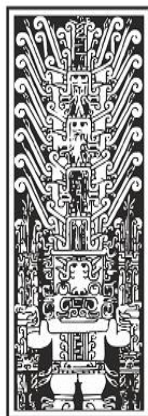


UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL

FACULTAD DE MEDICINA” HIPÓLITO UNANUE”

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**“VIOLENCIA DE GÉNERO COMO FACTOR DE RIESGO DE AMENAZA DE
PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO
UNANUE EN LOS MESES DE ENERO- FEBRERO 2018”**

**PRESENTADO POR EL BACHILLER
CARBAJAL SOMOZA, RAYSA JOHANA**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN OBSTETRICIA

**ASESOR DE TESIS
DR. CARLOS PAZ SOLDAN OBLITAS**

LIMA – PERU

2018

INDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	5
RESUMEN:	3
INTRODUCCION	5
I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	7
1.1.1 Percepción e identificación del problema:	7
1.1.2 Delimitación del problema:	8
1.1.3 Formulación del problema:	10
1.1.4 Justificación e importancia del problema	10
1.2 OBJETIVOS:	12
1.2.1 Objetivo general:	12
1.2.2 Objetivos específicos:	12
1.3 HIPÓTESIS:	13
II. MARCO TEÓRICO.....	¡Error! Marcador no definido.
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:	14
2.1.1 Antecedentes Internacionales:	14
2.1.2 Antecedentes Nacionales:	16
2.2 MARCO CONCEPTUAL:	19
2.2.1 Violencia basada en género:	19
2.2.2 Amenaza de parto pretérmino:	26
2.2.3 Factores de asociados:	26
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS:	27
III. DISEÑO METODOLÓGICO.....	¡Error! Marcador no definido.
3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:	29
3.1.1 Tipo de Investigación:	29
3.1.2 Nivel de investigación:	29
3.1.3 Método:	29
3.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO:	29
3.2.1 Tamaño de muestra:	30

3.2.2	Unidad de análisis:.....	30
3.2.3	Unidad de muestreo:	30
3.2.4	Criterios de Inclusión:	30
3.2.5	Criterios de exclusión:	30
3.2.6	Variables:	31
3.3	RECOLECCIÓN DE DATOS:	31
3.3.1	Técnicas:	31
3.3.2	Instrumentos:	31
3.4	ANÁLISIS DE DATOS:	32
3.5	ASPECTOS ETICOS	32
IV.	RESULTADOS.....	¡Error! Marcador no definido.
4.1	DATOS GENERALES:	33
4.2	AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO:.....	33
4.3	VIOLENCIA DE GÉNERO:	36
4.4	VIOLENCIA DE GÉNERO COMO FACTOR DE RIESGO PARA PARTO PRETÉRMINO:.....	38
V.	DISCUSIÓN	¡Error! Marcador no definido.
VI.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	¡Error! Marcador no definido.
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:	¡Error! Marcador no definido.
VIII.	ANEXOS:.....	¡Error! Marcador no definido.

RESUMEN:

OBJETIVOS: Determinar si la violencia basada en género es un factor de riesgo en las gestantes con amenaza de parto pretérmino atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en los meses de enero y febrero del 2018. **MÉTODOS:** Estudio Transversal, retrospectivo, analítico. **LUGAR:** Hospital Nacional Hipólito Unanue, entre enero y febrero 2018. **MATERIAL MÉTODOS:** Se encuestó a 63 gestantes con amenaza de parto pretérmino, para lo cual se utilizó un cuestionario estructurado. Se realizó análisis descriptivo mediante tablas de frecuencia y se estudiaron las variables mediante prueba Chi cuadrado en SPSS versión 22 y Microsoft Excel. **RESULTADOS:** Edad promedio de 28.63 ± 4.42 años, el 73% (46/63) tienen grado de instrucción secundaria; 74.6% (47/63) es conviviente; el 60.3% (38/63) ama de casa; la amenaza de parto prematuro se presentó entre las 28 y 32 semanas en el 44.4% (28/63), 33.3% (21/63) entre las 33 a 36.9 semanas y el 22.2% (14/63) entre las 22 y 27 semanas; el 82.5% (52/63) manifestaron que su embarazo no es planificado, el 65.1% (41/63) tuvo como mínimo 06 atenciones prenatales, y sólo el 9.5% (6/63) refiere haber consumido tabaco. Presentaron en un 73% violencia emocional o psicológica, 36.5% violencia física, 20.6% violencia sexual. Sólo el acoso sexual, forma de violencia sexual, resultó ser significativo (Prueba Chi cuadrado de Pearson; $p < 0.05$) como factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino. **CONCLUSIONES:** El acoso sexual (forma de violencia sexual) es un factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino (Prueba Chi cuadrado de Pearson; $p < 0.05$).

Palabras clave: Amenaza de parto pretermino, violencia de género, factor de riesgo.

ABSTRACT:

OBJECTIVES: To determine if gender-based violence is a risk factor in pregnant women with threatened preterm deliveries attended at the Hipolito Unanue National Hospital in the months of January and February 2018. **METHODS:** Transverse, retrospective, analytical study. **PLACE:** Hipolito Unanue National Hospital, between January and February 2018. **MATERIAL METHODS:** 63 pregnant women were questioned with the threat of preterm delivery, for which a structured questionnaire was used. Seeds descriptive analysis by frequency tables and the variables are studied by Chi square test in SPSS version 22 and Microsoft Excel. **RESULTS:** Average age of 28.63 ± 4.42 years, 73% (46/63) have a secondary level of education; 74.6% (47/63) is a partner; 60.3% (38/63) housewife; the threat of preterm birth occurred between 28 and 32 weeks in 44.4% (28/63), 33.3% (21/63) between 33 to 36.9 weeks and 22.2% (14/63) between 22 and 27 weeks; 82.5% (52/63) stated that their pregnancy is not planned, 65.1% (41/63) had at least 06 prenatal care, and only 9.5% (6/63) refers to having used tobacco. They presented in 73% of emotional or psychological violence, 36.5% of physical violence, 20.6% of sexual violence. Only sexual harassment, a form of sexual violence, turns out to be significant, as a risk factor for the threat of preterm delivery. **CONCLUSIONS:** Sexual harassment, a form of sexual violence, is a risk factor for the threat of preterm birth (Pearson's Chi square test, $p < 0.05$).

Key words: Threat of preterm birth, gender violence, risk factor.

INTRODUCCION

Actualmente en la sociedad es una realidad el aumento de la violencia de género y esta es ejercida tanto en el ámbito familiar, social y conyugal siendo las estimaciones mundiales publicadas por la Organización Mundial de la Salud indican que alrededor de una de cada tres (35%) mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida . (Organización Mundial de la salud, [OMS];2015)

La violencia en la pareja durante el embarazo también aumenta la probabilidad de aborto involuntario, muerte fetal, parto prematuro y bebés con bajo peso al nacer. Un estudio realizado por la Organización mundial de la salud puso de manifiesto que la probabilidad de sufrir un aborto espontáneo entre las mujeres objeto de violencia de pareja es un 16% mayor y la de tener un parto prematuro un 41% mayor. (Organización Mundial de la salud, [OMS];2013)

Así mismo en el Perú las últimas cifras reportadas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática, el 24.2% de las mujeres en edad reproductiva sufrieron algún tipo de violencia a nivel nacional, y de este total el 12.8% estas agresiones fueron causadas por la pareja o cónyuge, en esta encuesta también se señaló que las regiones con mayor número de casos de violencia contra la mujer son: Ica, Piura, Apurímac y Cusco ⁽³⁾. Se reveló que la violencia psicológica fue declarada con mayor frecuencia con un 64:2%, seguida por la violencia física, 31.7%, y la violencia sexual con un 6.6% ⁽³⁾. Este sondeo arroja que en un 44,1% de los casos, las víctimas de violencia buscaron ayuda en personas cercanas como sus familiares. El 35.7%

acudió a la madre, el 19:2% a alguna amiga o vecino, el 18% a la hermana y el 16.2% al padre.

(3) Al respecto, se indicó que hay que ir generando un proceso educativo para realizar las denuncias, pues las acusaciones no hechas generan impunidad, es decir las cifras exorbitantes son más que evidencia que existe un problema de salud pública, en el que hay que disponer de distintas estrategias y políticas de salud para lograr la reducción de esta. (Instituto Nacional de Estadística e informática [INEI]; 2016)

Es por ello la relevancia del siguiente estudio para determinar si los diferentes tipos de violencia representa un factor de riesgo para las gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en los meses de Enero - Febrero del 2018.

I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

1.1.1 Percepción e identificación del problema:

La violencia de género es un problema de salud pública que afecta a mujeres en edad reproductiva, esto trae diferentes consecuencias sobre todo en el periodo de gestación, un informe de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) en el año 2014 mostró que el porcentaje de mujeres que alguna vez habían estado embarazadas y habían sido víctimas de violencia física durante al menos un embarazo superaba el 5% en 11 de los 15 entornos examinados . La cifra más baja se registró en Japón (1%) y la más alta en el entorno provincial de Perú (28%). Entre el 25% y el 50% de las mujeres que habían sufrido maltrato físico durante el embarazo había recibido patadas y puñetazos en el abdomen. En todos los entornos estudiados, salvo en uno, entre el 11% y el 44% de las mujeres que alguna vez habían estado embarazadas y habían sido víctimas de violencia declaró haberlo sido durante el embarazo, con la excepción de Japón, donde la cifra se situó en el 8% . En todos los entornos, más del 90% de las mujeres había sido víctima de violencia infligida por el padre biológico del hijo en gestación. En casi todos los casos, el padre biológico vivía con la mujer en el momento de la agresión .

La Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (F.A.S.G.O) en el año 2014 publico un estudio realizado en Argentina, donde como factores de riesgo para un parto pretérmino están el estrés psicológico, abuso, violencia familiar y los traumas físicos o emocionales graves.

Las estadísticas mundiales evidencian que Perú es uno de los países con mayor índice de violencia, es por ello que es importante estudiar estos temas de salud pública para así realizar una intervención oportuna

1.1.2 Delimitación del problema:

1.1.2.1 Delimitación espacial:

El estudio se realizará en el establecimiento de salud del Ministerio de Salud cuyo nombre es Hospital Nacional Hipólito Unanue que pertenece a la Dirección de Salud de Redes Integradas (DIRIS) Lima Este con categoría III-1, que está ubicado en el distrito de El Agustino (Ministerio de Salud, 2012).

Es un hospital de referencia nacional, cuya área de influencia directa está dirigida a la jurisdicción de Lima-Este, dentro de ellos se encuentran los distritos de Ate, Chaclacayo, Cieneguilla, El Agustino, La Molina, Lurigancho, Santa Anita y San Juan de Lurigancho.

El Departamento médico de Gineco-Obstetricia que va dirigida nuestro estudio tiene los servicios de ginecología, encargado toda la atención integral a pacientes con patología gineco obstétrica durante el ciclo reproductivo tanto en el periodo preconcepcional, concepcional y postconcepcional, así como enfermedades del sistema de reproductor femenino; y el servicio de obstetricia esta encargada de brindar todas las actividades complementarias de atención obstétrica dentro de ellas se encuentran; bienestar fetal, Psicoprofilaxis, programas de educación, centro obstétrico y atención obstétrica de bajo riesgo (Ministerio de Salud, 2016) (Oficina de Epidemiología y de Salud Ambiental. Hospital Nacional Hipolito Unanue. Ministerio de Salud, 2017) .

1.1.2.2 Delimitación temporal:

El estudio se realizará durante el periodo de enero y febrero del año 2018.

1.1.2.3 Delimitación social:

La población de estudio son las usuarias de amenaza de parto pretermino atendidas en el servicio de hospitalización del Hospital. Según lo reportado en el Análisis situacional de Salud 2017 del Hospital Hipólito Unanue la población en el área de influencia del hospital, corresponde a la proyectada para el año 2017 a la DIRIS Lima Este con 2'984,669 habitantes, de los cuales el 51% (1'522,181) son mujeres y de estas el 28.8% están en edad fértil de 15-49 años (Oficina de Epidemiología y de Salud Ambiental. Hospital Nacional Hipolito Unanue. Ministerio de Salud, 2017) .

La población femenina de 15 a 49 años de edad continúa siendo una población relativamente joven pues el 25,9% de ellas son menores de 30 años; respecto a otras características sociales, por ser el Hospital Nacional Hipólito Unanue un centro de referencia presentamos estadísticas de Lima Metropolitana, el 31,3% de las mujeres en edad fértil son solteras y el 57,5% se encuentran en unión conyugal (21,4% casadas y 36,1% en unión consensual), el 79.7% cuenta con educación secundaria y un 47% ha alcanzado educación superior; el 76.3% de mujeres trabajan; el 70.3% de las mujeres deciden ellas mismas cómo gastar el dinero que ganan; el 36.2% de mujeres cuentan con seguro EsSalud y el 29.1% con el Seguro integral de salud (SIS) (Instituto Nacional de Estadística y Demografía, 2016) .

1.1.3 Formulación del problema:

1.1.3.1 Problema principal:

¿Es la violencia de género un factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en los meses de enero - febrero del 2018?

1.1.3.2 Problemas secundarios:

- ¿Cuáles son las características de las gestantes con amenaza de parto pretérmino atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en los meses de enero - febrero del 2018?
- ¿Cuáles son los principales tipos de violencia de género en gestantes con amenaza de parto pretérmino atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en los meses de enero - febrero del 2018?
- ¿Qué tipos de violencia de género son factores de riesgo para la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en los meses enero - febrero 2018?

1.1.4 Justificación e importancia del problema

La violencia intrafamiliar contra las mujeres tiene su origen en factores sociales y culturales como la pobreza, la falta de acceso a la información en las diferentes entidades públicas, los servicios y apoyos sociales, incrementan la desigualdad de género y, por tanto, el riesgo de violencia intrafamiliar que se expresa como consecuencia de esta y que a su vez perpetúa esta desigualdad. Para quebrantar con el ciclo de violencia es necesario distintas políticas la

sensibilización con respecto a estos temas, la mejora de las condiciones para garantizar un mejor desarrollo de la mujer en que debe comprometerse a la sociedad.

Por ello, la mujer cuenta con los tratados sobre Derechos Humanos y otros acuerdos internacionales como la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979) , la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer de las Naciones Unidas (1993) , el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994 , la Declaración y la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer - Declaración de Beijing (1995) y; objetivos de desarrollo sostenible como el quinto y decimo que se hace referencia a la salud reproductiva de la mujer; y a nivel nacional se cuenta con la Ley N° 26260 de Protección frente a la Violencia Familiar del (1993) , modificado mediante la Ley N° 26763 y posteriormente por la Ley N° 29282 . Todo ello con el fin de proporcionar las garantías necesarias para el desarrollo de la mujer en la sociedad pero que en la realidad es poco ejercida.

A pesar de ello, se sabe que el registro de la violencia intrafamiliar contra las mujeres sigue aumentando de manera importante, sobre todo en países subdesarrollados. Asimismo, al no considerarse a la violencia como causa obstétrica indirecta de muerte materna, no se logra identificar cuál es su dimensión e impacto entre todas las causas, ya que habitualmente estos fallecimientos se registran sólo como muertes por violencia, pero sin referencia alguna al embarazo o puerperio.

La violencia contra las mujeres en la gestación ocasiona problemas de salud tanto para la madre y el producto, tiene un costo económico sea para la aplicación de la ley, sistemas de justicia penal, servicios sociales y para la prestación de asistencia sanitaria, ya que es conocido que las

mujeres que sufren de violencia tienen más probabilidades de tener un mayor número de ingresos hospitalarios durante el embarazo.

Es por ello que se plantea la necesidad de realizar investigaciones que permitan conocer la existencia de consecuencias obstétricas en gestantes víctimas de violencia de género con el objetivo de promover una respuesta preventiva ante la situación por ser la violencia un factor asociado a las diferentes tipos de riesgos para la gestación como la que se plantea la asociación a la amenaza de parto prematuro, como complicación de ella un tema poco explorado y debido a la existencia limitada de investigaciones de esta naturaleza, se justifica la realización de esta investigación que permita demostrar la existencia del maltrato en la mujer gestante, abriendo el campo a nuevos estudios y motivando a que las autoridades y los organismos involucrados fomenten la creación de programas educativos dirigidos a la familia y programas de atención integral dirigidos a los prestadores de salud.

1.2 OBJETIVOS:

1.2.1 Objetivo general:

Determinar si la violencia basada en género es un factor de riesgo en las gestantes con amenaza de parto pretérmino atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en los meses de enero y febrero del 2018.

1.2.2 Objetivos específicos:

- Caracterizar la población de gestantes con amenaza de parto pretérmino atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en los meses de enero - febrero del 2018.

- Identificar los tipos de violencia de género en gestantes con amenaza de parto pretérmino atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en los meses de enero - febrero del 2018.
- Determinar los tipos de violencia de género que son factores de riesgo para la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en los meses enero - febrero 2018.

1.3 HIPÓTESIS:

La violencia basada en género es un factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en los meses de enero - febrero 2018.

II. MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:

2.1.1 Antecedentes Internacionales:

Goncalves M., en el año 2011 realizó un estudio sobre “Violencia doméstica y amenaza de parto pretérmino en embarazadas que acudieron al Departamento de Obstetricia del Hospital Central de Maracay Agosto – diciembre 2010”, con el objetivo de describir la violencia doméstica y la amenaza de parto pretérmino en embarazadas. Material y métodos: Estudio, descriptivo; con una muestra de 107 embarazadas con parto pretérmino. Resultados: Se encontró un total de 74 (69,15%) casos de embarazadas presentaron violencia doméstica y 33 (30,8%) violencia en grado menor. La violencia psicológica fue la que represento una mayor frecuencia con un 63%, seguida de la violencia física con un 28%, y finalmente la violencia sexual con un 9% en este estudio. Igualmente, la edad gestacional con mayor incidencia estuvo entre las 31 – 36 semanas.

En conclusión, se encontró relación entre la violencia doméstica y las complicaciones durante el embarazo; identificándose como factor de riesgo para las alteraciones en las condiciones inmediatas del producto: edad gestacional obtenida al nacer, vitalidad o peso al nacimiento.

Parada O., Guerra P., Vásquez A., en el año 2012 realizaron un estudio sobre “Violencia emocional como factor de riesgo en la amenaza de parto pretérmino”, con el objetivo de identificar la asociación de la violencia intrafamiliar de tipo emocional con la amenaza de parto pretérmino, así como evaluar su repercusión en el embarazo. Material y métodos: Estudio prospectivo, transversal y observacional. Resultados: De las 50 mujeres estudiadas, 19 sufrían

violencia emocional. Conclusiones: se encontró que en el grupo de estudio con violencia la existencia de esta variable no es tan frecuente como para ser determinante de amenaza de parto pretérmino.

Hernández A., en el año 2012 realizó un estudio en “Prevalencia de violencia intrafamiliar en embarazadas de 20 a 35 años de edad de la unidad de medicina familiar número 92 periodo de agosto a octubre 2012”, con el objetivo de identificar prevalencia de violencia intrafamiliar en embarazadas. Materiales y métodos: Estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. Resultados: El 35.2% (34) sufrieron violencia psicológica, 8.6% violencia física y un individuo con violencia sexual durante la gestación. Conclusiones: La prevalencia de violencia intrafamiliar es 35.2% de la población de embarazadas de 20 a 35 años de edad, donde la violencia psicológica es superior en comparación con otros tipos de violencia, este tipo de violencia suele encontrarse acompañada de otros tipos como la física, sobre todo en pacientes con desventaja de nivel socioeconómico nivel bajo.

Carrión X., Espinoza V., en el año 2014 realizaron un estudio sobre “Determinación de factores de riesgo que influyen en la presentación de amenaza de parto prematuro, en pacientes atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del hospital Isidro Ayora, en el periodo febrero julio de 2014”, con el objetivo de determinar la frecuencia de factores de riesgo, en asociación con la presentación de amenaza de parto pretérmino. Materiales y métodos: Se incluyeron 123 pacientes con diagnóstico de amenaza parto pretérmino. Resultados: Se encontró una frecuencia de estrés psíquico 64,25%; traumatismos durante el embarazo 16,3%; menos de 4 controles prenatales 14,6%; antecedente de parto pretérmino 7,3%; edad materna >35 años 4,9%; víctima de violencia 4,9%. Conclusión: Los factores de riesgo asociados con mayor

frecuencia a la amenaza de parto pretérmino en la población estudiada fueron estrés psíquico, infección urinaria, actividad sexual durante el embarazo, infección cervico-vaginal, anemia y edad materna inferior a los 17 años.

2.1.2 Antecedentes Nacionales:

Solís R., en el año 2014 realizó un estudio sobre “Estrés psicosociales asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión enero-marzo 2014”, con el objetivo de determinar los principales factores de riesgo para parto pretérmino espontáneo en adolescentes. Material y métodos: Estudio analítico de casos y controles, realizado en 41 casos y 82 controles. Resultados: No se demostró asociación con el índice de masa corporal, el antecedente de abortos y el antecedente de infección de vías urinarias durante la gestación actual. Conclusiones: La amenaza de parto prematuro se presenta cuando la gestante intenta autolesionarse, cuando su pareja amenaza con abandonarla y es golpeada a causa del mismo, cuando se embarazó no estando enamorada, cuando no recibe apoyo emocional de familiares directos; cuando no recibe apoyo económico de familiares y de su pareja durante la gestación; y cuando es consciente que sus metas académicas pueden frustrarse por el embarazo.

Oyarce Y., en el año 2014, realizó un estudio sobre “Violencia familiar en embarazo con presencia de emergencias obstétricas. Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón de Chimbote” con el objetivo de determinar si existe relación entre la violencia familiar (física, psicológica y sexual) durante el embarazo con la presencia de emergencias obstétricas según trimestres. Materiales y métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo y prospectivo en una de 182

gestantes. Resultados: La frecuencia de la violencia física se da algunas veces y varias veces en un 17,6% y 1,6%, la violencia psicológica y emocional se da algunas veces y varias veces en un 53,3% y 23,6% y, la violencia sexual se da sólo algunas veces en un 15,4%, respectivamente; finalmente se concluyó que no existe relación entre la violencia física ni sexual con ninguna de las emergencias obstétricas del primer trimestre ($p > 0,05$); solo existe relación entre la violencia psicológica y las emergencias obstétricas como aborto y amenaza de aborto ($p < 0,01$); sin embargo las mujeres embarazadas que sufrieron violencia psicológica y emocional en el II trimestre presentaron emergencia en lo cual solo existe relación entre la violencia psicológica y las emergencias obstétricas como aborto ($p < 0,01$) y amenaza de aborto ($p < 0,01$). El Tipo de Violencia ocurrida en el Embarazo respecto a su relación con el tipo de emergencia Obstétrica en el Trimestre III, se concluyó que la Violencia Física presento dependencia altamente significativa con desprendimiento de placenta ($p < 0,01$), con respecto a las mujeres que recibieron violencia psicológica, en el trimestre III solo existe con Amenaza de parto ($p < 0,05$).

Zuñiga A., Paredes J., en el año 2016 , realizaron un estudio en “Estresores psicosociales relacionados a la amenaza de parto y parto pre-término en gestantes atendidas en el hospital II-2 Tarapoto, agosto – diciembre 2016”, con el objetivo de determinar los estresores psicosociales relacionados a la amenaza de parto y parto pre-término. Materiales y métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional, cuya muestra fue 140 gestantes. Resultados: Estresores psicológicos-violencia psicológica: hostigamiento 40% de su pareja y 35,7% de familiares de la pareja; 46% cambio de actitud de la pareja. Violencia física: 27.2% la pareja y 9.3% autolesión. Según estresores motivación: 21.5% por embarazo, 70.7% aceptación del embarazo, 80% alegría del embarazo. Según la pareja: 80% amor en el pasado, 58.5%

perspectivas del futuro. Estresores sociales: Familiares: 29,3% insinuación del aborto, 60.1% compromiso; Familiares directos: 74.3% apoyo materno, 72.8% apoyo de mi familia; Familiares de la Pareja: 53.6% apoyo maternal, 58.6% emocional. Situación económica: 63.6% de la pareja, 55% de la familia. Según proyecto personal: frustración 50% educativa y 30% de proyecto de vida. El 96,4% amenaza de parto, 66,4% de 28 a 36 sem. y 33,6% de 20 a 27 sem., 27,1% parto pre-término, parto 15,0% vaginal y 12,1% cesárea. En conclusión: Los estresores Psicológicos y Sociales tienen relación estadísticamente significativa ($P < 0,05$), con edad gestacional, amenaza de parto y parto pre término y tipo de parto. Palabras Claves: amenaza de parto pre término, parto pre término, estresores, psicológicos, sociales.

El autor Gracián N., en el año 2016, realizó un estudio sobre “Violencia de género como factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal febrero 2016”, con el objetivo de determinar si la violencia de género es un factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino. Materiales y métodos: Estudio Analítico, prospectivo y transversal. Se incluyeron en el estudio 170 gestantes las cuales se clasificaron en grupo de estudio y grupo comparativo. Resultados: La edad promedio de las todas las gestantes con y sin amenaza de parto pretérmino (APP) fue parecida 28,4 años y 27,6 años respectivamente. En ambos grupos estudio, una gran cantidad tenían grado de instrucción secundaria, eran convivientes y ama de casa. Respecto a sus características obstétricas, las gestantes con amenaza de parto pretérmino presentaron menos frecuencia de embarazo planeado (29,4 vs 42,4%) y atención prenatal adecuado (72,9 vs 90,6%) sin embargo es importante recalcar que el antecedente de hospitalización por amenaza de parto pretérmino fue más frecuente en este grupo de estudio (36,5 vs 4,7%). Los factores de riesgo para la amenaza de parto pretérmino fueron la violencia psicológica (OR=4,4), la violencia física (OR=3,4) y la

violencia sexual (OR=9,6). Las principales formas de violencia psicológica fueron gritos y humillaciones, de violencia física fueron empujones y jalones mientras que en lo relacionado a la violencia sexual se identificó acoso sexual y abuso sexual. En los tres componentes de la violencia de género el principal agresor fue la pareja. Las conclusiones fueron la violencia de género, en sus tres formas, violencia psicológica, física y sexual son factores de riesgo para amenaza de parto pretérmino.

2.2 MARCO CONCEPTUAL:

2.2.1 Violencia basada en género:

Violencia:

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones . (Organización mundial de la salud [OMS];2012)

Violencia basada en género:

La definición planteada en el marco de Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas discriminación contra la Mujer (CEDAW) cuya Recomendación general del año 1992 declara que la Violencia Basada en Género es una forma de discriminación que seriamente inhibe la capacidad de las mujeres para disfrutar sus derechos y libertades sobre la base de la igualdad con el varón. El Artículo N°10 de la Convención define a la Violencia Basada en el Género, como aquella violencia dirigida contra las mujeres por ser tales, y que las afecta

desproporcionadamente. De este modo la VBG incluye aquellos actos que infligen dolo o sufrimiento físico, mental o sexual, las amenazas de tales actos, coerción y la privación de libertad.

La Organización Panamericana de la Salud (O.P.S) en el 2014, aplica indistintamente las categorías Violencia Basada en género y Violencia contra la Mujer para referirse a un mismo tipo de violencia. Esto se debe a que el origen de la VBG es la falta de poder de la mujer frente al hombre en sus relaciones personales .

Tipos de violencia:

La clasificación de la O.M.S ⁽²³⁾ divide la violencia en tres categorías generales, según las características de los que cometen el acto de violencia. (La organización Mundial de la salud [OMS];2002)

- La violencia autoinfligida (comportamiento suicida y autolesiones):

La violencia dirigida contra uno mismo comprende los comportamientos suicidas y las autolesiones, como la automutilación. El comportamiento suicida va desde el mero pensamiento de quitarse la vida al planeamiento, la búsqueda de medios para llevarlo a cabo, el intento de matarse y la consumación del acto. Muchas personas que abrigan pensamientos suicidas no atentan nunca contra sí mismas, e incluso las que intentan suicidarse pueden no tener la intención de morir.

- La violencia interpersonal (violencia familiar, que incluye menores, pareja y ancianos; así como violencia entre personas sin parentesco): La violencia interpersonal se divide en dos subcategorías:

- ✓ Violencia intrafamiliar o de pareja: en la mayor parte de los casos se produce entre miembros de la familia o compañeros sentimentales, y suele acontecer en el hogar, aunque no exclusivamente.
- ✓ Violencia comunitaria: se produce entre individuos no relacionados entre sí y que pueden conocerse o no; acontece generalmente fuera del hogar.

El primer grupo abarca formas de violencia como el maltrato de los niños, la violencia contra la pareja y el maltrato de los ancianos. En el segundo grupo se incluyen la violencia juvenil, los actos violentos azarosos, las violaciones y las agresiones sexuales por parte de extraños, y la violencia en establecimientos como escuelas, lugares de trabajo, prisiones y residencias de ancianos.

- La violencia colectiva (social, política y económica):

La violencia por personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo frente a otro grupo o conjunto de individuos, con objeto de lograr objetivos políticos, económicos o sociales. Adopta diversas formas: conflictos armados dentro de los Estados o entre ellos; genocidio, represión y otras violaciones de los derechos humanos; terrorismo; crimen organizado. Esta clasificación tiene también en cuenta la naturaleza de los actos violentos, que pueden ser físicos, sexuales o psíquicos, o basados en las privaciones o el abandono, así como la importancia del entorno en el que se producen, la relación entre el autor y la víctima y, en el caso de la violencia colectiva, sus posibles motivos.

El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (M.I.M.P) en el año 2016 , en su Compendio Violencia basada en género: Marco conceptual para las políticas públicas y la acción del estado distinguen los siguientes tipos de violencia:

- Violencia de pareja:

Una de las formas más comunes de violencia contra la mujer es la infligida por la pareja masculina. Esto contrasta sobremanera con la situación de los hombres, mucho más expuestos a sufrir agresiones de extraños o de conocidos que de personas de su círculo íntimo. Este comportamiento incluye: Agresiones físicas como abofetear, golpear con los puños, patear. Maltrato psíquico como intimidación, denigración y humillación constantes. Relaciones sexuales forzadas y otras formas de coacción sexual. Diversos comportamientos dominantes, por ejemplo, aislar a una persona de su familia y amigos, vigilar sus movimientos y restringir su acceso a la información o asistencia. (El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables [M.I.M.P];2016)

Sobre la dinámica de la violencia en la pareja, parecería haber al menos dos modalidades:

- ✓ Modalidad grave (llamado maltrato físico) se caracteriza diversas formas de maltrato, amedrentamiento y amenazas, aunadas a una conducta posesiva y un comportamiento dominante por parte del agresor.
- ✓ Forma moderada de violencia (denominada violencia común de pareja) en las relaciones íntimas, en que la frustración y la ira continuas ocasionalmente estallan en forma de agresión física. (El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables [M.I.M.P];2016)

- Violencia sexual:

La violencia sexual se define como todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra

persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.

La violencia sexual incluye la violación, definida como la penetración forzada físicamente o empleando otros medios de coacción, por más leves que sean, de la vulva o el ano, usando un pene, otras partes corporales o un objeto. El intento de realizar algunas de las acciones mencionadas se conoce como intento de violación. La violación de una persona llevada a cabo por dos o más agresores se denomina violación múltiple. La violencia sexual puede incluir otras formas de agresión que afecten a un órgano sexual, con inclusión del contacto forzado entre la boca y el pene, la vulva o el ano. (El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables [M.I.M.P];2016)

Los actos de violencia sexual pueden ser muy variados y producirse en circunstancias y ámbitos muy distintos. Entre ellos, cabe señalar:

- ✓ La violación en el matrimonio en las citas amorosas.
- ✓ La violación por parte de desconocidos.
- ✓ La violación sistemática durante los conflictos armados.
- ✓ Las insinuaciones o el acoso no deseados de carácter sexual, con inclusión de la exigencia de mantener relaciones a cambio de favores.
- ✓ El abuso sexual de personas física o mentalmente discapacitadas.
- ✓ El abuso sexual a menores.
- ✓ El matrimonio o la cohabitación forzados, incluido el matrimonio de menores.
- ✓ La denegación del derecho a hacer uso de la anticoncepción o a adoptar otras medidas de protección contra las enfermedades de transmisión sexual, el aborto forzado.

- ✓ Los actos de violencia que afecten a la integridad sexual de las mujeres, incluida la mutilación genital femenina y las inspecciones obligatorias para comprobar la virginidad.
- ✓ La prostitución forzada y la trata de personas con fines de explotación sexual.

- Violencia obstétrica:

A partir de la medicalización del embarazo, el parto y el puerperio, la mujer dejó de ocupar su lugar protagónico para dejar paso a los profesionales de la salud, que avanzaron su poder gracias a su intervención en este precioso momento del ciclo de vida femenino. Las instituciones de salud, orientadas por el ideal higienista y de asepsia, cobraron mayor importancia como espacios para que las mujeres den a luz, con lo cual se las privó del acompañamiento de los suyos, de la experiencia de las mujeres mayores y de la posibilidad de hacerlo conforme a las consideraciones y costumbres de su propia cultura. Pese a los cambios que se están operando recientemente para generar una atención médica con calidez y calidad, predomina el paradigma de la tecnificación y medicalización en la atención institucional del parto y se mantiene la concepción que ve al parto como algo patológico, pese a ser un proceso reproductivo natural y que asume a la mujer como paciente y no como sujeto de derechos. (El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables [M.I.M.P];2016)

Esta forma de violencia ha sido invisibilizada y responde a condicionamientos de género. La legislación argentina propone la siguiente definición de violencia obstétrica: “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los

procesos naturales...” (Belli, 2013, p. 29-30) . Y se agrega que: “Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en:

- ✓ No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
- ✓ Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
- ✓ Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
- ✓ Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- ✓ Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

Factores que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres:

Una de las formas más comunes de violencia en todo el mundo es la perpetrada por la pareja, lo que lleva a concluir que uno de los factores de riesgo más importantes para las mujeres (en cuanto a su vulnerabilidad ante la agresión) es estar casada o convivir con una pareja. (El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables [M.I.M.P];2016)

Otros factores que influyen en el riesgo de violencia comprenden:

- ✓ Ser joven.
- ✓ Consumir alcohol u otras drogas.
- ✓ Haber sido violada o abusada sexualmente con anterioridad.
- ✓ Tener muchos compañeros sexuales.
- ✓ Ser profesional del sexo.

- ✓ Mejorar el nivel de instrucción y aumentar la independencia económica, al menos cuando lo que está en juego es la violencia sexual en la pareja.
- ✓ La pobreza

2.2.2 Amenaza de parto pretérmino:

El Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2014 realizó una Guía de prácticas clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología donde se citan las siguientes definiciones:

- Parto pretérmino: Se denomina parto pretérmino al que ocurre antes de las 37 semanas de gestación (menos de 259 días).
- Trabajo de parto pretérmino: Presencia de dinámica uterina igual que origina modificaciones cervicales tales como borramiento del cérvix mayor al 50 % y una dilatación de 3 cm o más.
- Amenaza de parto pretérmino: Presencia de contracciones uterinas evidenciables al tacto (con frecuencia de una cada 10 minutos y 30 segundos de duración, en un lapso de 60 minutos) que puede cursar con borramiento del cérvix uterino menor del 50 % y/o dilatación menor a 3 cm.

2.2.3 Factores de asociados:

- Factores Maternos:
 - ✓ Bajo nivel socioeconómico.
 - ✓ Edad menor de 15 o mayor de 40 años.
 - ✓ Tabaquismo: más de 15 cigarrillos por día.
 - ✓ Peso pre gravídico menor de 40 Kg.

- ✓ Menor de 4 controles prenatales.
- ✓ Baja ganancia de peso durante el embarazo.
- ✓ Analfabetismo.
- ✓ Narcoadicción.
- Anomalías uterocervicales.
- Patologías que producen hipoxia.
- Antecedente de aborto o de partos prematuros
- Cirugía abdominal previa durante el embarazo.
- Conización.
- RPM y Corioamnionitis.
- Traumatismos.
- El esfuerzo físico y el estrés psíquico.
- Factores fetales (Embarazo múltiple, malformaciones congénitas, RCIU, Óbito fetal).
- Alteraciones del Líquido amniótico.
- Alteraciones placentarias.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS:

Violencia de género: Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como «todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada». (Organización de las Naciones unidas [ONU];2014)

Factor de riesgo: Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene. (Organización Mundial de la Salud [OMS];2017)

Amenaza de parto pretérmino: Presencia de contracciones uterinas evidenciables al tacto (con frecuencia de una cada 10 minutos y 30 segundos de duración, en un lapso de 60 minutos) que puede cursar con borramiento del cérvix uterino menor del 50 % y/o dilatación menor a 3 cm. (Instituto Nacional Materno Perinatal [INMP]; 2014)

III. DISEÑO METODOLOGICO

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

El diseño del presente estudio es Observacional (no experimental), porque solo mide las variables mas no hay intervención del investigador para modificar estas variables, solo las observa tal y como se dan en la realidad.

3.1.1 Tipo de Investigación:

El presente estudio es Prospectivo, transversal y analítico.

3.1.2 Nivel de investigación:

El nivel de investigación es el Aplicativo porque se realizará sobre hechos concretos y específicos, de carácter netamente utilitario, orientado a la resolución de problemas específicos planteados en la presente investigación.

3.1.3 Método:

El método de estudios será de tipo Cuantitativo, en razón a que las variables fueron estudiadas asignándoles un valor numérico.

3.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Gestante con amenaza de parto pretérmino atendida en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en los meses de enero y febrero del año 2018.

3.2.1 Tamaño de muestra:

Se realizó un muestreo por conveniencia, se accederá al total de la población esperada en un mes. Para el grupo de estudio (gestante con amenaza de parto pretérmino) se tomará a todas las pacientes atendidas los meses de enero y febrero del 2018

3.2.2 Unidad de análisis:

Gestante con amenaza de parto pretérmino atendida en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en los meses de enero y febrero del año 2018.

3.2.3 Unidad de muestreo:

Gestante con amenaza de parto pretérmino atendida en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en los meses de enero y febrero del año 2018.

3.2.4 Criterios de Inclusión:

- Gestantes entre las 22 semanas y 36 semanas con 6 días de gestación atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en los meses de enero y febrero del año 2018.
- Gestantes con amenaza de parto pretérmino atendida en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en los meses de enero y febrero del año 2018.
- Gestantes de 20 a 45 años atendida en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en los meses de enero y febrero del año 2018.
- Gestantes que firmen consentimiento informado.

3.2.5 Criterios de exclusión:

- Gestantes con amenaza de aborto.

- Gestantes adolescentes.
- Gestantes con trastorno psiquiátrico.
- Gestantes con alguna enfermedad crónica preexistente al embarazo

3.2.6 Variables:

- Variable Principal: Violencia de género, evaluada según tipo de violencia emocional, física y sexual.
- Variables secundarias: Características generales y obstétricas (Ver Anexo N°01: Operacionalización de variables).

3.3 RECOLECCIÓN DE DATOS:

3.3.1 Técnicas:

La técnica empleada en el presente estudio será la encuesta.

3.3.2 Instrumentos:

Para las características clínicas y epidemiológicas se elaboró una ficha de datos, donde se especificó si existe amenaza de parto pretérmino. Para identificar la violencia en las gestantes se utilizó el cuestionario de violencia de género, el cual fue validado por Salas, resultando un índice de fiabilidad del 95% ($\alpha=0,95$) y presenta altos índices en el método de ítem-test⁽³⁰⁾. Dicho instrumento está compuesto de 11 ítems donde evalúa la violencia psicológica, física y sexual, los ítems que clasifican al tipo de violencia son el 1, 5, 9 y 10, mientras que los restantes describen los aspectos relacionados al tipo de violencia (Ver Anexo N°02: Instrumento de recolección de datos). Luego de la recolección de las primeras 20 gestantes, para confirmar la confiabilidad, se realizó un análisis piloto con dicha muestra intencionada.

Para la recolección de los datos, se solicitó el permiso del jefe de servicio de Obstetricia de hospitalización del Hospital Nacional Hipólito Unanue (Ver Anexo N°03: Aprobación de proyecto de Tesis), posteriormente se inició la selección de participantes siguiendo los criterios de inclusión y exclusión. Una vez seleccionadas se procedió a informarles e invitarles al estudio mediante una plática informativa donde se explica el motivo y el fin de la investigación; sensibilizando a la paciente sobre la relevancia de la investigación. Las pacientes finalmente ingresaron a la investigación luego de dar su consentimiento informado.

3.4 ANALISIS DE DATOS:

Una vez culminada la recolección de datos, esta se ingresó a una base de datos elaborada en el programa estadístico SPSS versión 22.0 en español, de acuerdo a la operacionalización de las variables. El análisis descriptivo o univariado de las variables cuantitativas se determinó mediante las medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (desviación estándar); mientras que para las variables cualitativas, se determinaron frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). Para determinar los factores de riesgo se realizó la prueba de chi-cuadrado, para lo cual se consideró una significancia del 5%. Adicionalmente, se usó el programa Microsoft Excel 2010 para elaborar las tablas y gráficos pertinentes.

3.5 ASPECTOS ETICOS.

El presente estudio por ser de diseño no experimental (observacional), no conllevó riesgo alguno en los participantes, pues no se realizó ninguna intervención o modificación de las variables estudiadas. Se mantuvo la privacidad de los datos de las usuarias por medio de códigos asignados a cada encuesta y los resultados fueron manejados únicamente por la investigadora.

IV. RESULTADOS

4.1 DATOS GENERALES:

El total de participantes del presente estudio fue de 63 gestantes, quienes presentaron una edad promedio de 28.63 ± 4.42 (IC 95%; 27.44:29.67) y con rango entre 20 y 35 años, de ellas el 50.8% (32/63) tenían entre 31 a 35 años y 25.4% (16/63) entre 20 a 24 años; el 73% (46/63) tienen grado de instrucción secundaria y el 12.7% (8/63) superior no universitario; la mayoría de las participantes refiere ser conviviente en un 74.6% (47/63) y el 15.9% (10/63) ser casada; el 60.3% (38/63) tiene como ocupación actual el de ama de casa y el 25.4% (16/63) trabaja (Ver Tabla N°01).

El 82.5% (52/63) de las participantes manifestaron que su embarazo no es planificado, el 55.6% (35/63) tuvo 06 atenciones prenatales, y 9.5% (6/63) tuvieron más de 06 atenciones prenatales; sólo el 9.5% (6/63) refiere haber consumido tabaco durante su gestación actual, el resto de participantes refieren no haber consumido drogas, tabaco, ni alcohol (Ver Gráfico N°01).

4.2 AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO:

Del total de participantes del estudio, la amenaza de parto prematuro se presentó entre las 28 y 32 semanas de gestación en el 44.4% (28/63), 33.3% (21/63) entre las 33 y 36.9 semanas y el 22.2% (14/63) entre las 22 y 27 semanas de gestación (Ver Gráfico N°02).

Tabla N°01: Características generales de las gestantes con amenaza de parto pre término, atendidas en del Hospital Nacional Hipólito Unanue en los meses de Enero- Febrero 2018.

Características generales	Total	
	N	%
Edad	X=28.63 ± 4.42 (IC 95%; 27.44:29.67)	
20 a 24 años	16	25.4
25 a 30 años	15	23.8
31 a 35 años	32	50.8
Grado de Instrucción		
Primaria	04	6.3
Secundaria	46	73.0
Superior no universitario	08	12.7
Superior universitario	05	7.9
Estado civil		
Soltera	05	7.9
Casada	10	15.9
Conviviente	47	74.6
Viuda / separada	01	1.6
Ocupación		
Ama de Casa	38	60.3
Estudiante	09	14.3
Empleada	06	9.5
Comerciante	10	15.9
Total	63	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

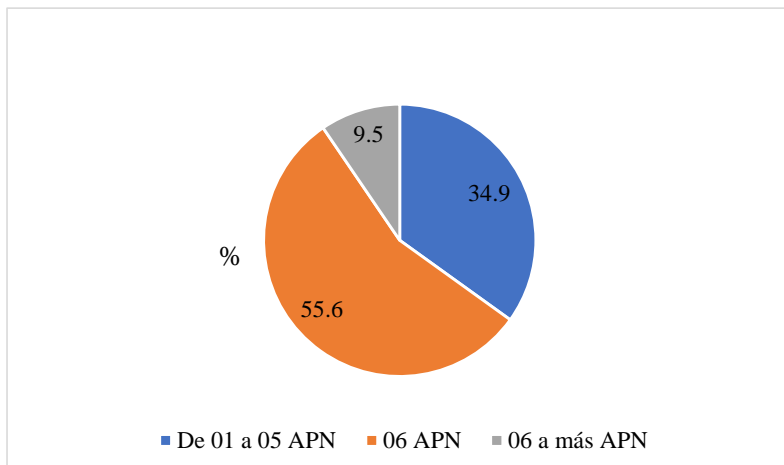


Gráfico N°01: Número de atenciones prenatales de las gestantes con amenaza de parto pre término, atendidas en del Hospital Nacional Hipólito Unanue en los meses de Enero- Febrero 2018.

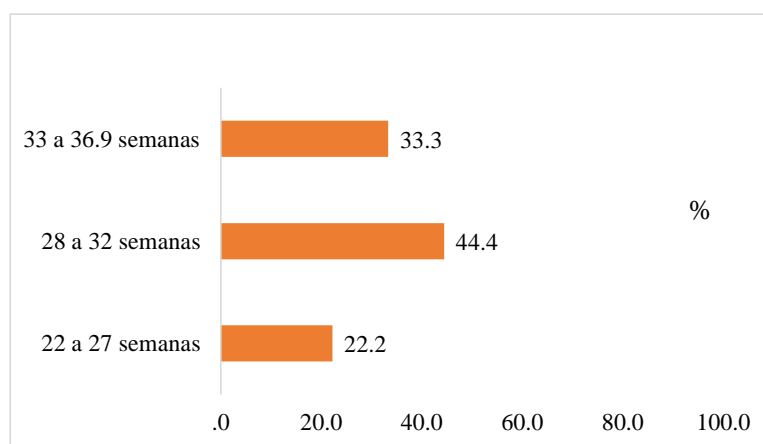


Gráfico N°02: Edad gestacional de las gestantes con amenaza de parto pre término, atendidas en del Hospital Nacional Hipólito Unanue en los meses de Enero- Febrero 2018.

4.3 VIOLENCIA DE GÉNERO:

A la pregunta ¿Durante su embarazo, se ha sentido alguna vez agredida emocionalmente por su pareja o alguna persona importante para usted? el 73% (46/63) manifiesta haber presentado violencia emocional o psicológica, siendo las agresiones físicas más frecuentes la intimidación, el abandono y los gritos, con un 52.2% (24/46), 45.7% (21/46) y 41.3% (19/46) respectivamente; en el 45.7% (21/46) de los casos del agresor fue la pareja de la víctima y en 37% (17/46) los hermanos; las participantes refieren que el agresor vive con ellas en el 37% (17/46) de los casos (Ver Tabla N°02).

A la pregunta ¿Durante su embarazo, se ha sentido alguna vez agredida físicamente por su pareja o alguna persona importante para usted? el 36.5% (23/63) responde haber presentado violencia física, siendo las agresiones físicas más frecuentes los empujones y jalones, con un 100% (23/23), 56.5% (13/23); en el 78.3% (18/23) de los casos del agresor fue la pareja de la víctima y en el 17% (4/23) otras personas; las participantes refieren que el agresor vive con ellas en el 34.8% (8/23) de los casos (Ver Tabla N°03).

A la pregunta ¿Durante su embarazo, se ha sentido alguna vez tocada de forma inapropiada por su pareja o alguna otra persona? el 20.6% (13/63) responde que sí, el 4.8% (3/63) refiere haber sido obligada a tener contacto o relaciones sexuales; en el 100% (13/13) de los casos del agresor fue la pareja de la víctima; las participantes refieren que el agresor vive con ellas en el 30.8% (4/13) de los casos (Ver Gráfico N°03 y Tabla N°04).

Tabla N°02: Violencia psicológica en las gestantes con amenaza de parto pre término, atendidas en del Hospital Nacional Hipólito Unanue en los meses de Enero- Febrero 2018.

Violencia Psicológica	Total	
	N	%
Formas de violencia		
Abandono	21	45.7
Intimidación	24	52.2
Humillación	04	8.7
Gritos	19	41.3
Amenazas	04	8.7
Insultos	10	21.7
Parentesco del agresor		
Pareja	21	45.7
Hermanos	17	37.0
Padre	5	10.9
Otros	3	6.5
Vive con el agresor		
Si	17	37.0
No	29	63.0
Total	46	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Tabla N°03: Violencia física en las gestantes con amenaza de parto pre término, atendidas en del Hospital Nacional Hipólito Unanue en los meses de Enero- Febrero 2018.

Violencia física	Total	
	N	%
Formas de violencia		
Empujones	23	100.0
Jalones	13	56.5
Parentesco del agresor		

Pareja	18	78.3
Hermanos	1	4.3
Otros	4	17.4
Vive con el agresor		
Si	8	34.8
No	15	65.2
Total	23	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

4.4 VIOLENCIA DE GÉNERO COMO FACTOR DE RIESGO PARA PARTO

PRETÉRMINO:

Al analizar la violencia de género como factor de riesgo para el parto pretérmino, se observa que sólo el acoso sexual, forma de violencia sexual, resulta ser significativo (Prueba Chi cuadrado de Pearson; $p < 0.05$).

Tabla N°04: Violencia sexual en las gestantes con amenaza de parto pre término, atendidas en del Hospital Nacional Hipólito Unanue en los meses de Enero- Febrero 2018.

Violencia sexual	Total	
	N	%
Formas de violencia		
Acoso sexual	13	20.6
Abuso sexual	3	4.8
Parentesco del agresor		
Pareja	13	100.0
Vive con el agresor		
Si	4	30.8
No	9	69.2
Total	13	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

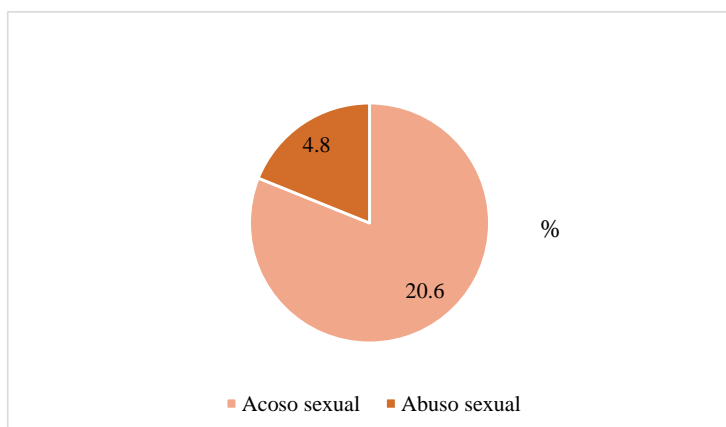


Gráfico N°03: Formas de violencia sexual en las gestantes con amenaza de parto pre término, atendidas en del Hospital Nacional Hipólito Unanue en los meses de Enero- Febrero 2018.

Tabla N°05: Violencia de género en gestantes con amenaza de parto pre término, atendidas en del Hospital Nacional Hipólito Unanue en los meses de Enero- Febrero 2018.

Violencia de género	22 a 27 semanas	28 a 32 semanas	33 a 36.9 semanas	Total	Valor p*
Violencia emocional					0.703
Si	9 (14.3)	21 (33.3)	16 (25.4)	46 (73.0)	
No	05 (7.9)	7 (11.1)	06 (7.9)	17 (27.0)	
Violencia física					0.133
Si	8 (12.7)	10 (15.9)	05 (7.9)	23 (36.5)	
No	06 (9.5)	18 (28.6)	16 (25.4)	40 (63.5)	
Acoso sexual					0.016
Si	04 (6.3)	09 (14.3)	00 (0.0)	13 (20.6)	
No	10 (15.9)	19 (30.2)	21 (33.3)	50 (74.9)	
Abuso sexual					0.140

Si	00 (0.0)	03 (4.8)	00 (0.0)	03 (4.8)
No	14 (22.2)	25 (39.7)	21 (33.3)	60 (95.2)
Total	14 (22.2)	28 (44.4)	21 (33.3)	63 (100)

* Prueba Chi cuadrado de Pearson; $p < 0.05$. Fuente: Ficha de recolección de datos.

V. DISCUSION

La violencia contra las mujeres en nuestro país es un problema vigente, así como en otras partes del mundo, el cual va tomando mayor importancia al tener como una de sus repercusiones importantes alterar el desarrollo normal de la gestación, tal como lo declara Sánchez S., y col. (2013) ⁽¹⁹⁾ (quienes refieren que las gestantes que experimentan violencia física o emocional tienen 1,6 a 4,7 veces más riesgo de presentar parto prematuro, riesgo que se espera sea mayor para el caso de la amenaza de parto pretermino, pues no todos los casos culminan en parto.

En nuestro estudio, la edad promedio de las gestantes con amenaza de parto pretérmino fue 28.63 ± 4.42 (IC 95%; 27.44:29.67), donde el 50.8% (32/63) tenían entre 31 a 35 años y el 25.4% (16/63) entre 20 a 24 años, resultados que no presentan mayor diferencia con los resultados reportados por Gracian N, (2016) y Parada y col. (2012) ⁽²²⁾, quienes al estudiar a gestantes españolas con amenaza de parto pretérmino y violencia emocional encontraron que la mayoría de gestantes tuvieron entre 25 a 35 años (64,7%).

Otras de las características encontradas en las participantes, fueron que el 73% (46/63) tienen grado de instrucción secundaria y el 12.7% (8/63) superior no universitario; resultados similares a los hallados por Gracian N, (2016) ⁽²²⁾, Saravia, J. y col. (2012) reportaron un resultado similar al encontrar que las gestantes con parto pretermino tuvieron un nivel educativo secundario en un 67,1%, esta variable es importante de resaltar pues el factor educación influye en la experimentación de violencia por parte de las mujeres, siendo las mujeres de menor nivel educativo las más afectadas.

Se observa que la mayoría de las participantes refiere ser conviviente en un 74.6% (47/63) y el 15.9% (10/63) ser casada; el 60.3% (38/63) tiene como ocupación actual el de ama de casa y sólo el 25.4% (16/63) trabaja; resultados similares a lo reportado por Gracian N, (2016) quien menciona que la mayor parte de gestantes tenían por estado civil ser convivientes (74,1% vs 68,2%) y por ocupación ser amas de casa (58,8% vs 44,8%), coincidiendo adicionalmente con Távara, L. y col. (2007) quienes al estudiar las repercusiones de la violencia en gestantes de dos hospitales limeños encontraron que la mayoría se encontraron en situación de convivencia (73,2% vs 68,9%) y eran amas de casa (74,8% vs 83,6%).

Planificar una gestación puede garantizar un buen desenlace de la salud materna y el futuro del recién nacido, ello por ello que en nuestro estudio las gestantes con amenaza de parto pretermino manifestaron que su embarazo no era planificado en el 82.5% (52/63), resultado compatible a lo observado por Gracian N, (2016) quien reporta una menor frecuencia de amenaza de parto pretermino la presentaron gestantes con embarazo planeado (29,4%).

Las atenciones prenatales, entendidas como las visitas programadas que buscan beneficios e identificación de riesgos materno-neonatales, explicaría porque la mayor frecuencia de gestantes controladas (> 5 CPN) no presentaron amenaza de parto pretermino, sin embargo en nuestro estudio más de la mitad de participantes eran gestantes controladas, es decir tenían como mínimo 06 atenciones prenatales 65.1% (41/63).

La Organización Mundial de la Salud establece la administración de corticoides a las gestantes entre 26 y 35 semanas de gestación con el objetivo de reducir los riesgos de complicaciones relacionadas con la prematuridad, debido a que si se produce el trabajo de parto generaría discapacidad y muerte perinatal por la incompleta madurez pulmonar que caracteriza al feto en este momento del embarazo; en nuestro estudio se observó que la amenaza de parto prematuro se presentó entre las 28 y 32 semanas de gestación en el 44.4% (28/63), 33.3% (21/63) entre las 33 y 36.9 semanas y el 22.2% (14/63) entre las 22 y 27 semanas de gestación, similar a lo mencionado por Zuñiga A., Paredes J., (2016) quienes en su estudio el 66,4% se dio entre las 28 a 36 semanas y 33,6% de 20 a 27 semanas, en otro estudio realizado en el mismo establecimiento de salud se encontró que la amenaza de parto pretermino se presentó una edad gestacional promedio de 31,7 semanas Gracian N, (2016).

Sobre las consecuencias de la violencia en las mujeres Kuning, M., McNeil, D., Chongsuvivatwong, V. (2003) mencionan que las mujeres violentadas tienen un riesgo 1,5 veces mayor de perder al producto, Salas A. y Salvatierra D. (2012) manifestaron que los diferentes tipos de violencia se presentan en diferentes magnitudes, siendo la violencia psicológica la más frecuente (94,8%), seguido de la violencia física (17,2%) y la violencia sexual (8,6%); Gracian N, (2016) menciona en su estudio que la violencia psicológica fue el principal tipo de violencia en 58,8% de gestantes, seguido de la violencia física (28,2%) y la violencia sexual (18,8%); resultados similares fueron hallados en nuestro estudio.

Las principales formas de violencia psicológica fueron la intimidación, el abandono y los gritos, en el 45.7% (21/46) de los casos del agresor fue la pareja y en 37% (17/46) los hermanos, donde el agresor vive con ellas en el 34.8% (8/23); las principales formas de violencia física

fueron los empujones y jalones, siendo el principal agresor la pareja con una situación de convivencia en el 30.8% (4/13); las principales formas de violencia sexual fueron el acoso 20.6% (13/63) y el abuso sexual 4.8% (3/63) siendo el principal agresor la pareja con una situación de convivencia 30.8% (4/13); estos hallazgos llevan a deducir que la víctima convive con su agresor, lo cual es corroborado en la investigación de Solís R.(2014) quien en su investigación encontró que del total de madres adolescentes hasta el 63,8% convivía con su pareja y Gracian N, (2016) ⁽²²⁾ quien muestra que en más del 75% de los casos la víctima convivía con el agresor.

Gracián N, (2016) ⁽²²⁾ en su estudio menciona que todos los tipos de violencia incrementaron significativamente el riesgo de amenaza de parto pretermino, siendo la violencia sexual (RR = 9,6; IC: 2,1-43,3) la que más contribuyó con el parto pretérmino; en nuestra investigación, al analizar la violencia de género como factor de riesgo para el parto pretérmino, se observa que sólo el acoso sexual, forma de violencia sexual, resultó ser significativo (Prueba Chi cuadrado de Pearson; $p < 0.05$).

Estos resultados nos llevan a reflexionar sobre la realidad en la que vivimos día a día y los riesgos a los que se enfrentan las gestantes y sus niños por nacer.

VI.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

- Las gestantes con amenaza de parto pretérmino atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en los meses de enero - febrero del 2018, presentan las siguientes características generales, tiene una edad promedio de 28.63 ± 4.42 (IC.95%; 27.44:29.67) años, el 50.8% (32/63) tenían entre 31 a 35 años y 25.4% (16/63) entre 20 a 24 años; el 73% (46/63) tienen grado de instrucción secundaria y el 12.7% (8/63) superior no universitario; la mayoría de las participantes refiere ser conviviente en un 74.6% (47/63) y el 15.9% (10/63) ser casada; el 60.3% (38/63) tiene como ocupación el de ama de casa y el 25.4% (16/63) labora actualmente.
- Las gestantes con amenaza de parto pretérmino atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en los meses de enero - febrero del 2018, presentan las siguientes características obstétricas, la amenaza de parto prematuro se presentó entre las 28 y 32 semanas en el 44.4% (28/63), 33.3% (21/63) entre las 33 y 36.9 semanas y el 22.2% (14/63) entre las 22 y 27 semanas; el 82.5% (52/63) manifestaron que su embarazo no es planificado, el 55.6% (35/63) tuvo 06 atenciones prenatales, y 9.5% (6/63) tuvieron más de 06 atenciones prenatales; sólo el 9.5% (6/63) refiere haber consumido tabaco durante su gestación actual.
- Las gestantes con amenaza de parto pretérmino atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en los meses de enero - febrero del 2018 presentaron en un 73%

violencia emocional o psicológica, el 36.5% violencia física, el 20.6% refiere haber sido obligada a tener contacto o relaciones sexuales.

- El acoso sexual, forma de violencia sexual, resultó ser significativo (Prueba Chi cuadrado de Pearson; $p < 0.05$) como factor de riesgo para el parto pretérmino.

RECOMENDACIONES:

- Fortalecer la implementación de las fichas de tamizaje de violencia de género al inicio y durante todas las atenciones prenatales, a fin de garantizar una detección temprana y oportuna de la violencia de género en sus distintas formas.
- Socializar con las gestantes las formas de violencia de género existentes durante las atenciones prenatales y sesiones educativas, informando sobre las repercusiones de la violencia de género en el embarazo y de identificar correctamente las agresiones y el manejo adecuado de los casos.
- Realizar la derivación correspondiente al servicio de psicología de las gestantes que sufren algún tipo de violencia de género, a fin de evitar las posibles repercusiones en la gestación.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alhabe F, Carroli G, Lede R, Belizan J & Alhabe O. (1999). El parto pre término: detección de riesgos y tratamientos preventivos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 5, pp.374-385

Con formato: Fuente: Cursiva

DeCherney A., Laufer N., Nathan L. & Román A. (2014). *Amenaza de parto pretérmino*. En Diagnóstico y tratamiento gineco obstétricos (p.225). México: McGrawHill Interamericana.

Con formato: Fuente: Cursiva

Espinoza V. (2014). *Determinación de factores de riesgo que influyen en la presentación de amenaza de parto prematuro en pacientes atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Isidro Ayora, en el periodo febrero julio del 2014*. Universidad Nacional de Loja. Sitio web: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/13201/1/V%C3%ADctor%20Alejandro%20Espinoza%20Mora.pdf>

Con formato: Fuente: Cursiva

Franco, A. (2014). Factores asociados al parto pretérmino en el Hospital San Bartolomé. Mayo 2012 a mayo 2013. agosto 30, 2017, de Universidad Nacional Mayor de San Marcos Sitio web: [http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4903/1/Franco Tinta Americo 2014.pdfA](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4903/1/Franco_Tinta_Americo_2014.pdfA).

Gracian N. (2016). *Violencia de género como factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal febrero 2016*. 2017, de Universidad Nacional Mayor de San Marcos Sitio web: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4742>

Con formato: Fuente: Cursiva

Hernández A. (2012). *Prevalencia de violencia intrafamiliar en embarazada e 20 a 35 años de edad de la unidad de medicina familiar 92 periodo de agosto a octubre 2012*.

Con formato: Fuente: Cursiva

Instituto Mexicano de seguro social. Sitio web:
<http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14504/411448.pdf;jsessionid=224C1F448082B7EB4B34822EBD5C1BCA?sequence=1>

Instituto Nacional de Estadística e informática. (2016). *Violencia de género, 2017, diciembre 2*. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática. Sitio web:
<https://www.inei.gov.pe/estadisticas/indice-tematico/violencia-de-genero-7921/>

Con formato: Fuente: Cursiva

Instituto Nacional Materno Perinatal. (2014). Amenaza de parto pretérmino. *En Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología*(pp.106-114). Lima, Perú: Instituto Nacional Hipólito Unanue.

Con formato: Fuente: Cursiva

Kuning, M., McNeil, D., Chongsuvivatwong, V. *Pregnancy loss in the Philipines. Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2003; 34(2): 443-42.

Con formato: Fuente: Cursiva

Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables. (2009). *Plan nacional Contra la Violencia Hacia la Mujer 2009-2015 (PNCVHM) y sus herramientas de gestión*. 2017, agosto 23, de Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables Sitio web:
http://www.mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/normativas/304_PNCVHM_2009-2015.pdf

Con formato: Fuente: Cursiva

Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables. (2012). *Compendio Estadístico del MIMP 2012*. 2017, septiembre 1, de Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables Sitio web:
http://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/herramientas-recursosviolencia/contenedor-dgcvgrecursos/contenidos/estadisticas/mimp/2_Casos_atendidos_VFS_tipo_de_violencia_segun_CEM_2011.pdf

Con formato: Fuente: Cursiva

Ministerio de Salud. (2017). Definiciones. Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas (p.3). *Lima, Perú. Ministerio de salud.*

Con formato: Fuente: Cursiva

Organización de las Naciones Unidas. (2013). *Elementos esenciales de planificación para la eliminación contra la violencia de mujeres y niñas.* 2017, agosto 25, de ONU mujeres Sitio web: <http://www.endvawnow.org/uploads/modules/pdf/1372349315.pdf>

Con formato: Fuente: Cursiva

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Género y salud de la mujer - La violencia infligida por la pareja y la salud de la mujer.* 2017, septiembre 1, de 19. Organización Mundial de la Salud. Sitio web: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter4/es/index4.html

Con formato: Fuente: Cursiva

Organización de las Naciones Unidas. (1993). *La Declaración de la eliminación de la violencia contra la mujer.* 2017, agosto 4. Organización de las naciones unidas. Sitio web: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>

Con formato: Fuente: Cursiva

Parada R., Guerra U., Vázquez L. (2012). Violencia emocional como factor de riesgo en la amenaza de parto pretérmino. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 17, pp.39-43.

Con formato: Fuente: Cursiva

Sanchez, S., Alva, A., Diez, G., Qiu, C., Yanez, D., Gelaye, B., (2013). Risk of Spontaneous Preterm Birth in Relation to Maternal Exposure to Intimate Partner Violence During Pregnancy in Peru. *Matern Child Health J*, 17, pp. 485–492.

Con formato: Fuente: Cursiva

Salas A. & Salvatierra D. (2012). *Resultados maternos de la violencia intrafamiliar en gestantes adolescentes. Hospital San Juan de Lurigancho periodo diciembre 2011-*

Con formato: Fuente: Cursiva

- febrero 2012. 2017, setiembre 5, de Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Sitio web: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/654/1/salas_aa.pdf
- Solis R.. (2014). Estresores psicosociales asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Enero– marzo 2014. setiembre 25,2017, *de Universidad Nacional Mayor de San Marcos* Sitio web: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3649>
- Tavara, L., Orderique, L., Zegarra, T., Huamani, S., Felix, F., Espinoza, K., (2007), Repercusiones maternas y perinatales de la violencia basada en género. *Rev Per Ginecol Obst*, 53, pp.10-17.
- Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. (2005, octubre). La violencia contra la mujer: Femicidio en el Perú. *CMP Flora Tristán*, 1, pp.7-9.
- Campero L., Dilvs W., Hernández B. & Espinoza H. (2006, febrero). La contribución de la violencia a la mortalidad materna en Morelos, México. *Revista Salud Publica México*, 48, pp.297-306.
- Ku- Carbonell S. (2009, mayo 16). Violencia de género durante la gestación y su repercusión en el parto y el recién nacido. Hospital María Auxiliadora, marzo, 2009. *Revista peruana de Obstetricia y Enfermería*, 5, pp.29-44.
- Cepeda A., Morales F., Henales M. & Méndez S. (2011, abril-junio). Violencia familiar durante el embarazo como factor de riesgo para complicaciones maternas y recién nacidos de peso bajo. *Perinatología y reproducción humana*, 25, pp.81-87.
- Ticona M & Huanco D. (2011, julio-setiembre). Factores de riesgo de la mortalidad perinatal en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. *Revista cubana de obstetricia y ginecología*, 37, pp.431-443.

Con formato: Fuente: Cursiva

Con formato: Fuente: Cursiva

Con formato: Fuente: Cursiva

Con formato: Fuente: Cursiva

Con formato: Fuente: Cursiva

Con formato: Fuente: Cursiva

Con formato: Fuente: Cursiva

Martínez J. (2011, octubre).. Detección y atención a la violencia de género en el embarazo, *Enfermería global*, 10, pp.352-357.

Con formato: Fuente: Cursiva

Saravia, J., Mejía, M., Becerra, S. & Palomino, A. (2012, agosto 12). Violencia física contra la mujer durante el embarazo: prevalencia y factores asociados, *Revista Peruana de Epidemiología*, 16, pp.84-90

Con formato: Fuente: Cursiva

Contreras H., Mori E., Hinojosa W. & Yancachajlla M. (2013, setiembre 4). Características de la violencia durante el embarazo en adolescentes de Lima, Perú. *Revista peruana medica experimental y salud pública*, 30, pp.379-385.

Con formato: Fuente: Cursiva

Cervantes P, Delgado E. & Nuño M. (2014. diciembre 27). Prevalencia de violencia intrafamiliar en embarazadas de 20 a 35 años de la unidad de medicina familiar no 92 periodo de agosto a octubre 2012, *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54, pp.286-291

Con formato: Fuente: Cursiva

Oyarce I. (2015, enero 2). Violencia familiar en embarazo con presencia de emergencias obstétricas. hospital regional Eleazar guzmán barrón de Chimbote. marzo - mayo 2014, *Revista científica de estudiantes de la Universidad Cesar Vallejo*, 3, pp.49-58.

Con formato: Fuente: Cursiva

VIII.- ANEXOS

ANEXO N°01: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLES	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDICIÓN	CODIFICACIÓN
VARIABLE PRINCIPAL: Violencia de Género	Violencia física	Lesiones corporales infringidas de forma intencional: golpes quemaduras, agresiones con armas etc.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Golpes. - Quemaduras. - Moretones. - Laceraciones. - Agresión con arma de fuego y objetos punzocortantes. 	SI=1 NO=2
	Violencia psicológica	Humillaciones, desvalorizaciones, criticas exageradas y públicas, lenguaje soez y humillante, insultos, amenazas, culpabilizaciones aislamiento social, control del dinero, no permitir tomar decisiones.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Humillaciones. - Desvalorización. - Criticas destructivas. - Lenguaje soez. - Insultos. - Amenazas. - Aislamiento social. - Control del dinero. - No permitir tomar decisiones. 	SI=1 NO=2

	Violencia sexual	Actos que atentan contra la libertad sexual de la persona y lesionan su dignidad: relaciones sexuales forzadas, abuso,	Cualitativa	Nominal	- Relaciones sexuales obligadas - Abuso sexual - Violación	SI=1 NO=2
	Violencia Intrafamiliar	Violencia que en la mayor parte de los casos se produce entre miembros de la familia o compañeros sentimentales, y suele acontecer en el hogar, aunque no exclusivamente violación	cualitativa	Nominal	- Violencia física. - Violencia psicológica. - Violencia sexual.	SI=1 NO=2
VARIABLE SECUNDARIAS: Características generales y obstétricas	Edad gestacional	Tiempo transcurrido o desde la fecundación	Cuantitativa	Continua	- Edad gestacional en semanas.	1= 2- 27 ss 2= 28- 32 ss 3= 33- 36.6 ss
	Número de atenciones prenatales	Vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, para brindar un paquete básico de intervenciones que permita la detección oportuna de signos de alarma y factores de riesgo.	Cuantitativa	ordinal	- Número de atenciones prenatales.	1= 22-27ss 2= 28-32ss 3= 33-36/7ss
	Edad	Tiempo que una persona, ha vivido desde que nació.	Cuantitativa	Continua	- Edad en años.	
	Estado civil	Situación jurídica de las personas determinados por derecho desde el	Cualitativa	Nominal	- Soltero. - Casado.	S= 1 C= 2

		punto de vista del registro civil de una persona pueden ser variables de un estado a otro.			- Conviviente. - Viudo / Divorciado.	C= 3 V= 4
	Grado de instrucción	Periodo medido en años escolares que una persona ha permanecido en el sistema educativo.	Cualitativa	Nominal	- Sin escolaridad. - Primaria. - Secundaria. - Superior no universitario. - Superior universitario.	SE= 1 PR= 2 SEC= 3 T= 4 UNIV= 5
	Ocupación	Trabajo, empleo, oficio	Cualitativa	Nominal	- Ama de casa. - Comerciante. - Estudiante. - Otro.	AC= 1 C= 2 E= 3 O= 4
	Consumo de sustancias toxicas	Sustancias que ocasiona trastornos físicos, psicoemocionales o sociales	Cualitativa	Ordinal	- Drogas. - Alcohol. - Tabaco. - Otro.	D=1 A= 2 T= 3 O= 4

ANEXO N°02: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

“Violencia basada de género como factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino en gestantes del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2018”

Institución: Hospital Nacional Hipólito Unanue - Universidad Nacional Federico Villarreal.

Investigador: Raysa Johana Carbajal Somoza.

Propósito del Estudio: Este es un estudio desarrollado con la finalidad de determinar si la violencia de género es un factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Procedimientos: Si usted acepta participar en este estudio deberá responder las preguntas sobre sus datos generales, datos sobre su gestación actual y datos sobre la exposición a violencia en el embarazo actual. Por otro lado, el desarrollo de cuestionario tomará un máximo de 20 minutos por persona y será realizado dentro del pabellón de hospitalización de gineco-obstetricia.

Riesgos: No se prevén ningún tipo de riesgo para su salud derivados de la participación en el estudio, puesto que el recojo de la información necesaria, se realizará mediante un cuestionario, mas no se harán procedimientos invasivos.

Beneficios: Los beneficios corresponden a la identificación de evidencias que nos permitirá establecer el objetivo a estudiar. Con ello se fomenta una conducta de mejora en los sistemas de atención en este grupo poblacional.

Costos e incentivos: La participación en el estudio no tiene ningún costo para usted. Asimismo, la entrevista se realizará con la autorización del hospital y dentro de sus instalaciones.

Confidencialidad: Nosotros no revelaremos su información solo se le identificara mediante códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Sus archivos no serán utilizados o mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Derechos del paciente: Si usted decide brindarnos su participación en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor comuníquese con la Srta. Raysa Johana Carbajal Somoza 942768331, correo: raysa.ss501.95@gmail.com. Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, entiendo y comprendo la forma como se realizará el estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento o circunstancia.

Firma: _____

DNI: _____

Entrevistado: _____

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

“VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO COMO FACTOR DE RIESGO PARA AMENAZA
DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO
UNANUE EN LOS MESES DE ENERO- FEBRERO 2018”

I) DATOS DE FILIACION:

Edad: _____

Grado de instrucción: Sin estudios () Primaria () Secundaria () Superior no universitario
() Superior universitaria ()

Estado civil: Soltera () Casada () Conviviente () Viuda/separada ()

Ocupación: Ama de casa () Estudiante () Empleada () Comerciante () Otros ()

II) DATOS DEL EMBARAZO ACTUAL:

Su embarazo fue planeado: Si () No ()

Número de controles prenatales: 1-5 CPN () 6 CPN () 6 a más CPN () No se controló ()

Hubo consumo de: Drogas () Tabaco () Alcohol () N.A ()

Edad gestacional: 22-27 semanas () 28-32 semanas () 33-36,9 semanas ()

III) CUESTIONARIO DE VIOLENCIA DE GÉNERO:

En la actualidad el tema de violencia basada en género es un problema de la sociedad por ello es vital realizar investigaciones en las gestantes que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal. Es muy importante que usted responda sinceramente, porque nos ayudará a identificar y plantear soluciones respecto a esta situación. Recuerde que el cuestionario es anónimo y confidencial, no será usado para denuncias, ni tampoco se revelará su identidad.

Durante su embarazo, ¿Se ha sentido alguna vez agredida emocionalmente por su pareja o alguna persona importante para usted? Si () No (Pase a la pregunta 5).

Si su respuesta es SI, señale el tipo de agresión emocional que fue víctima (puedes marcar más de 1): Abandono () Amenazas () Intimidación () Humillación () Insultos () Gritos () Otros ()

Qué parentesco tiene usted con la persona que la agredió durante su embarazo: Pareja () Hermanos () Padre () Madre () Otros ()

El agente (persona) que la agredió ¿vive con usted? Si () No ()

Durante su embarazo, ¿Se ha sentido alguna vez agredida físicamente por su pareja o alguna persona importante para usted? Si () No (Pase a la pregunta 9).

Si su respuesta es SI, señale el tipo de agresión física que fue víctima (puedes marcar más de 1): Empujones () Jalones () Patadas () Bofetadas () Golpes con objetos () Puñetes () Otros: _____

Qué parentesco tiene usted con la persona que le causó daño físico durante su embarazo: Pareja () Hermanos () Padre () Madre () Otros ()

El agente (persona) que la agredió físicamente ¿vive con usted? Si () No ()

Durante su embarazo, ¿Se ha sentido alguna vez tocada de forma inapropiada por su pareja o alguna otra persona? Si () No ()

Durante su embarazo, ¿Recuerda haber sido obligada a tener contacto o relaciones sexuales con su pareja o alguna otra persona? Si () No (Finalizó, no continúe)

Qué parentesco tiene usted con la persona que le causó daño sexual durante su embarazo:

Pareja () Hermanos () Padre () Madre () Otros ()

El agente (persona) que la agredió sexualmente ¿vive con usted? Si () No ()

Muchas gracias por su colaboración...