulación de los mecanismos neuroendocrinos que mantienen la quiescencia uterina.

Hipótesis específica 3: Efecto sinérgico de múltiples formas de violencia

H_a: El riesgo de parto prematuro es mayor en mujeres que experimentan múltiples formas de violencia de género (física, emocional, sexual y económica) durante el embarazo, en comparación con aquellas que solo experimentan un tipo de violencia o ninguna.

H₀: No existe una diferencia significativa en el riesgo de parto prematuro entre las mujeres que experimentan múltiples formas de violencia de género durante el embarazo y aquellas que solo experimentan un tipo de violencia o ninguna.

Resultados del análisis estadístico:

Nivel de Significancia (alfa) α = 5% = 0.05

Correlación de Spearman: ρ = 0.276

p-valor = 0.0023

Decisión estadística: Se rechaza la hipótesis nula (H₀), dado que $p = 0.0023 < \alpha = 0.05$.

VARIABLES RELACIONADAS	ρ DE SPEARMAN	VALOR P	INTERPRETACIÓN
Violencia múltiple ↔ Riesgo obstétrico	0.276	0.0023	Correlación positiva moderada significativa

Fuente: Elaboración propia (SPSS v.26).

Interpretación

Los resultados confirman un efecto de dosis-respuesta en la relación entre violencia de género y riesgo obstétrico. La correlación moderada ($\rho = 0.276$) representa la asociación más fuerte identificada en el estudio, evidenciando que la exposición simultánea a múltiples modalidades de violencia (física, psicológica, sexual y económica) genera un impacto sinérgico que supera la suma de sus efectos individuales. Este hallazgo sugiere la existencia de mecanismos de amplificación del riesgo cuando las mujeres enfrentan patrones complejos de victimización.

Hipótesis específica 4: Modulación por factores sociodemográficos

4a. Efecto modulador de la edad:

Planteamiento estadístico:

H_a: La edad modula significativamente la relación entre violencia de género y riesgo de parto prematuro, siendo las mujeres jóvenes más vulnerable.

H₀: La edad no modula la relación entre violencia de género y riesgo de parto prematuro.

Resultados del análisis estadístico:

Nivel de Significancia (alfa) $\alpha = 5\% = 0.05$

Correlación de Spearman: $\rho = -0.246$

p-valor: 0.009

Decisión estadística: Se rechaza la hipótesis nula (H₀), dado que $p = 0.009 < \alpha = 0.05$.

Variable moduladora	ρ de Spearman	Valor p	Dirección	Interpretación
Edad materna	-0.246	0.009	Negativa	A menor edad, mayor vulnerabilidad a los efectos de la violencia en el riesgo de parto prematuro.

Fuente: Elaboración propia (SPSS v.26).

4b. Efecto modulador del nivel socioeconómico:

Planteamiento estadístico:

H_a: El nivel socioeconómico modula significativamente la relación entre violencia de género y riesgo de parto prematuro, siendo las mujeres de menor nivel socioeconómico más vulnerables

H₀: El nivel socioeconómico no modula la relación entre violencia de género y riesgo de parto prematuro

Resultados del análisis estadístico:

Nivel de Significancia (alfa) $\alpha = 5\% = 0.05$

Correlación de Spearman: $\rho = -0.223$

p-valor: 0.017

Decisión estadística: Se rechaza la hipótesis nula (H₀), dado que $p = 0.017 < \alpha = 0.05$.

Variable moduladora	ρ de Spearman	Valor p	Dirección	Interpretación
Nivel socioeconómico	-0.223	0.017	Negativa	Las mujeres de menor nivel socioeconómico presentan mayor riesgo obstétrico asociado a la violencia de género.

Fuente: Elaboración propia (SPSS v.26).

Interpretación

Los análisis confirman que tanto la edad como el nivel socioeconómico actúan como variables moduladoras significativas de la relación entre violencia de género y riesgo obstétrico. Las correlaciones negativas obtenidas (edad: $\rho = -0.246$; nivel socioeconómico: $\rho = -0.223$) indican que, a menor edad y menor nivel socioeconómico, mayor es la vulnerabilidad a las consecuencias adversas de la violencia. Estos hallazgos sugieren que la juventud y la precariedad socioeconómica constituyen factores de amplificación del riesgo, posiblemente a través de mecanismos como menor capacidad de afrontamiento, limitado acceso a recursos de protección, y mayor dependencia económica del agresor.

Hipótesis específica 5: Factores protectores y de riesgo contextual

5a. Papel del acceso a servicios de salud:

Planteamiento estadístico:

H_a: El acceso limitado a servicios de salud aumenta la probabilidad de parto prematuro en mujeres que experimentan violencia de género.

H₀: El acceso limitado a servicios de salud no afecta significativamente la probabilidad de parto prematuro en mujeres que experimentan violencia de género.

Resultados del análisis estadístico:

Nivel de Significancia (alfa) $\alpha = 5\% = 0.05$

Correlación de Spearman: $\rho = -0.21$

p-valor: 0.022

Decisión estadística: Se rechaza la hipótesis nula (H₀), dado que $p = 0.022 < \alpha = 0.05$.

Factor contextual	ρ de Spearman	Valor p	Dirección	Interpretación
Acceso a servicios de salud	-0.210	0.022	Negativa	A mejor acceso a servicios de salud, menor probabilidad de parto prematuro asociado a la violencia.

Fuente: Elaboración propia (SPSS v.26).

5b. Papel del apoyo social:

Planteamiento estadístico:

H_a: El bajo nivel de apoyo social aumenta la probabilidad de parto prematuro en mujeres que experimentan violencia de género.

H₀: El bajo nivel de apoyo social no afecta significativamente la probabilidad de parto prematuro en mujeres que experimentan violencia de género

Resultados del análisis estadístico:

- **Nivel de Significancia (alfa) $\alpha = 5\% = 0.05$**
- **Correlación de Spearman: $\rho = -0.24$**
- **p-valor: 0.003**

Decisión estadística: Se rechaza la hipótesis nula (H₀), dado que $p = 0.003 < \alpha = 0.05$.

Factor contextual	ρ de Spearman	Valor p	Dirección	Interpretación
Apoyo social	-0.240	0.003	Negativa	Un mayor apoyo social se asocia con menor riesgo obstétrico en mujeres víctimas de violencia.

Fuente: Elaboración propia (SPSS v.26).

Interpretación

Los resultados confirman que tanto la calidad del acceso a servicios de salud como el nivel de apoyo social constituyen factores protectores significativos contra las consecuencias obstétricas adversas de la violencia de género. Las correlaciones negativas (acceso médico: $\rho = -0.21$; apoyo social: $\rho = -0.24$) indican que, a mejor acceso a servicios de salud y mayor apoyo social, menor es la probabilidad de desarrollar complicaciones que predisponen al parto prematuro. Estos hallazgos subrayan la importancia de fortalecer tanto los sistemas de salud como las redes comunitarias de apoyo como estrategias de prevención secundaria.

Síntesis de la validación estadística

El proceso de contrastación de hipótesis ha permitido confirmar todas las relaciones planteadas en el marco teórico de la investigación. Los resultados evidencian que:

1. La violencia de género durante el embarazo constituye un factor de riesgo independiente para el desarrollo de complicaciones obstétricas que predisponen al parto prematuro, con evidencia estadística robusta ($p < 0.01$).
2. Tanto la violencia física como la psicológica muestran asociaciones significativas con el riesgo obstétrico, validando la importancia de considerar todas las modalidades de agresión en la evaluación clínica.
3. Existe un efecto de dosis-respuesta donde la exposición a múltiples formas de violencia incrementa exponencialmente el riesgo, sugiriendo la necesidad de evaluar la complejidad y no solo la presencia de violencia.
4. Los factores sociodemográficos modulan significativamente la relación violencia-riesgo obstétrico, identificando grupos de especial vulnerabilidad que requieren atención diferenciada.
5. El acceso a servicios de salud y el apoyo social actúan como factores protectores modificables, proporcionando bases empíricas para el diseño de intervenciones preventivas.

La consistencia de estos hallazgos fortalece la validez interna del estudio y proporciona evidencia sólida para fundamentar políticas públicas orientadas a la prevención de la violencia de género y la mejora de los resultados de salud materna en poblaciones vulnerables.

IV. DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo principal analizar la relación entre la violencia de género experimentada durante el embarazo y el riesgo de parto prematuro en mujeres atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica-2025. Los hallazgos obtenidos confirman una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, proporcionando evidencia empírica robusta que contribuye al cuerpo de conocimiento sobre esta problemática en el contexto peruano. La prevalencia de violencia de género identificada (48.3%) se posiciona consistentemente dentro del rango reportado por investigaciones comparables tanto en el ámbito internacional como nacional. Esta cifra resulta coherente con los hallazgos de Medina et al. (11), quien identificó violencia en el 63.3% de gestantes evaluadas en el Hospital de Vitarte, Lima. Esta variabilidad regional sugiere la influencia de factores socioculturales, económicos y demográficos específicos que modulan la manifestación de la violencia de género en diferentes contextos geográficos del país.

En el contexto internacional, los resultados muestran notable convergencia con estudios desarrollados en diversos entornos socioculturales. Pastor (6), en España reportó prevalencias similares, mientras que Anon et al. (7) en Etiopía documentaron cifras del 33.0%, evidenciando que la violencia de género durante la gestación constituye un fenómeno transcultural con patrones epidemiológicos relativamente estables.

El análisis de la tipología de violencia revela que la modalidad psicológica constituyó la forma más frecuente (30.0%), seguida por la violencia económica (28.2%), física (25.8%) y sexual (25.8%). Esta distribución coincide sustancialmente con los patrones identificados por Pastor (2020), quien documentó predominio de violencia psicológica (33%) sobre la física (12%) y sexual (4%), así como con los hallazgos de Anon et al. (7) y Abay et al. (10), quienes reportaron prevalencias de violencia psicológica entre 22% y 33% en sus respectivos estudios.

La coexistencia de múltiples formas de violencia simultáneas (promedio de 2.3 tipos por víctima) constituye un hallazgo particularmente relevante que refleja la complejidad de las dinámicas de maltrato. Este patrón multifacético encuentra respaldo en los estudios de Cancan et al. (8), quienes documentaron que el 97.0% de las mujeres experimentó violencia física, el 80.0% violencia emocional y el 67.0% violencia sexual, evidenciando la naturaleza sistémica y multidimensional de la victimización durante el embarazo.

Respecto a la intensidad de la violencia, el predominio de niveles moderados (17.5%) y severos (16.7%) se alinea con los resultados de Díaz y Rodríguez (12), quienes identificaron violencia moderada en el 54.8% y severa en el 10.2% de su muestra, confirmando que la mayoría de las gestantes víctimas enfrentan niveles significativos de agresión con potencial impacto en su bienestar físico y psicológico. El análisis de factores sociodemográficos moderadores reveló patrones consistentes con la literatura previa. La concentración de casos

en mujeres de 25 a 34 años (41.4%) y de 18 a 24 años (31.1%) coincide con los hallazgos de Habtamu et al. (9), quienes reportaron que el 60.4% de las participantes se encontraba entre los 25 y 34 años. Esta distribución etaria sugiere que los años de máxima actividad reproductiva coinciden con períodos de mayor vulnerabilidad a la violencia de pareja.

La influencia del nivel socioeconómico, con predominio de niveles bajo y medio en el 89.6% de los casos con violencia y alto riesgo, corrobora los resultados de Anon et al. (7), quienes documentaron que el 62.43% de las participantes carecía de educación formal, el 68.87% estaba desempleada y el 85.5% residía en zonas rurales. Esta convergencia refuerza la conceptualización de la precariedad socioeconómica como factor amplificador del riesgo.

Un hallazgo que merece análisis específico es la distribución del nivel educativo, donde las gestantes con educación superior representaron el mayor porcentaje (44.8%) de casos con violencia y alto riesgo. Este resultado contrasta con el paradigma tradicional que asocia menor educación con mayor vulnerabilidad, sugiriendo que dinámicas de poder específicas, presiones profesionales, o formas más sutiles de violencia psicológica y económica podrían operar en estratos educativos superiores.

Los patrones de atención prenatal identificados, con el 65.5% de casos presentando control esporádico y el 13.8% sin atención alguna, evidencian que la violencia interfiere significativamente con el acceso y continuidad de la atención obstétrica. Esta interferencia encuentra explicación en múltiples mecanismos: restricciones impuestas por el agresor, limitaciones económicas, priorización de necesidades de supervivencia, o temor a la revelación de la situación de violencia en servicios de salud.

El papel protector del apoyo social y del acceso a servicios de salud de calidad, evidenciado por correlaciones negativas significativas, proporciona bases empíricas para intervenciones que trascienden el abordaje individual del problema. Estos hallazgos refuerzan la importancia de enfoques multisectoriales que fortalezcan tanto los sistemas de salud como las redes comunitarias de apoyo.

La validación de todas las hipótesis planteadas mediante análisis correlacional robusto (correlaciones de Spearman con valores $p < 0.05$) proporciona evidencia estadística sólida para las asociaciones identificadas. La correlación principal ($\rho = 0.25$; $p = 0.0059$) indica una asociación de magnitud débil pero estadísticamente significativa, mientras que el efecto sinérgico de múltiples formas de violencia ($\rho = 0.276$; $p = 0.0023$) sugiere un efecto de dosis-respuesta que incrementa exponencialmente el riesgo obstétrico.

Los resultados obtenidos tienen implicaciones directas para la práctica clínica y las políticas de salud pública. La identificación de factores moduladores específicos (edad, nivel socioeconómico) y protectores (apoyo social, acceso a servicios) proporciona elementos concretos para el diseño de intervenciones dirigidas y la estratificación de riesgo en servicios de atención prenatal.

V. CONCLUSIONES

1. Se confirma la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre la violencia de género experimentada durante el embarazo y el incremento del riesgo de parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica-2025. Las mujeres expuestas a violencia presentaron una probabilidad sustancialmente mayor (50.0%) de desarrollar alto riesgo obstétrico comparado con aquellas no expuestas (25.8%), con significancia estadística demostrada ($p < 0.05$).
2. La prevalencia de violencia de género durante la gestación alcanzó el 48.3% en la población estudiada, evidenciando que aproximadamente una de cada dos gestantes experimentó algún tipo de maltrato durante el embarazo. Esta cifra confirma la magnitud crítica del problema en el contexto hospitalario evaluado y justifica la implementación urgente de medidas de detección temprana y prevención.
3. La violencia psicológica constituyó el tipo más prevalente (30.0%), seguida por la violencia económica (28.2%), física (25.8%) y sexual (25.8%). La coexistencia de múltiples modalidades de violencia por víctima revela la complejidad y severidad de las situaciones de maltrato, con predominio de intensidades moderada (17.5%) y severa (16.7%) que comprometen significativamente el bienestar materno.
4. Los factores sociodemográficos edad, nivel socioeconómico, educativo, estado civil, situación laboral, frecuencia de controles prenatales, calidad del acceso médico y nivel de apoyo social demostraron influencia moduladora en la relación entre violencia de género y riesgo de parto prematuro. Se identificó mayor vulnerabilidad en mujeres jóvenes, de niveles socioeconómicos bajo y medio, con deficiencias en el control prenatal y limitado apoyo social.
5. La percepción de las mujeres sobre la relación entre violencia de género y salud reproductiva resultó predominantemente baja (60.8%), evidenciando limitada conciencia sobre el impacto que esta problemática puede ejercer sobre la gestación y, específicamente, sobre la ocurrencia de partos prematuros. Esta carencia de reconocimiento constituye una barrera significativa para la búsqueda oportuna de ayuda y la implementación de medidas preventivas.

Los hallazgos obtenidos proporcionan evidencia empírica sólida que contribuye al conocimiento científico sobre violencia de género y salud materna en el contexto peruano, confirmando patrones identificados en la literatura internacional y estableciendo bases para el desarrollo de intervenciones específicas y políticas públicas dirigidas a la protección de la salud materno-infantil.

VI. RECOMENDACIONES

1. Implementar protocolos sistemáticos de detección temprana de violencia de género en todas las consultas prenatales del Hospital Santa María del Socorro, mediante la aplicación de instrumentos validados y la capacitación continua del personal de salud en técnicas de entrevista sensible, comunicación empática y manejo adecuado de casos identificados. Esta estrategia debe incluir la creación de espacios privados, seguros y confidenciales que favorezcan la revelación voluntaria de situaciones de violencia por parte de las gestantes.
2. Implementar programas de intervención diferenciada orientados a gestantes en situación de violencia, priorizando a aquellas que presentan factores de riesgo amplificadores como edad joven, bajo nivel socioeconómico, asistencia prenatal deficiente o limitado apoyo social. Dichos programas deben ser diseñados y ejecutados principalmente por profesionales de Psicología, en coordinación con el equipo multidisciplinario de salud (Obstetras, Ginecólogos, Trabajadores Sociales y personal de Salud Mental), garantizando un abordaje integral.
3. Fortalecer la calidad y accesibilidad de los servicios de atención prenatal mediante la implementación de estrategias que faciliten la asistencia continua de gestantes en situación de vulnerabilidad. Para ello, se propone establecer sistemas de recordatorio de citas, transporte asistido en casos necesarios y horarios de atención flexibles que respondan a las condiciones específicas de las mujeres víctimas de violencia, promoviendo la equidad en la atención obstétrica.
4. Establecer alianzas intersectoriales con organizaciones comunitarias, instituciones educativas, servicios sociales y sistemas de justicia, orientadas a la conformación de redes de apoyo integral que brinden protección, acompañamiento y orientación legal a las gestantes afectadas. Estas alianzas deben contemplar mecanismos de derivación eficientes, seguimiento coordinado de casos y protocolos de intervención compartidos entre las entidades participantes.
5. Desarrollar campañas educativas y de sensibilización dirigidas tanto a la población general como al personal sanitario, centradas en el reconocimiento del impacto de la violencia de género sobre la salud reproductiva y su relación con el riesgo de parto prematuro. Dichas campañas deben promover la desnaturalización de la violencia, la identificación temprana de señales de alerta y la difusión de los servicios de apoyo disponibles dentro y fuera del ámbito hospitalario.
6. Promover investigaciones longitudinales y multicéntricas que permitan establecer relaciones causales sólidas entre la violencia de género y los resultados obstétricos, así como evaluar la eficacia y costo-efectividad de las distintas estrategias de intervención

implementadas. Este tipo de estudios contribuirá al diseño de políticas públicas sostenibles y culturalmente adaptadas a las diversas realidades del país.

Las recomendaciones formuladas requieren un enfoque integral, sostenido y articulado entre los distintos niveles del sistema de salud y la sociedad en su conjunto, a fin de abordar de manera efectiva una problemática que trasciende el ámbito médico y constituye un desafío prioritario para la protección de los derechos humanos y la promoción de la salud materno-infantil.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Violencia contra la mujer. [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). CEPAL: Al menos 4 473 mujeres fueron víctimas de feminicidio en América Latina y el Caribe en 2021. [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/comunicados/cepal-al-menos-4473-mujeres-fueron-victimas-feminicidio-america-latina-caribe-2021>
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). 63 de cada 100 mujeres de 15 a 49 años de edad fue víctima de violencia familiar alguna vez en su vida por parte del esposo o compañero. [Internet]. 2021. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/63-de-cada-100-mujeres-de-15-a-49-anos-de-edad-fue-victima-de-violencia-familiar-alguna-vez-en-su-vida-por-parte-del-esposo-o-companero-11940/>
4. Guevara-Ríos E. La prematuridad: Un problema de salud pública. Rev Peruana Investig Materno Perinatal. 2023;12(1). Disponible en: <https://doaj.org/article/1afb6ffb8fb64c98a8e8f309c00dd846>
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS). 152 millones de bebés nacieron prematuramente en la última década. [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/15-6-2023-152-millones-bebes-nacieron-prematuramente-ultima-decada>
6. Anon. Asociación entre la violencia de pareja durante el embarazo y el riesgo de parto pretérmino. [Internet]. 2023. Disponible en: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-024-18781-7>
7. Cancan G. Asociaciones entre la violencia de pareja y resultados adversos del parto durante el embarazo. [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/medicine/articles/10.3389/fmed.2023.1140787/full#B2>
8. Habtamu G. Violencia de pareja durante el embarazo y resultados adversos del parto en Etiopía. [Internet]. 2022. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0275836#pone.0275836.ref048>
9. Abay W. Violencia de pareja durante el embarazo y el parto prematuro entre madres que dieron a luz en hospitales públicos, región de Amhara, Etiopía: un estudio de casos y controles. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.ajol.info/index.php/ejhd/article/view/201269>

10. Pastor G. Violencia de género en mujeres embarazadas y resultados en la salud de la madre y del recién nacido. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/108913/Pastor%20Moreno%2c%20Guadalupe%20Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Medina D. Violencia física y psicológica contra la mujer embarazada. [Internet]. 2024. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-346025>
12. Díaz V, Rodríguez K. Relación entre la violencia intrafamiliar y el riesgo relacional madre-recién nacido en el Centro de Salud Alto Trujillo. El Porvenir. 2020. [Internet]. 2022. Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/9381/REP_VER%C3%93NICA.D%C3%8DAZ_KARINA.RODRIGUEZ_VIOLENCIA.INTRAFAMILIAR.pdf
13. Correa M. Complicaciones maternas asociadas a la violencia física, psicológica y sexual durante el embarazo en el Hospital de Vitarte, Lima, Perú. [Internet]. 2022. Disponible en: <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/140/154>
14. Quevedo F. Violencia basada en género en gestantes como factor de riesgo para las complicaciones maternas y perinatales. [Internet]. 2021. Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/6313/T061_73305709_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
15. Herrera C. La violencia basada en género en gestantes y las complicaciones maternas y perinatales en el Hospital Huaycán. [Internet]. 2021. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/8996/Herrera_MCHI.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Sampieri RH, Torres CPM. Metodología de la investigación: las rutas: cuantitativa, cualitativa y mixta. 6.^a ed. México: Interamericana; 2018. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/e51e0bf46dfe1d41ab04b9b433e8b2f2db9fc563>
17. Supo J. Seminarios de investigación científica. Metodología de la investigación científica para las ciencias de la salud. [Internet]. 2012. Disponible en: <http://red.unal.edu.co/cursos/ciencias/1000012/un3/pdf/seminv-sinopsis.pdf>
18. Loinaz I, Echeburúa E, Ortiz-Tallo M, Amor PJ. Validación de la versión revisada de la Conflict Tactics Scales (CTS-2) en español. Madrid: Ministerio del Interior, Secretaría General Técnica; 2012.
19. Domínguez-Vergara J, Santa-Cruz-Espinoza H, Tirado-Bocanegra P. Psychometric evidence of the Woman Abuse Screening Tool in Peruvian women victims and non-

- victims of intimate partner violence. *Ter Psicol* [Internet]. 2024;42(3):415-37. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-48082024000300415>
20. Center for Substance Abuse Treatment. [table], the revised conflict tactics scale (CTS2) (for couples). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 1997. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64439/table/A47350/>
 21. Center for Substance Abuse Treatment. Substance Abuse Treatment and Domestic Violence. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 25. HHS Publication No. (SMA) 12-4076. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 1997.
 22. Retureta-Milán SE, Casas-Rodríguez L, Posada-Fernández PE, Retureta-Milán ME, Roque-Morgado M, Ramírez-Leiva E. Escala de riesgo obstétrico de parto prematuro para gestantes en el primer nivel de atención a la salud. *Rev Med Electrón Ciego Avila*. 2020;26(2):e1392. Disponible en: <https://revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/1392/2048>
 23. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Violencia de género. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/relacsis-0/foro-dr-roberto-becker/violencia-genero>
 24. Organización Mundial de la Salud (OMS). Nacimientos prematuros. [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
 25. Vacacela Márquez S, Mideros Mora A. Identificación de los factores de riesgo de violencia de género en el Ecuador como base para una propuesta preventiva. *Desarro Soc* [Internet]. 2022;(91):111-42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.13043/dys.91.3>
 26. Diago Caballero D, Salabarría Fernández M, Torriente Barzaga N. La violencia doméstica: su impacto en la salud reproductiva. *Rev habanera cienc médicas* [Internet]. 2009;8(3):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2009000300009&script=sci_arttext

VIII. ANEXOS

8.1. Instrumento de recolección de datos (Anexo 1)

Título: Violencia de género durante el embarazo y riesgo de parto prematuro en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica-2025

Estimada participante,

En primer lugar, queremos agradecerle por su valioso tiempo y disposición para completar este cuestionario. Su participación es fundamental para nuestra investigación titulada "Violencia de género durante el embarazo y riesgo de parto prematuro en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica-2025". Este estudio busca comprender mejor la relación entre la violencia de género y el riesgo obstétrico, con el fin de contribuir a estrategias de prevención y mejora de la atención a las gestantes. Queremos asegurarle que la información que proporcione será tratada con la más estricta confidencialidad y utilizada únicamente con fines científicos. No es necesario que escriba su nombre ni ningún dato que la identifique personalmente. Su participación es completamente voluntaria y, en cualquier momento, puede decidir no responder alguna pregunta si no se siente cómoda.

Instrucciones: Le pedimos que responda con total honestidad, ya que sus respuestas nos ayudarán a visibilizar una problemática que afecta a muchas mujeres y a desarrollar estrategias de apoyo más eficaces.

I. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Pregunta	Escala de medición
Edad	<input type="checkbox"/> Menos de 18 años <input type="checkbox"/> 18-24 <input type="checkbox"/> 25-34 <input type="checkbox"/> 35-44 <input type="checkbox"/> 45 o más
Nivel socioeconómico	<input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto
Nivel educativo	<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Terciaria o Universitaria
Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Conviviente
¿Ha experimentado violencia de género previamente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Situación laboral	<input type="checkbox"/> Empleada <input type="checkbox"/> Desempleada <input type="checkbox"/> Ama de casa

Frecuencia de consultas prenatales	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Esporádica <input type="checkbox"/> No ha asistido
Calidad del acceso a atención médica	<input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Deficiente
¿Ha participado en programas de prevención y seguimiento durante el embarazo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuenta con apoyo emocional y físico de familiares y amigos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Grado de apoyo del entorno social	<input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Bajo
¿Se siente sola o aislada durante su embarazo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha experimentado ansiedad o depresión durante el embarazo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Siente estrés o malestar emocional relacionado con la violencia de género?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha utilizado servicios de salud mental o apoyo psicológico durante su embarazo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

II. CUESTIONARIO N°1. Violencia de Género Durante el Embarazo combinando WAST + CTS-2

Nota: este cuestionario fusiona los cuestionarios **WAST** y **CTS-2** para medir de manera integral la **violencia de género durante el embarazo**, asegurando que se aborden todas sus dimensiones de manera estructurada y con un enfoque preventivo.

Dimensión 1: Estrategias de negociación (CTS-2)

N°	Pregunta	Dimensión	Escala de Medición (Likert 7 puntos)
1	Mi pareja mostró respeto por mis sentimientos durante un desacuerdo.	Estrategias de negociación	<input type="radio"/> 0 = Nunca ocurrió <input type="radio"/> 1 = Una vez en el último año <input type="radio"/> 2 = Dos veces en el último año <input type="radio"/> 3 = 3 a 5 veces en el último año <input type="radio"/> 4 = 6 a 10 veces en el último año

			<ul style="list-style-type: none"> ○ 5 = 11 a 20 veces en el último año ○ 6 = Más de 20 veces en el último año
2	Después de una discusión, mi pareja mostró arrepentimiento o trató de enmendar la situación.	Estrategias de negociación	<ul style="list-style-type: none"> ○ 0 = Nunca ocurrió ○ 1 = Una vez en el último año ○ 2 = Dos veces en el último año ○ 3 = 3 a 5 veces en el último año ○ 4 = 6 a 10 veces en el último año ○ 5 = 11 a 20 veces en el último año ○ 6 = Más de 20 veces en el último año

Dimensión 2: Violencia psicológica (WAST + CTS-2)

Nº	Pregunta	Dimensión	Escala de Medición (Likert 3 puntos - WAST) / (Likert 7 puntos - CTS-2)
3	¿Cómo describiría la relación con su pareja?	Violencia psicológica	(1) Muy tensa / (2) Algo tensa / (3) No tensa
4	¿Pelea usted con su pareja?	Violencia psicológica	(1) Muchas veces / (2) Algunas veces / (3) Nunca
5	¿Su pareja la ha insultado, gritado o menospreciado?	Violencia psicológica	(1) Muchas veces / (2) Algunas veces / (3) Nunca
6	Durante una discusión, mi pareja me gritó o insultó.	Violencia psicológica	<ul style="list-style-type: none"> ○ 0 = Nunca ocurrió ○ 1 = Una vez en el último año ○ 2 = Dos veces en el último año ○ 3 = 3 a 5 veces en el último año ○ 4 = 6 a 10 veces en el último año

			<ul style="list-style-type: none"> ○ 5 = 11 a 20 veces en el último año ○ 6 = Más de 20 veces en el último año
7	<p>Mi pareja intentó controlar lo que hago o con quién hablo.</p>	Violencia psicológica	<ul style="list-style-type: none"> ○ 0 = Nunca ocurrió ○ 1 = Una vez en el último año ○ 2 = Dos veces en el último año ○ 3 = 3 a 5 veces en el último año ○ 4 = 6 a 10 veces en el último año ○ 5 = 11 a 20 veces en el último año ○ 6 = Más de 20 veces en el último año
8	<p>Mi pareja amenazó con dejarme sin dinero o recursos si no hacía lo que él quería.</p>	Violencia psicológica	<ul style="list-style-type: none"> ○ 0 = Nunca ocurrió ○ 1 = Una vez en el último año ○ 2 = Dos veces en el último año ○ 3 = 3 a 5 veces en el último año ○ 4 = 6 a 10 veces en el último año ○ 5 = 11 a 20 veces en el último año ○ 6 = Más de 20 veces en el último año
9	<p>Mi pareja me prohibió buscar atención médica o salir sola.</p>	Violencia psicológica	<ul style="list-style-type: none"> ○ 0 = Nunca ocurrió ○ 1 = Una vez en el último año ○ 2 = Dos veces en el último año ○ 3 = 3 a 5 veces en el último año ○ 4 = 6 a 10 veces en el último año

			<ul style="list-style-type: none"> ○ 5 = 11 a 20 veces en el último año ○ 6 = Más de 20 veces en el último año
--	--	--	--

Dimensión 3: Violencia física y sexual (WAST + CTS-2)

Nº	Pregunta	Dimensión	Escala de Medición (Likert 3 puntos - WAST) / (Likert 7 puntos - CTS-2)
10	¿Ha sido empujada, golpeada o físicamente lastimada por su pareja?	Violencia física y sexual	(1) Muchas veces / (2) Algunas veces / (3) Nunca
11	Durante una discusión, mi pareja me empujó o jaloneó.	Violencia física (leve)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 0 = Nunca ocurrió ○ 1 = Una vez en el último año ○ 2 = Dos veces en el último año ○ 3 = 3 a 5 veces en el último año ○ 4 = 6 a 10 veces en el último año ○ 5 = 11 a 20 veces en el último año ○ 6 = Más de 20 veces en el último año
12	¿Su pareja ha intentado forzarla a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad?	Violencia física y sexual	(1) Muchas veces / (2) Algunas veces / (3) Nunca
13	¿Su pareja la ha forzado sexualmente alguna vez?	Violencia física y sexual	(1) Muchas veces / (2) Algunas veces / (3) Nunca

Dimensión 4: Coacción sexual

14	Mi pareja insistió en tener relaciones sexuales cuando yo no quería, sin usar fuerza física.	Coacción sexual	<input type="radio"/> 0 = Nunca ocurrió <input type="radio"/> 1 = Una vez en el último año <input type="radio"/> 2 = Dos veces en el último año <input type="radio"/> 3 = 3 a 5 veces en el último año <input type="radio"/> 4 = 6 a 10 veces en el último año <input type="radio"/> 5 = 11 a 20 veces en el último año <input type="radio"/> 6 = Más de 20 veces en el último año
----	--	-----------------	--

III. CUESTIONARIO N°2. Escala de riesgo de parto prematuro (Obstetric risk scale for preterm birth for pregnant women in the first level of health care) y factores asociados

Factores de riesgo obstétrico (Original, unidimensional)

N°	Pregunta	Escala de Medición	Puntaje Máximo
1	¿Ha tenido un parto prematuro en embarazos anteriores?	<input type="radio"/> Sí (7 puntos) <input type="radio"/> No (0 puntos)	7
2	¿Está esperando un embarazo múltiple (gemelos, trillizos, etc.)?	<input type="radio"/> Sí (7 puntos) <input type="radio"/> No (0 puntos)	7
3	¿Ha tenido infecciones urinarias durante el embarazo?	<input type="radio"/> Sí (5 puntos) <input type="radio"/> No (0 puntos)	5
4	¿Tenía un peso materno deficiente al inicio del embarazo?	<input type="radio"/> Sí (5 puntos) <input type="radio"/> No (0 puntos)	5
5	¿Proviene de una familia con disfunción familiar?	<input type="radio"/> Sí (5 puntos) <input type="radio"/> No (0 puntos)	5
6	¿Ha presentado infecciones vaginales durante el embarazo?	<input type="radio"/> Sí (5 puntos) <input type="radio"/> No (0 puntos)	5
7	¿Ha tenido una ganancia de peso baja durante el embarazo?	<input type="radio"/> Sí (4 puntos) <input type="radio"/> No (0 puntos)	4
8	¿Tiene el hábito de fumar?	<input type="radio"/> Sí (2 puntos) <input type="radio"/> No (0 puntos)	2

Identificación de violencia de género (factor asociado)

Nº	Pregunta	Escala de Medición
9	Durante su embarazo, ¿ha experimentado alguna forma de violencia de parte de su pareja u otra persona cercana?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10	Si respondió "Sí" en la pregunta anterior, ¿qué tipo de violencia ha experimentado? (Puede marcar más de una opción)	<input type="checkbox"/> Física (golpes, empujones, agresión con objetos) <input type="checkbox"/> Psicológica (insultos, amenazas, control excesivo) <input type="checkbox"/> Sexual (obligación de tener relaciones sexuales sin consentimiento) <input type="checkbox"/> Económica (restricción del acceso a dinero, dependencia financiera impuesta)
11	¿Con qué frecuencia ha experimentado estos eventos durante el embarazo?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Ocasionalmente (1-2 veces) <input type="checkbox"/> Frecuentemente (más de 3 veces) <input type="checkbox"/> Todo el tiempo

Percepción del impacto de la violencia en la salud reproductiva (factor asociado)

#	Pregunta	Escala de medición
12	¿Cree que la violencia que ha experimentado puede afectar su embarazo o su salud?	<input type="checkbox"/> Sí, mucho <input type="checkbox"/> Sí, en cierta medida <input type="checkbox"/> No, no creo que tenga impacto
13	¿Qué consecuencias considera que puede generar la violencia durante el embarazo? (Marque todas las que considere aplicables)	<input type="checkbox"/> Parto prematuro <input type="checkbox"/> Bajo peso al nacer <input type="checkbox"/> Estrés y ansiedad en la madre <input type="checkbox"/> Depresión postparto <input type="checkbox"/> No sé
14	¿Ha recibido apoyo emocional durante el embarazo?	<input type="checkbox"/> Sí, de mi pareja <input type="checkbox"/> Sí, de familiares o amigos <input type="checkbox"/> No he recibido apoyo

Agradecemos profundamente su colaboración y confianza. Su participación es invaluable para mejorar la salud materna y fortalecer la atención a mujeres gestantes en situación de vulnerabilidad.

8.2. Consentimiento informado (Anexo 2)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....identificado con N° de DNI....., que habiendo recibido toda la información verbal y escrita para participar en el proyecto de investigación, tomando en cuenta la naturaleza del estudio, los objetivos y el propósito en que está orientado, autorizo se realice la encuesta y que se tome toda la información necesaria para la ejecución del Proyecto de investigación: **Violencia de género durante el embarazo y riesgo de parto prematuro en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica-2025.**

Firma del encuestado(a)

8.3. Validez del instrumento: Jueces expertos (Anexo 3)



UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
 FACULTAD DE OBSTETRICIA
 ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



ESCALA DE CALIFICACIÓN PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): Mag. Rocío Magali Chanó Hernández.

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

Violencia de género durante el embarazo y riesgo de parto prematuro en pacientes del Hospital Santa María de Secorco, Ica - 2025.

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

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	1		
2. La estructura del instrumento es adecuada	1		
3. Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	1		
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	1		
5. Los ítems son claros y entendibles	1		
6. EL número de ítems es adecuado para su aplicación	1		

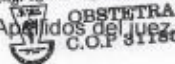
SUGERENCIAS:

Ninguna.

Ica,19... defebrero..... del 2025


Mag. Rocío Magali Chanó Hernández

Nombres y Apellidos del juez experto - Firma





ESCALA DE CALIFICACIÓN PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): Mg. Cesar Augusto Peña Castillo

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

Violencia de género durante el embarazo y riesgo de parto prematuro en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica - 2025

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

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2. La estructura del instrumento es adecuada	X		
3. Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	X		
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
5. Los ítems son claros y entendibles	X		
6. EL número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS:

NINGUNA.

Ica, 18 de Febrero del 2025

Nombres y Apellidos del juez experto - Firma



UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"

FACULTAD DE OBSTETRICIA

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



ESCALA DE CALIFICACIÓN PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): Mg. Nancy Espino Abregu

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

Violencia de género durante el embarazo y riesgo
de parto prematuro en pacientes del Hospital
Santa María del Socorro, Ica - 2025.

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

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2. La estructura del instrumento es adecuada	X		
3. Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	X		
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
5. Los ítems son claros y entendibles	X		
6. EL número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS:

NINGUNA.

Ica, 18 de febrero del 2025

Mg. Nancy Espino Abregu
ESPECIALISTA EN MONITOREO FETAL Y
DIAGNÓSTICO POR IMAGENES EN OBSTETRICIA
COP. 26118 RENDE N°2946 - E.02

Nombres y Apellidos del juez experto - Firma

8.4. Matriz de consistencia

Título del informe final de tesis: Violencia de género durante el embarazo y riesgo de parto prematuro en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica-2025

Autor: Bach. Yallico Huaman, Ganira Geraldine

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es la relación entre la violencia de género experimentada durante el embarazo y el riesgo de parto prematuro en mujeres atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica-2025?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Analizar la relación entre la violencia de género experimentada durante el embarazo y el riesgo de parto prematuro en mujeres atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica-2025.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Ha. La violencia de género durante el embarazo está asociada significativamente con un mayor riesgo de parto prematuro en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica-2025.</p> <p>Ho. La violencia de género durante el embarazo no está asociada significativamente con un mayor riesgo de parto prematuro en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica-2025.</p>	<p>V. Independiente</p> <p>Violencia de género durante el embarazo</p> <p>V. dependiente</p> <p>Riesgo de parto prematuro (Variable dependiente)</p>	<p>Tipo de investigación</p> <p>Observacional, transversal y prospectiva, correlacional.</p> <p>Nivel de investigación</p> <p>Relacional.</p> <p>Diseño de investigación</p> <p>No experimental</p>
<p>Problemas específicos</p> <p>PE1: ¿Cuál es la prevalencia de violencia de género durante el embarazo en las mujeres atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica-2025?</p>	<p>Objetivos específicos</p> <p>OE1: Identificar la prevalencia de violencia de género durante el embarazo en las mujeres atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica-2025.</p> <p>OE2: Determinar el tipo y la intensidad de la violencia de</p>	<p>Hipótesis específicas</p> <p>HaE1. Las mujeres que experimentan violencia física durante el embarazo tienen un mayor riesgo de parto prematuro en comparación con aquellas que no experimentan violencia física.</p> <p>HoE1. No existe asociación significativa en las mujeres que experimentan violencia física durante el embarazo en la posibilidad de tener riesgo de parto prematuro en</p>	<p>Variables secundarias:</p> <p>Variables sociodemográficas</p> <p>Acceso a servicios de</p>	<p>Población</p> <p>La población de estudio fue conformada por mujeres embarazadas a término y púerperas inmediatas que reciben atención en el</p>

<p>PE2: ¿Qué tipos e intensidades de violencia de género experimentan las mujeres embarazadas durante el período gestacional?</p> <p>PE3: ¿Qué factores sociodemográficos (edad, nivel socioeconómico, antecedentes de violencia, etc.) influyen en la relación entre la violencia de género y el riesgo de parto prematuro?</p> <p>PE4: ¿Cuál es la percepción de las mujeres sobre la relación entre la violencia de género y su salud reproductiva, especialmente respecto a los riesgos de parto prematuro?</p>	<p>género experimentada por las mujeres embarazadas (física, emocional, sexual, económica) durante el período gestacional.</p> <p>OE3: Investigar los factores sociodemográficos (edad, nivel socioeconómico, antecedentes de violencia, etc.) que podrían influir en la relación entre la violencia de género y el riesgo de parto prematuro.</p> <p>OE4: Examinar la percepción de las mujeres sobre la relación entre la violencia de género y su salud reproductiva, especialmente en lo que respecta a los riesgos de parto prematuro.</p>	<p>comparación con aquellas que no experimentan violencia física.</p> <p>HaE2. Las mujeres que sufren violencia emocional o psicológica durante el embarazo presentan una mayor probabilidad de parto prematuro que aquellas que no padecen este tipo de violencia.</p> <p>HoE2. No existe una diferencia significativa en la probabilidad de parto prematuro entre las mujeres que sufren violencia emocional o psicológica durante el embarazo y aquellas que no la padecen.</p> <p>HaE3. El riesgo de parto prematuro es mayor en mujeres que experimentan múltiples formas de violencia de género (física, emocional, sexual y económica) durante el embarazo, en comparación con aquellas que solo experimentan un tipo de violencia o ninguna.</p> <p>HoE3. No existe una diferencia significativa en el riesgo de parto prematuro entre las mujeres que experimentan múltiples formas de violencia de género durante el embarazo y aquellas que solo experimentan un tipo de violencia o ninguna.</p> <p>HaE4. Factores sociodemográficos, como la edad, el nivel socioeconómico y el historial de violencia, modulan la relación entre la violencia de género durante el embarazo y</p>	<p>salud (Variable moderadora)</p> <p>Apoyo social y familiar (Variable mediadora)</p> <p>Estrés y salud mental durante el embarazo (Variable mediadora)</p>	<p>Hospital Santa María del Socorro, Ica, durante el año 2025.</p> <p>Muestra</p> <p>La muestra fue conformada por 120 mujeres embarazadas a término y puérperas inmediatas que reciben atención en el Hospital Santa María del Socorro, Ica, durante el año 2025.</p> <p>Muestreo</p> <p>Probabilístico aleatorio simple.</p>
--	---	--	--	--

		<p>el riesgo de parto prematuro, siendo las mujeres jóvenes y de bajo nivel socioeconómico más vulnerables a este riesgo.</p> <p>HoE4. Factores sociodemográficos, como la edad, el nivel socioeconómico y el historial de violencia, no modulan la relación entre la violencia de género durante el embarazo y el riesgo de parto prematuro.</p> <p>HaE5. El acceso limitado a servicios de salud y el bajo nivel de apoyo social aumentan la probabilidad de parto prematuro en mujeres embarazadas que experimentan violencia de género.</p> <p>HoE5. El acceso limitado a servicios de salud y el bajo nivel de apoyo social no afectan significativamente la probabilidad de parto prematuro en mujeres embarazadas que experimentan violencia de género.</p>		
--	--	---	--	--

8.5. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES (ÍTEMS)	CANTIDAD DE PREGUNTAS	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTAJE POR DIMENSIÓN	PUNTAJE GENERAL	VALOR
Variable: Riesgo de parto prematuro (Variable dependiente)	Hace referencia a la probabilidad de que el parto se produzca antes de completar las 37 semanas de gestación (23).	Evaluación del nivel de riesgo con base en factores obstétricos y otros elementos asociados, mediante un cuestionario estructurado (21).	Estrategias de negociación (CTS-2)	- Expresión de respeto en desacuerdos - Diálogo después de discusiones	2	Likert (0 - 6) 0 = Nunca ocurrió 1 = Una vez en el último año 2 = Dos veces en el último año 3 = 3 a 5 veces en el último año 4 = 6 a 10 veces en el último año 5 = 11 a 20 veces en el último año 6 = Más de 20 veces en el último año	Bajo (0-4), Moderado (5-8), Alto (9-12)	Bajo (0-4), Moderado (5-8), Alto (≥9)	Ordinal
			Violencia psicológica (CTS-2 + WAST)	- Gritos e insultos - Control coercitivo - Amenazas económicas - Restricción de acceso a atención		9	Likert (0 - 6) (CTS-2) / Likert (1 - 3) (WAST)	Bajo (5-8), Moderado (9-16), Alto (17-24)	

	médica - Depresión inducida por la pareja				
Violencia física y sexual (CTS- 2 + WAST)	- Empujones y jaloneos - Relaciones sexuales forzadas sin consentimiento - Control sobre el acceso a métodos anticonceptivos - Coacción para mantener relaciones sexuales sin protección	5	Likert (0 - 6) (CTS-2) / Likert (1 - 3) (WAST)	Bajo (3-4), Moderado (5-6), Alto (≥ 7)	Bajo (3-4), Moderado (5- 6), Alto (≥ 7)
Coacción sexual (CTS-2)	- Insistencia en relaciones sexuales sin uso de fuerza	1	Likert (0 - 6)	Sin evidencia (0-2), Moderado (3-4), Alto (5-6)	Sin evidencia (0-2), Moderado (3- 4), Alto (≥ 5)

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES (ÍTEMS)	CANTIDAD DE PREGUNTAS	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTAJE GENERAL	VALOR
Riesgo de parto prematuro (Variable dependiente)	Riesgo de que el parto ocurra antes de las 37 semanas de gestación (24).	Evaluación del nivel de riesgo basado en factores obstétricos de la gestante y factores asociados mediante un cuestionario estructurado (22).	Unidimensional (no tiene dimensiones ya que se mide de manera global)	- Antecedente de parto prematuro - Embarazo múltiple - Infecciones urinarias - Peso materno deficiente - Disfunción familiar - Infecciones vaginales - Ganancia de peso baja - Hábito de fumar	8	Sí (Puntaje asignado) No (0 puntos)	Bajo (<10) Alto (≥10)	Ordinal
Factor asociado agregado: Identificación de violencia de género	Presencia de violencia de género durante el embarazo, incluyendo violencia física, psicológica, sexual y económica (25).	Evaluación de la presencia, tipo y frecuencia de violencia experimentada mediante autoinforme.	Unidimensional (mide los tipos de violencia y la frecuencia de violencia)	- Presencia de violencia (Sí/No) - Tipo de violencia (Física, Psicológica, Sexual, Económica) - Frecuencia de violencia	3	Categoría () Sí () No Física (3 puntos) / Psicológica (2 puntos) / Sexual (3 puntos) / Económica (2 puntos)	No aplica (Sistema de puntuación se mide por pregunta, para un análisis más detallado de cada factor)	Nominal

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES (ÍTEMS)	CANTIDAD DE PREGUNTAS	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTAJE GENERAL	VALOR
Factores sociodemográficos (Variable moderadora)	Características personales y sociales de las mujeres que podrían influir en la relación entre violencia de género y riesgo de parto prematuro.	Registro de datos demográficos y antecedentes personales de la gestante.	- Edad - Nivel socioeconómico - Nivel educativo - Estado civil - Historial de violencia - Situación laboral	6	Categórica (Nominal)	No aplica	Nominal
Acceso a servicios de salud (Variable moderadora)	Disponibilidad y calidad de los servicios de salud durante el embarazo.	Evaluación del acceso y uso de los servicios de salud prenatal.	- Frecuencia de consultas prenatales - Calidad del acceso médico - Participación en programas prenatales	3	Categórica (Nominal)	No aplica	Nominal
Apoyo social y familiar (Variable mediadora)	Presencia o ausencia de apoyo social y familiar durante el embarazo.	Evaluación de la disponibilidad de redes de apoyo en la gestante.	- Apoyo de pareja/familia - Grado de apoyo social - Percepción de aislamiento	3	Categórica (Nominal)	No aplica	Nominal
Estrés y salud mental durante el embarazo (Variable mediadora)	Los efectos del estrés y problemas de salud mental derivados de la violencia de género durante el embarazo.	Evaluación del nivel de ansiedad, depresión y percepción de estrés de la gestante.	- Presencia de ansiedad o depresión - Percepción de estrés relacionado con violencia - Uso de servicios de salud mental	3	Categórica (Nominal)	No aplica	Nominal

8.6. Carta de aceptación para ejecución de Proyecto de Tesis por el director del Hospital Santa María del Socorro de Ica



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE ICA
U.E. 405 HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO-ICA
"Año de la Recuperación y Consolidación De La Economía Peruana"



Ica, 16 de junio del 2025

MEMORANDO N° 185-2025-HSMSI-ACAP/J-UADI

PARA : DR. CARLOS HUGO GUERRERO CHACALTANA
Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia

ASUNTO : BRINDAR FACILIDADES A LA TESISTA recolección de Datos.

REF : Exp. 500

Me dirijo a usted, para comunicarle que la tesista de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, señorita **YALICO HUAMAN GANIRA GERALDINE**, Profesional de Obstetricia, cuenta con la aprobación del Comité de Ética e Investigación del Hospital Santa María Del Socorro, de Ica, para aplicar su instrumento de investigación (con la modalidad de Encuesta) de la Tesis; **"Violencia de género durante el embarazo y riesgo de parto prematuro en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica-2025"** facilidades correspondientes.

Asimismo, se indica que este documento no tiene valor oficial para ser presentado externamente, ya que solo es referencial para que la tesista extraiga información, que será sometida a consideración del Comité de Ética e investigación del Hospital, quien validara los datos (Informe Final) al 100% al término de la investigación con la finalidad que se expida la constancia de conformidad de datos.

Atentamente

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

MG. C.D. LUIS ALFREDO HUARANCCA TIPIANA
Jefe Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

c.c. Archivo.
Tesisista: Yallico Huaman Ganira Geraldine
LHTJ-UADI

Calle Castrovirreyna N°759
UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION
Email: udocencia@hospitalsoorroica.gob.pe
Ica

Ica, 17 de Junio 2025



PROVEIDO N° 019 -2025-HSMSI-DPTO-G.O

Visto el documento presentado por la Obstetra. **YALICO HUAMAN GANIRA GERALDINE**, donde solicita facilidades para realizar Recopilación de datos Tesis; Violencia de Genero durante el embarazo y riesgo de parto prematuro en pacientes en el servicio de Gineco-Obstetricia

Esta jefatura no tiene ningún inconveniente en aceptar lo solicitado

Atentamente,


Carlos H. Guerrero Chacaltana
GINECO-OBSTETRA
C.M.P. N° 33506 R.N.E. N° 21485
JEFE DPTO G.O

8.7. Constancia de ejecución de Proyecto de Tesis por el director del Hospital Santa María del Socorro de Ica



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE ICA
U.E. 405 HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO-ICA
"Año de La Recuperación y la Consolidación de La Economía Peruana"



CÓDIGO DE REGISTRO: R-2025-100-58

CONSTANCIA

Se suscribe, en calidad de presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) del Hospital Santa María del Socorro, certifico que el Informe Final de Investigación para realizar la tesis de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, con título **"Violencia de Genero Durante el embarazo y Riesgo de parto prematuro en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica-2025"** ha sido evaluado y aprobado por nuestro comité. Confirmamos que el informe final del proyecto de tesis para optar el Título Profesional cumple con los estándares requeridos y que se ejecutará bajo la responsabilidad de la investigadora, **YALLICO HUAMAN GANIRA GERALDINE**, Este proyecto incluye los siguientes documentos:

- Informe Final
- Declaración de la investigadora
- Modalidad encuesta

La aprobación es válida por un año hasta el año **25/07/2026**. Se deberá iniciar el proceso de renovación 30 días antes de su vencimiento.

En caso de requerir una renovación, la investigadora principal deberá someterse a una nueva revisión por parte del CIEI al menos un mes antes de la fecha de expiración.

Como investigadora principal, es su responsabilidad informar al CIEI sobre cualquier modificación al protocolo aprobado que pueda requerir una enmienda al proyecto. Además, se espera que responda a las solicitudes de seguimiento del proyecto realizadas por el CIEI y notifique la finalización del estudio de acuerdo con los reglamentos establecidos.

Ica, 08 de agosto del 2025

DR. JORGE LUIS YBASETA MEDINA
PRESIDENTE DEL CIEI DEL HOSPITAL SANTA
MARIA DEL SOCORRO

cc. La investigadora.

HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO DE ICA
Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
GOBIERNO REGIONAL DE ICA
Calle Castrovirreyna N°759
Ica

8.8.B ase de datos

BASE DE DATOS GANARAJAR [Componentes] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

ID	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Pérdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	ID	Número	3	0		Ninguna	Ninguna	12	Derecha	Escala	Entrada
2	Edad	Número	1	0	Edad	{1, 18 a 24}	Ninguna	12	Derecha	Escala	Entrada
3	Nivel_educat	Número	1	0	Nivel educativo	{1, Primaria}	Ninguna	12	Derecha	Ordinal	Entrada
4	Estado_civil	Número	1	0	Estado civil	{1, Soltera}	Ninguna	12	Derecha	Nominal	Entrada
5	Violencia_g	Número	1	0	Violencia de g	{0, No}	Ninguna	12	Derecha	Escala	Entrada
6	Situacion_la	Número	1	0	Situación laboral	{1, Emplead	Ninguna	12	Derecha	Escala	Entrada
7	Estrat_P1	Número	1	0	P1	Ninguna	Ninguna	12	Derecha	Escala	Entrada
8	Estrat_P2	Número	1	0	P2	Ninguna	Ninguna	12	Derecha	Escala	Entrada
9	Paico_P3	Número	1	0	P3	Ninguna	Ninguna	12	Derecha	Escala	Entrada
10	Paico_P4	Número	1	0	P4	Ninguna	Ninguna	12	Derecha	Escala	Entrada
11	Paico_P5	Número	1	0	P5	Ninguna	Ninguna	12	Derecha	Escala	Entrada
12	Paico_P6	Número	1	0	P6	Ninguna	Ninguna	12	Derecha	Escala	Entrada
13	Paico_P7	Número	1	0	P7	Ninguna	Ninguna	12	Derecha	Escala	Entrada
14	Paico_P8	Número	1	0	P8	Ninguna	Ninguna	12	Derecha	Escala	Entrada
15	Paico_P9	Número	1	0	P9	Ninguna	Ninguna	12	Derecha	Escala	Entrada
16	Fisica_P10	Número	1	0	P10	Ninguna	Ninguna	12	Derecha	Escala	Entrada
17	Fisica_P11	Número	1	0	P11	Ninguna	Ninguna	12	Derecha	Escala	Entrada
18	Sexual_P12	Número	1	0	P12	Ninguna	Ninguna	12	Derecha	Escala	Entrada
19	Sexual_P13	Número	1	0	P13	Ninguna	Ninguna	12	Derecha	Escala	Entrada
20	Coaccion_P	Número	1	0	P14	Ninguna	Ninguna	12	Derecha	Escala	Entrada
21	Puntaje_Est	Número	0	0	Escalas de	Ninguna	Ninguna	12	Derecha	Escala	Entrada
22	Puntaje_Pa	Número	2	0	Violencia emoc	Ninguna	Ninguna	12	Derecha	Escala	Entrada
23	Puntaje_Fis	Número	2	0	Violencia física	Ninguna	Ninguna	12	Derecha	Escala	Entrada
24	Puntaje_Ge	Número	1	0	Coacción sexu	Ninguna	Ninguna	12	Derecha	Escala	Entrada
25	Suma_Viol	Número	0	0	Sumatoria	Ninguna	Ninguna	12	Derecha	Escala	Entrada
26	Nivel_Viol	Número	1	0	Nivel de violen	{1, Bajo}	Ninguna	12	Derecha	Escala	Entrada
27	Paic_Prem	Número	1	0	Incidencia de p	{0, No tuv	Ninguna	12	Derecha	Escala	Entrada
28	Embarazo	Número	1	0	P2	Ninguna	Ninguna	12	Derecha	Escala	Entrada
29	ITU	Número	1	0	P3	Ninguna	Ninguna	12	Derecha	Escala	Entrada
30	Paic_Defic	Número	1	0	P4	Ninguna	Ninguna	12	Derecha	Escala	Entrada
31	Defuncion	Número	1	0	P5	Ninguna	Ninguna	12	Derecha	Escala	Entrada
32	Infeccion_V	Número	1	0	P6	Ninguna	Ninguna	12	Derecha	Escala	Entrada
33	Quarancia_P	Número	1	0	P7	Ninguna	Ninguna	12	Derecha	Escala	Entrada
34	Fump	Número	0	0	P8	Ninguna	Ninguna	12	Derecha	Escala	Entrada
35	Puntaje_Ris	Número	2	0	Sumatoria 2	Ninguna	Ninguna	12	Derecha	Escala	Entrada
36	Nivel_Riesgo	Número	1	0	Nivel de riesgo	{0, Bajo ris	Ninguna	12	Derecha	Escala	Entrada
37	Viol_Paico	Número	6	0	Violencia emoc	{0, No hay p	Ninguna	12	Derecha	Escala	Entrada
38	Viol_Fisic	Número	6	0	Violencia física	{0, No hay p	Ninguna	12	Derecha	Escala	Entrada

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode ON

BASE DE DATOS GANARAJAR [Componentes] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

ID	Edad	Nivel_educat	Estado_civil	Violencia_g	Situacion_laboral	Estrat_P1	Estrat_P2	Paico_P3	Paico_P4	Paico_P5	Paico_P6	Paico_P7	Paico_P8	Paico_P9	P1
1	25 a 34 años	Superior	Comienzo	Si	Desempleada	0	0	0	2	2	6	3	2	0	0
2	35 a 44 años	Superior	Comienzo	No	Desempleada	1	6	1	1	2	6	0	1	0	0
3	25 a 34 años	Secundaria	Comienzo	Si	Desempleada	0	0	2	2	2	2	0	5	2	0
4	25 a 34 años	Primaria	Casada	Si	Desempleada	3	0	0	0	2	1	2	4	6	0
5	18 a 24 años	Secundaria	Soltera	No	Desempleada	6	3	2	0	2	2	6	3	3	0
6	18 a 24 años	Secundaria	Comienzo	Si	Am de casa	2	3	2	2	1	5	5	4	5	0
7	18 a 24 años	Superior	Casada	No	Empleada	1	2	0	2	1	5	4	3	2	0
8	35 a 44 años	Superior	Comienzo	No	Empleada	0	1	0	0	1	1	4	5	3	0
9	25 a 34 años	Primaria	Comienzo	Si	Am de casa	2	1	2	1	1	4	0	2	1	0
10	25 a 34 años	Secundaria	Comienzo	Si	Am de casa	1	4	0	1	2	1	1	4	5	0
11	18 a 24 años	Secundaria	Soltera	Si	Desempleada	6	4	0	2	2	3	5	6	1	0
12	35 a 44 años	Secundaria	Casada	Si	Desempleada	1	2	1	1	2	5	3	3	6	0
13	35 a 44 años	Primaria	Comienzo	Si	Empleada	6	3	1	0	0	0	1	2	4	0
14	18 a 24 años	Secundaria	Casada	No	Empleada	0	6	2	0	2	0	1	1	5	0
15	18 a 24 años	Superior	Soltera	Si	Desempleada	6	6	2	0	1	4	5	3	3	0
16	18 a 24 años	Secundaria	Casada	Si	Empleada	1	6	1	0	2	3	6	5	4	0
17	25 a 34 años	Secundaria	Comienzo	No	Desempleada	4	5	2	1	1	2	0	1	0	0
18	25 a 34 años	Superior	Casada	Si	Empleada	5	2	0	2	1	3	0	1	3	0
19	25 a 34 años	Secundaria	Casada	No	Am de casa	1	5	0	2	2	0	0	1	2	0
20	18 a 24 años	Superior	Soltera	Si	Am de casa	6	4	0	1	0	0	0	4	0	0
21	25 a 34 años	Superior	Casada	Si	Desempleada	5	1	1	0	0	5	4	3	0	0
22	18 a 24 años	Secundaria	Comienzo	No	Desempleada	6	0	0	0	0	3	0	1	2	0
23	18 a 24 años	Secundaria	Casada	No	Empleada	6	6	2	0	2	3	4	0	5	0
24	25 a 34 años	Secundaria	Casada	No	Am de casa	6	3	2	0	1	0	4	5	0	0
25	25 a 34 años	Secundaria	Comienzo	No	Desempleada	0	3	2	2	2	2	6	2	6	0
26	25 a 34 años	Primaria	Comienzo	No	Empleada	2	2	1	2	2	4	0	6	3	0
27	18 a 24 años	Secundaria	Casada	Si	Am de casa	1	1	0	1	1	6	2	3	4	0
28	25 a 34 años	Secundaria	Comienzo	Si	Am de casa	2	4	2	1	0	1	3	3	0	0
29	25 a 34 años	Primaria	Casada	No	Am de casa	6	6	0	2	0	3	1	1	3	0
30	18 a 24 años	Secundaria	Soltera	No	Am de casa	4	5	1	2	2	4	4	6	1	0
31	31 a 34 años	Superior	Comienzo	No	Desempleada	1	4	2	0	0	0	5	4	3	0
32	18 a 24 años	Secundaria	Comienzo	Si	Desempleada	6	6	2	0	2	0	4	1	1	0
33	33 a 34 años	Primaria	Comienzo	Si	Am de casa	5	4	1	1	2	3	3	6	3	0
34	35 a 44 años	Secundaria	Comienzo	No	Am de casa	3	5	1	2	1	3	5	6	2	0
35	35 a 44 años	Superior	Casada	Si	Empleada	6	1	1	1	1	6	2	0	4	0
36	35 a 44 años	Secundaria	Casada	No	Empleada	2	2	0	2	1	6	5	1	5	0

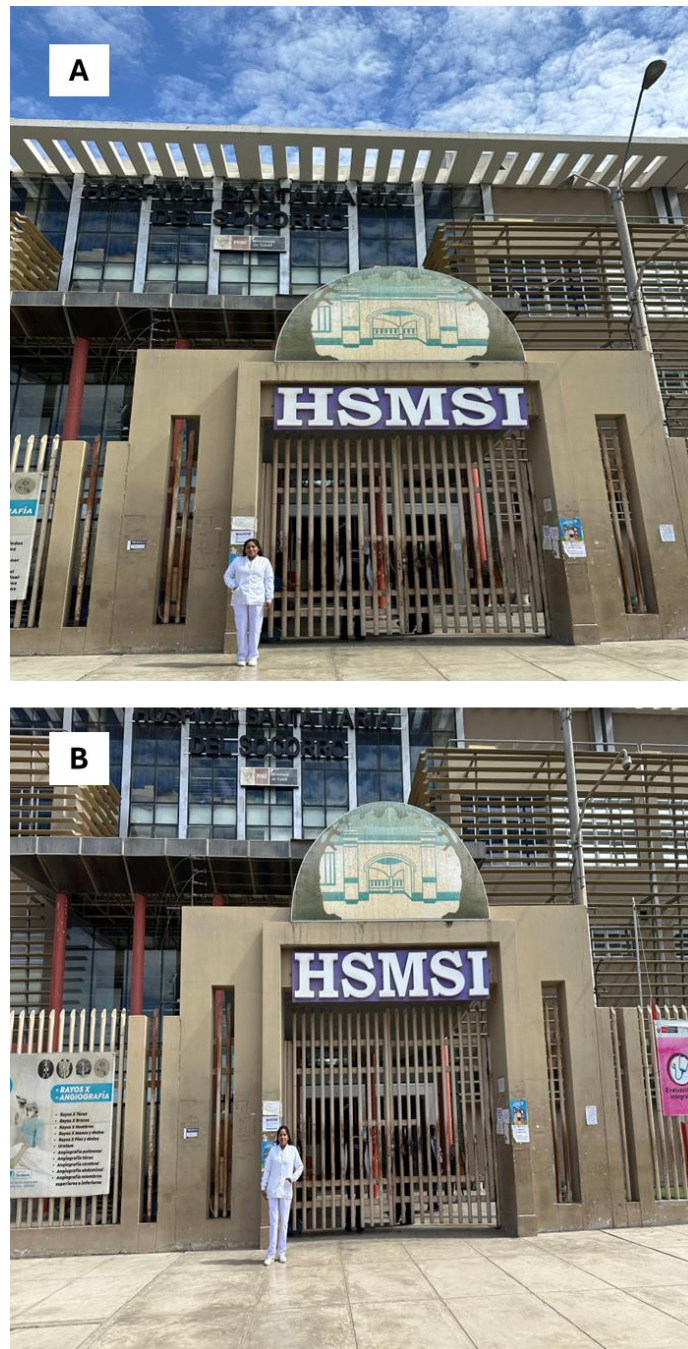
IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode ON

BASE DE DATOS GANARAJAR [Componentes] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

ID	Edad	Nivel_educat	Estado_civil	Violencia_g	Situacion_laboral	Estrat_P1	Estrat_P2	Paico_P3	Paico_P4	Paico_P5	Paico_P6	Paico_P7	Paico_P8	Paico_P9	P1
88	25 a 34 años	Secundaria	Casada	No	Desempleada	0	0	2	1	2	3	4	0	0	0
89	25 a 44 años	Primaria	Casada	Si	Am de casa	4	6	2	0	1	1	1	2	5	0
90	25 a 34 años	Primaria	Soltera	Si	Empleada	5	0	2	0	1	1	4	3	4	0
91	18 a 24 años	Secundaria	Casada	No	Desempleada	4	4	1	1	1	3	6	1	3	0
92	25 a 34 años	Secundaria	Comienzo	Si	Am de casa	3	2	2	1	1	6	3	0	5	0
93	25 a 34 años	Secundaria	Soltera	Si	Empleada	0	2	1	2	2	1	3	6	5	0
94	25 a 34 años	Secundaria	Soltera	No	Desempleada	3	1	1	1	0	4	6	4	1	0
95	25 a 34 años	Superior	Soltera	Si	Am de casa	6	3	1	1	0	0	2	0	6	0
96	25 a 34 años	Secundaria	Soltera	Si	Am de casa	0	6	1	2	1	6	6	5	0	0
97	25 a 34 años	Secundaria	Comienzo	Si	Empleada	1	5	0	1	0	4	5	4	4	0
98	25 a 34 años	Superior	Comienzo	Si	Am de casa	5	2	0	1	0	5	5	6	3	0
99	18 a 24 años	Secundaria	Casada	Si	Desempleada	0	4	2	1	1	1	4	1	2	0
100	100 a 24 años	Superior	Soltera	Si	Empleada	6	1	0	1	1	6	3	3	3	0
101	101 a 24 años	Secundaria	Casada	Si	Desempleada	6	1	0	2	0	5	2	6	1	0
102	102 a 24 años	Secundaria	Casada	No	Am de casa	3	5	2	1	2	6	2	2	4	0
103	103 a 24 años	Primaria	Soltera	No	Desempleada	4	4	2	1	1	4	1	5	1	0
104	104 a 24 años	Secundaria	Casada	Si	Empleada	0	3	2	2	2	0	4	0	3	0
105	105 a 44 años	Secundaria	Casada	No	Desempleada	5	4	0	0	0	6	6	5	0	0
106	106 a 24 años	Secundaria	Casada	Si	Empleada	0	3	0	2	1	6	2	4	6	0
107	25 a 34 años	Superior	Casada	Si	Empleada	2	4	2	0	2	1	6	2	4	0
108	25 a 34 años	Secundaria	Soltera	No	Empleada	4	0	1	2	1	2	6	0	4	0
109	109 a 24 años	Superior	Casada	Si	Empleada	5	0	2	2	0	1	4	5	1	0
110	110 a 24 años	Secundaria	Casada	No	Empleada	5	1	1	1	2	5	3	0	0	0
111	111 a 24 años	Superior	Casada	Si	Empleada	1	4	1	0	0	1	6	1	4	0
112	112 a 24 años	Secundaria	Comienzo	No	Desempleada	3	6	2	0	3	0	5	2	1	0
113	113 a 44 años	Secundaria	Casada	Si	Empleada	1	4	2	0	1	0	3	6	2	0
114	114 a 35 a 44 años	Secundaria	Soltera	No	Empleada	5	2	2	2	2	1	2	4	0	0
115	115 a 25 a 34 años	Primaria	Soltera	Si	Am de casa	4	1	0	2	0	6	2	1	0	0
116	35 a 44 años	Superior	Casada	No	Desempleada	6	2	0	0	0	6	2	1	0	0
117	35 a 44 años	Secundaria	Soltera	Si	Desempleada	0	1	0	1	2	3	3	1	2	0
118	118 a 24 años	Primaria	Casada	Si	Empleada	4	2	0	1	0	2	4	5	2	0
119	119 a 44 años	Secundaria	Comienzo	No	Empleada	5	4	2	1	0	4	4	4	3	0
120	120 a 25 a 34 años	Primaria	Casada	Si	Empleada	6	4	0	1	2	5	6	5	0	0
121															
122															
123															

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode ON

8.9. Evidencias fotográficas



Fotografía N°1. A y B. Tesista en la entrada principal del Hospital Santa María del Socorro de Ica (HSMI), lugar donde se desarrolló la investigación titulada: Violencia de género durante el embarazo y riesgo de parto prematuro en pacientes del Hospital Santa María del Socorro, Ica-2025. La investigadora se presenta uniformada en el frontis del establecimiento de salud, evidenciando el inicio y continuidad de su trabajo de campo para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos a las gestantes atendidas en dicho hospital.



Fotografía N°2. C, D, E, F, G y H. Pacientes gestantes y púerperas inmediatas del Hospital Santa María del Socorro de Ica participando voluntariamente en la aplicación del cuestionario estructurado de la investigación. En las imágenes se observa a las participantes respondiendo de manera individual el instrumento, dentro de sus respectivos ambientes de hospitalización, previa autorización mediante consentimiento informado. Se muestra el proceso de recolección de datos llevado a cabo por la tesista, asegurando confidencialidad y condiciones adecuadas para la obtención de información veraz sobre violencia de género y factores de riesgo de parto prematuro.



Fotografía N°3: I, J, K y L. Proceso de recolección de datos realizado por la tesista en diferentes espacios del Hospital Santa María del Socorro de Ica. En la imagen I se aprecia a una gestante respondiendo el cuestionario de manera individual en sala de espera. En las fotografías J, K y L se observa la interacción directa de la investigadora con las pacientes hospitalizadas, quienes, en compañía de sus recién nacidos o durante su recuperación postparto, colaboran en el llenado del instrumento. Se evidencia el acompañamiento cercano de la tesista durante la aplicación de encuestas, garantizando claridad en las respuestas y respeto a la confidencialidad, en concordancia con los principios éticos del estudio.



Fotografía N°4: M, N, Ñ. Tesista brindando una sesión educativa sobre la Violencia de género a pacientes gestantes y puérperas en las diferentes áreas del Hospital Santa María del Socorro de Ica, como se pueden evidenciar en las imágenes M, N, Ñ.