

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN TARAPOTO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**"ESTRESORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS A LA AMENAZA DE PARTO Y
PARTO PRE-TÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II - 2
TARAPOTO, AGOSTO - DICIEMBRE 2016"**

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
OBSTETRA**

AUTORES:

Bach. En Obst. ASTRID KELLER ZUÑIGA DEL AGUILA

Bach. En Obst. JORGE RAÚL PAREDES BRICEÑO

ASESOR:

Obsta. Dr. JOSÉ MANUEL DELGADO BARDALES

TARAPOTO - PERÚ
2017



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial-CompartirIgual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).

Vea una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN TARAPOTO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**"ESTRESORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS A LA AMENAZA DE PARTO Y
PARTO PRE-TÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II - 2
TARAPOTO, AGOSTO - DICIEMBRE 2016"**

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
OBSTETRA**

AUTORES:

Bach. En Obst. ASTRID KELLER ZUÑIGA DEL AGUILA

Bach. En Obst. JORGE RAÚL PAREDES BRICEÑO

ASESOR:

Obsta. Dr. JOSÉ MANUEL DELGADO BARDALES

TARAPOTO - PERÚ
2017

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN TARAPOTO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**“ESTRESORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS A LA AMENAZA DE PARTO Y
PARTO PRE-TÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 2
TARAPOTO, AGOSTO – DICIEMBRE 2016”**

Para obtener el título profesional de:

OBSTETRA

AUTORES:

Bach. En Obst. ASTRID KELLER ZUÑIGA DEL AGUILA

Bach. En Obst. JORGE RAÚL PAREDES BRICEÑO

ASESOR:

Obsta. Dr. JOSÉ MANUEL DELGADO BARDALES

Tarapoto - Perú

2017

CONSTANCIA DE ASESOR

Consta por el presente que el **obsta. Dr. JOSÉ MANUEL DELGADO BARDALES** ha asesorado el proyecto de tesis que tiene por título “**ESTRESORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS A LA AMENAZA DE PARTO Y PARTO PRE-TERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 2 TARAPOTO, AGOSTO – DICIEMBRE 2016**”, presentados por los egresados de la carrera profesional de obstetricia: **ZUÑIGA DEL AGUILA ASTRID KELLER** y **PAREDES BRICEÑO JORGE RAÚL**.

Por lo tanto, queda revisado y aprobado por el suscrito, se expide el presente a fin de que sea presentado para el trámite respectivo.

Atentamente.



Obsta. Dr. JOSÉ MANUEL DELGADO BARDALES

ASESOR

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**“ESTRESORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS A LA AMENAZA DE PARTO Y
PARTO PRE-TÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 2
TARAPOTO, AGOSTO – DICIEMBRE 2016”**

JURADO CALIFICADOR:

Obsta. Dra. ORFELINA VALERA VEGA
Presidente

Obsta. Mg. HILDA GONZALEZ
NAVARRO
Miembro

Obsta. Mg. MANUELA AURORA
VEGA CELIS
Miembro



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN - TARAPOTO

Unidad de Bibliotecas Especializadas y Biblioteca Central

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN NO EXCLUSIVO PARA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA EN REPOSITORIO DIGITAL

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: ZUÑIGA DEL AGUILA ASTRID KELLER **DNI :** 47620427

Domicilio: Jr. Simón Bolívar 618 – Banda de Shilcayo

Teléfono 945378372

Correo Electrónico astridk1202@gmail.com

2. DATOS ACADÉMICOS

Facultad : CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional : OBSTETRICIA

3. DATOS DE LA TESIS

Título: “ESTRESORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS A LA AMENAZA DE PARTO PRE-TERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II - TARAPOTO, AGOSTO – DICIEMBRE 2016”

Publicación 2017

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN VERSIÓN ELECTRÓNICA

A través de la presente autorizo a la Unidad de Bibliotecas Especializadas y Biblioteca Central –UNSM – T, para que publique, conserve y sin modificarla su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en su Repositorio Institucional su obra a texto completo el citado título (Resolución Rectoral Nº 212-2013-UNSM/CU-R).

ZUÑIGA DEL AGUILA ASTRID KELLER
DNI: 47620427

Fecha de recepción: ____/____/____



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN - TARAPOTO

Unidad de Bibliotecas Especializadas y Biblioteca Central

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN NO EXCLUSIVO PARA PUBLICACIÓN

ELECTRÓNICA EN REPOSITORIO DIGITAL

1. DATOS PERSONALES

| | | |
|--|--|-----------------------|
| Apellidos y Nombres: PAREDES BRICEÑO JORGE RAÚL | | DNI : 70466882 |
| Domicilio: Jr. Loreto 479 – Juan Guerra | | |
| Teléfono: 960887555 | Correo Electrónico: georsh_13@hotmail.com | |

2. DATOS ACADÉMICOS

| | |
|--|-------------------------------|
| Facultad | : CIENCIAS DE LA SALUD |
| Escuela Profesional : OBSTETRICIA | |

3. DATOS DE LA TESIS

| | |
|--------------------|--|
| Título: | “ESTRESORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS A LA AMENAZA DE PARTO PRE-TÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II - TARAPOTO, AGOSTO – DICIEMBRE 2016” |
| Publicación | 2017 |

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN VERSIÓN ELECTRÓNICA

A través de la presente autorizo a la Unidad de Bibliotecas Especializadas y Biblioteca Central –UNSM – T, para que publique, conserve y sin modificarla su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en su Repositorio Institucional su obra a texto completo el citado título (Resolución Rectoral N° 212-2013-UNSM/CU-R).

PAREDES BRICEÑO JORGE RAÚL
DNI: 70466882

Fecha de recepción: ____/____/____

DEDICATORIA

A Dios y padre celestial:

Quien me sustenta y brinda la vida, guiándome cada día con su sabiduría e inteligencia el cual me permitió realizar esta tesis.

A mis padres:

Por mostrarme su amor incondicional, motivándome y apoyándome a seguir el proceso de la vida con buenos principios y lograr así las metas y sueños que Dios tiene planeado para mí.

A mis hermanos:

El cual influenciaron en mi formación espiritual y profesional, compartiéndome sus conocimientos y experiencias.

ASTRID

DEDICATORIA

A Dios:

Todopoderoso quien es mi sustento espiritual, por prolongar mi vida día a día, y dotarme de una buena salud, sabiduría y paciencia para la realización de este trabajo.

A mis padres:

Por su amor y apoyo incondicional, mi motivación; formándome siempre con buenos sentimientos, buenas actitudes y valores que repercuten en mi persona para elegir el camino correcto para alcanzar el éxito.

A mis hermanos:

Por ser mí complemento emocional, por su compañía y apoyo en este camino para alcanzar el éxito, haciéndome recordar el valor y la importancia de la familia como estímulo para levantarse después de una caída.

JORGE

AGRADECIMIENTO

Esta investigación es el resultado no sólo de nuestro trabajo, sino también de la participación y aporte de las madres quienes nos brindaron su confianza para su realización.

En primer lugar, agradecemos a Dios y padre celestial quien nos brindó los elementos necesarios para la realización de esta investigación, lo que se traduce en un logro alcanzado en nuestra formación profesional.

A nuestros admirables Padres, por ser apoyo y motivación en nuestras deficiencias emocionales y económicas, quienes nos brindaron la oportunidad de prepararnos para la vida en base a valores, sueños y como elemento importante el estudio que es la clave del éxito.

Agradecemos al Obsta. Dr. José Manuel Delgado Bardales, por su paciencia, interés, comprensión y asesoría permanente para la realización de esta investigación; también a los docentes, que a través de sus enseñanzas y conocimientos contribuyeron en nuestra formación profesional.

A nuestros hermanos, familiares y amigos por esos momentos de felicidad, y compartir con nosotros nuestras derrotas y éxitos en este largo camino por recorrer.

Los Autores

ÍNDICE DE CONTENIDO

| | Pág. |
|---|-------------|
| Dedicatoria..... | viii |
| Agradecimiento..... | x |
| Índice de Contenido..... | xi |
| Índice de Tablas..... | xiii |
| Resumen..... | xv |
| Abstract..... | xvi |
| | |
| Título..... | 01 |
| I. INTRODUCCIÓN..... | 01 |
| 1.1 Marco Conceptual..... | 01 |
| 1.2 Antecedentes..... | 06 |
| 1.3 Bases Teóricas..... | 15 |
| 1.4 Justificación..... | 23 |
| 1.5 Problema..... | 25 |
| II. OBJETIVOS..... | 25 |
| 2.1 Objetivo General..... | 25 |
| 2.2 Objetivos Específicos..... | 26 |
| 2.3. Hipótesis de Investigación..... | 26 |
| 2.4. Operacionalización de variables..... | 27 |
| III. MATERIALES Y MÉTODOS..... | 31 |
| IV. RESULTADOS..... | 36 |
| V. DISCUSIÓN..... | 59 |
| VI. CONCLUSIONES..... | 71 |

| | | |
|-------|---------------------------------|----|
| VII. | RECOMENDACIONES..... | 73 |
| VIII. | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 74 |
| IX. | ANEXOS..... | 82 |

INDICE DE TABLAS

| Tabla N° | Título | Pág. |
|-----------------|--|-------------|
| 01 | Estresores psicológicos identificados de violencia relacionados a la amenaza de parto y parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, Agosto – Diciembre 2016 | 36 |
| 02 | Estresores psicológicos identificados de motivación relacionados a la amenaza de parto y parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, Agosto – Diciembre 2016 | 38 |
| 03 | Estresores sociales identificados de apoyo familiar relacionados a la amenaza de parto y parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, Agosto – Diciembre 2016 | 39 |
| 04 | Estresores sociales identificados como situación económica relacionados a la amenaza de parto y parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, Agosto – Diciembre 2016 | 41 |

| | | |
|----|--|----|
| 05 | Estresores sociales identificados como proyecto personal relacionados a la amenaza de parto y parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, Agosto – Diciembre 2016 | 42 |
| 06 | Distribución de gestantes según amenaza de parto y parto pre-término atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, Agosto – Diciembre 2016 | 44 |
| 07 | Relación de los estresores con la amenaza de parto y parto pre-término gestantes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, Agosto – Diciembre 2016 | 45 |

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo Determinar los estresores psicosociales relacionados a la amenaza de parto y parto pre-término en gestantes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, Agosto – Diciembre 2016, estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional, cuya muestra fue 140 gestantes; la técnica la entrevista y como instrumento el cuestionario.

Los 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.

ABSTRACT

The following study aimed to determine the psychosocial stressors related to the threat of preterm birth and delivery in pregnant women attended at the Hospital II - 2 Tarapoto, August-December 2016, it is a quantitative, descriptive, correlational study, whose sample was 140 pregnant women; having as a technique the interview and as instrument the questionnaire.

The results, psychological stressors - psychological violence: harassment 40% of their partner and 35.7% of relatives of the couple; 46% change in attitude of the couple. Physical violence: 27.2% for the couple and 9.3% for self-harm. According to stressors motivation: 21.5% per pregnancy, 70.7% acceptance of pregnancy, 80% joy of pregnancy According to the couple: 80% love in the past, 58.5% prospects for the future. Social stressors: Relatives: 29.3% insinuation of abortion, 60.1% commitment; Direct relatives. 74.3% maternal support, 72.8% support from my family; Relatives of the couple: 53.6% maternal support, 58.6% emotional. Economic situation; 63.6% of the couple, 55% of the family According to personal project: frustration 50% educational and 30% of life project. The 96.4% threatened delivery, 66.4% from 28 to 36 weeks. And 33.6% from 20 to 27 weeks, 27.1% from preterm delivery, 15.0% vaginal

delivery and 12.1% cesarean delivery.

In conclusion psychological and Social stressors have a statistically significant relationship ($P < 0.05$), with gestational age, threat of labor and preterm delivery, and type of delivery.



TITULO:

ESTRESORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS A LA AMENAZA DE PARTO Y PARTO PRE-TÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 2 TARAPOTO, AGOSTO – DICIEMBRE 2016.

I. INTRODUCCION:

1.1. Marco Conceptual:

Cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos. Más de un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones del embarazo y parto. Muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos (1).

A nivel mundial, la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de 5 años. En casi todos los países que disponen de datos fiables al respecto, las tasas de nacimientos prematuros están aumentando. Las tasas de supervivencia presentan notables disparidades entre los distintos países del mundo. En contextos de ingresos bajos, la mitad de los bebés nacidos a las 32 semanas (dos meses antes de llegar a término) mueren por no haber recibido cuidados sencillos, eficaces y poco onerosos, como aportar al recién nacido calor suficiente, o no haber proporcionado apoyo a la lactancia materna, así como por no haberseles administrado atención básica para combatir infecciones y problemas respiratorios. En los países de ingresos altos, prácticamente la totalidad de estos bebés sobrevive (1).

Si bien más del 60% de los nacimientos prematuros se producen en África y Asia meridional, se trata de un verdadero problema mundial. En los países de ingresos bajos, una media del 12% de los niños nace antes de tiempo, frente al 9% en los países de ingresos más altos. Dentro de un mismo país, las familias más pobres corren un mayor riesgo de parto prematuro. De los 65 países que disponen de datos fiables sobre tendencias, todos menos tres han registrado un aumento en las tasas de nacimientos prematuros en los últimos 20 años. Ello puede explicarse, entre otras cosas, por una mejora de los métodos de evaluación; el aumento de la edad materna y de los problemas de salud materna subyacentes, como la diabetes y la hipertensión; un mayor uso de los tratamientos contra la infertilidad, que dan lugar a una mayor tasa de embarazos múltiples; y los cambios en las prácticas obstétricas, como el aumento de las cesáreas realizadas antes de que el embarazo llegue a término (2).

Se considera prematuro un bebé nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación. Los niños prematuros se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional: 1. Prematuros extremos (<28 semanas); 2. Muy prematuros (28 a <32 semanas); y 3. Prematuros moderados a tardíos (32 a <37 semanas). El parto inducido y el parto por cesárea no deben planificarse antes de que se hayan cumplido 39 semanas de gestación, salvo que esté indicado por razones médicas (1).

El parto prematuro se produce por una serie de razones. La mayoría de los partos prematuros ocurren de forma espontánea, si bien algunos se

desencadenan a resultas de la inducción precoz de las contracciones uterinas o del parto por cesárea, ya sea por razones médicas o no médicas. Entre las causas más frecuentes del parto prematuro figuran los embarazos múltiples, las infecciones y las enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión; ahora bien, a menudo no se identifica la causa. También hay una influencia genética. Una mejor comprensión de las causas y los mecanismos del parto prematuro permitirá avanzar en la elaboración de soluciones de prevención (1).

Hasta la fecha, existen diversos estudios acerca de los factores de riesgo para la amenaza de parto prematuro, cuyos objetivos refieren causas fisiológicas y biológicas, encontrándose resultados significativamente útiles para la ciencia; sin embargo hoy en día, como ya se mencionó líneas antes, se han encontrado evidencias en todo el mundo, que no solo las causas biológicas son las que influyen en el parto prematuro, sino también tienen gran influencia los factores estresantes que la madre experimenta a lo largo de su embarazo (3).

Factores denominados estresores psicosociales, los cuales hacen referencia a la violencia psicológica y/o física por parte de sus familiares o su pareja, también si el embarazo ha sido recibido con la motivación necesaria tanto con el mismo embarazo y con la pareja. También, resulta muy importante el apoyo que recibe la mujer por parte de sus familiares, de su pareja y de los familiares de su pareja (4, 5, 6, 7, 8).

Por otro lado, estudios realizados en Estados Unidos en el año 2006 indicaron que la situación económica “baja” de la mujer embarazada en relación con

una temprana edad, representa un estresor altamente significativo para que la mujer experimente amenaza de parto prematuro, así mismo, el sentimiento de frustración de proyectos a futuro, tanto académicos como personales. (9, 10, 11).

La gestación, se caracteriza por una serie de cambios orgánicos como de carácter reproductivo, acompañados de profundos cambios psicosociales de ajuste a un ambiente sociocultural cambiante y en ocasiones hostil. Muchas gestantes sobre todo en países en vías de desarrollo como el nuestro, encuentran múltiples dificultades para ajustarse a esta etapa de su vida, en particular en lo relativo a su sexualidad. Datos obtenidos de algunas encuestas sobre el comportamiento sexual y reproductivo muestran que la tendencia va a un inicio de relaciones sexo-genitales a más temprana edad y en la mayoría de los casos lo hacen desprovistas de información objetiva, oportuna, clara y veraz acerca del manejo de la sexualidad, de las responsabilidades que implican la maternidad y la paternidad y del uso correcto y sistemático de métodos anticonceptivos modernos (12).

Estas situaciones exponen a las mujeres a mayores riesgos de que se produzca un embarazo no planeado, un aborto provocado o una infección de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA. El embarazo en estas condiciones es considerado por la OMS como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el producto, Además de las secuelas psicosociales. En los últimos 5 años, se han observado que estos factores representan un riesgo para que se desarrolle la

amenaza de parto prematuro de los cuales muchos de ellos terminan en partos pre términos, dichos factores son relativamente independientes a los factores biológicos o fisiológicos que inducen a un parto prematuro (13,14,15).

Para el estudio estos factores serán denominados “estresores psicosociales” asociados a la amenaza de parto y parto prematuro. En China se encontraron este tipo de evidencias que representaron riesgo para una amenaza de parto prematuro, cuando las gestantes habían estado expuestas a experiencias duras en el primer y segundo trimestre. Según el diario americano de Obstetricia y Ginecología, las gestantes que tienen problemas con su situación económica, emocional, vivencias traumáticas y una mala relación con su pareja tienen una tendencia significativa para el desarrollo de amenaza de parto prematuros, partos prematuros propiamente dichos y bebés con bajo peso al nacer (16, 17).

Posteriormente se realizaron observaciones en América Latina, los cuales afirmaban de manera similar, que cuanto más temprana había sido la experiencia estresante, mayor era el riesgo de complicaciones en el embarazo. La violencia en general puede ser de 4 tipos: física, psicológica o emocional, económica y sexual.

Por lo mencionado anteriormente, por la condición de ser obstetra que nos vincula con la madre y el niño por nacer, y por las condiciones observadas en los servicios de salud durante el internado, es que consideramos importante, realizar el presente estudio, ya que la tendencia de la amenaza de parto y

parto sigue incrementándose y es posible que solo tomemos en consideración las causales somáticas manifestadas por la mujer y no estemos considerando las causales psicosociales que pueden provocar este problema del nacimiento prematuro de los niños.

1.2. Antecedentes:

Watson L, Taft A. (2013), en su estudio “Intimate partner violence and the association with very preterm birth”, Australia, estudio de casos y controles, donde se entrevistaron 603 mujeres que tuvieron un parto prematuro (gestación única de 20 a 31 semanas), 770 mujeres que tenían gestación única a término (37 de semanas de gestación completas o más), 139 mujeres que tuvieron un parto prematuro doble, y 214 mujeres que tuvieron un parto a término doble. La violencia se evaluó a través de Composite Abuse Scale. Se encontró que en el grupo casos de las mujeres de gestaciones únicas, el 14,9% (n = 88) informaron probable violencia de pareja, de los cuales 44 obtuvieron un puntaje > 7. Asimismo, del grupo casos de mujeres con embarazo gemelar, un 9,5% (n = 13) informó probable violencia de pareja, de los cuales seis participantes obtuvieron un puntaje > 7. Al comparar estos porcentajes con los grupos controles ninguno resultó estadísticamente significativa. Las mujeres que experimentan abuso físico y el consumo de alcohol durante el embarazo eran más propensas a tener partos muy prematuros (OR 2,24; IC: 1,01, 4,97; p = 0,05). Las mujeres que experimentaron abuso severo empezaron la atención prenatal en el segundo trimestre además eran más propensas a tener partos muy prematuros (OR

15,7; 9 IC: 1,70, 144; p = 0,02). Conclusión: ninguna de las formas de violencia mostró asociación estadísticamente significativa con el parto prematuro (18).

Kim H, Cain R, Viner S. (2010), en su estudio “Intimate Partner Violence Before or During Pregnancy In Rhode Island”, Estados Unidos, estudio descriptivo correlacional. Resultados: el 5,5% de las mujeres informó violencia física antes y/o durante el embarazo: 4,2% antes del embarazo y el 3,2% durante el embarazo. La violencia fue significativamente mayor entre los adolescentes 10 (14,3%), los que no estaban casadas (11,2%), con ingresos familiares < \$ 15.000 (13,2%), tenía menos grado de escolaridad (10,3%). Las mujeres que habían experimentado violencia tenían más probabilidades de haber retrasado la atención prenatal (24,8% vs 14,4%), fumar durante el embarazo (35,5% vs 10,8%), fumar en el momento de la encuesta (44,8% vs 15,2%), reportar un embarazo no deseado (62,8% vs 36,4%), y no reportar lactancia materna en el momento de la encuesta (81,8% vs 61,4%). Las mujeres que experimentaron violencia de la pareja íntima antes o durante el embarazo, en comparación con sus homólogas, fueron más propensas a reportar parto prematuro (32,9% vs 18,8%) con un OR=1.7; IC=1.3-2.4. En conclusión, el parto prematuro fue una de las complicaciones fuertemente asociada con la violencia de la pareja íntima antes y/o durante el embarazo (19).

Avalos C. (2008), en su estudio “Factores de riesgo materno en pacientes con amenaza de parto pre término atendidas en el hospital José María Velasco Ibarra; Tena 2008”, Riobamba Ecuador, estudio descriptivo, retrospectivo, de secuencia transversal, se revisaron 116 historias clínicas que correspondió al universo de estudio, la recolección de datos se efectuó con una ficha estructurada. Resultados: de 1892 eventos obstétricos atendidos durante el periodo de estudio 121 fueron amenazas de parto pre-término determinando un 6,3%, de las cuales 46 pacientes culminaron en parto pre-término (2,4%). La madre con mayor riesgo de amenaza de parto pre-término es: primigesta joven 48%, proveniente de zona urbana 49%, instrucción secundaria incompleta 47%, vive en unión libre 56%, nivel socio-económico bajo, nulípara 48%, sin control prenatal 36%, con intervalo intergenésico acortado 88%, cuya edad gestacional oscila entre 25 - 34 semanas 60%. Las patologías asociadas en orden decreciente fueron infecciones del tracto urinario 53,2 %, infecciones del tracto genital 23,3 %, anemia 16,4 %, hemorragias obstétricas 16,4 %, ruptura prematura de membranas 15,5 %, pre-eclampsia 10,3% placenta previa 9,5 %, desprendimiento prematuro de placenta 0,9 %, polihidramnios 0,9 %. Concluimos que la variedad de factores asociados a amenaza de parto pre-término tienen una implicación socio-económica y cultural intrínseca (20).

Grandi C, Gonzáles M, Naddeo S, Busualdo N, Salgado M. (2008), en su estudio “Relación entre estrés psicosocial y parto prematuro”, Buenos Aires – Argentina, diseño prospectivo, observacional, tipo caso-control. Se identificó una cohorte de púerperas de la Maternidad Sardá de Buenos Aires. Criterios de selección: madre de Recién Nacido vivo con una edad gestacional <37

semanas (prematuros, RNPT: casos) y del próximo Recién Nacido de Término sano (≥ 37 semanas, RNT, controles), total 102 madres de pre-término y 100 de término. Como metodología se empleó la encuesta cuyo instrumento fue un cuestionario que se aplicó en el puerperio inmediato por personal entrenado. Resultados: las madres de recién nacidos pre-término se sintieron más frecuentemente estresadas o angustiadas ($p= 0,014$) y reaccionaron llorando ($p= 0,021$) o fumando ($p=0,047$) más que las madres de recién nacidos a término. Entre las situaciones de vida, las madres de RNPT refirieron “llorar mucho” ($p=0,021$) y “estar nerviosa” ($p= 0,043$) y mostraron una frecuencia elevada de eventos estresantes como “mudanza” (34% vs. 26%), “episodios de violencia en casa” (15% vs. 9%) y “mala relación familiar” (15,6% vs. 13%) en comparación con las madres de RNT, aunque estadísticamente no significativas. En el análisis de regresión logística persistieron significativamente asociadas al parto prematuro “estar muy estresada” (OR 1,70, IC 95% 1,08-2,31) y “llorar” (OR 1,98, IC 95% 1,32-2,65). Conclusión: El presente estudio brinda evidencia de que, según el modelo multifactorial del parto prematuro, la perspectiva social y psicológica del estrés podría contribuir independientemente a este desenlace (21).

Parada O. (2012), en su estudio “Violencia emocional como factor de riesgo en la amenaza de parto pre-término”, México, estudio prospectivo, transversal y observacional; en el estudio se incluyeron pacientes con amenaza de parto pre-término y violencia emocional, cuya población fue 50 mujeres. Resultados: encontró que 19 sufrían violencia emocional. Se determinaron las características de residencia, edad gestacional, dinámica uterina, condiciones

cervicales, escolaridad, ocupación de las pacientes y de su pareja, así como si eran víctimas de violencia emocional. Conclusión: 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 pre-término (22).

Salas A, Salvatierra D. (2012), en su estudio “Resultados maternos de la violencia intrafamiliar en gestantes adolescentes. Hospital San Juan de Lurigancho periodo diciembre 2011- febrero 2012”, Lima Perú, estudio comparativo, transversal, retrospectivo. Cuya población se dividió en base a la presencia o ausencia de violencia intrafamiliar durante el embarazo, tomando como muestra 116 puérperas adolescentes, distribuidas en dos grupos de 58 participantes cada uno. Como instrumentos se usó la entrevista estructurada y la revisión de las Historias Clínicas. Resultados: El promedio de edad de las puérperas adolescentes fue 17.1 ± 1.2 años. Del total de participantes el 56.9% alcanzó el nivel de instrucción de secundaria incompleta, 50.9% manifiesta estado civil de soltera. El tipo de violencia intrafamiliar más frecuente fue la violencia psicológica (94.8%), seguido de la violencia física (17.2%) y la violencia sexual (8.6%). En el grupo con violencia intrafamiliar durante el embarazo fue significativa la mayor frecuencia de resultados maternos adversos, los cuales fueron: Infección del tracto urinario (37.9%), anemia (34.5%), ruptura prematura de membranas (8.6%), pre-eclampsia (8.6%), parto pre-término (8.5%), amenaza de aborto (5.2%) y la vía de culminación del embarazo fue en su mayoría parto vaginal. Conclusión: los resultados maternos adversos son más frecuentes en las puérperas adolescentes con violencia intrafamiliar durante el embarazo. Se encontró

asociación significativa para la infección de tracto urinario, anemia y parto pre-término (23).

Solís R. (2014), en su estudio “Estresores psicosociales asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Enero – Marzo 2014”, Lima Perú, estudio analítico de casos y controles de diseño no experimental, realizado en 41 casos y 82 controles. Se aplicó un instrumento validado por criterio de jueces, y su fiabilidad alcanzó un coeficiente de 0,906 en la escala del alfa de Cronbach. Resultados: Amenaza de abandono por parte de la pareja [OR=12,642]; violencia física por parte de la pareja [OR=9,621]; intento de autolesión [OR=9,667]; decepción por el embarazo [OR=8,662]; ausencia de amor hacia su pareja cuando se embarazó [OR=7,243]; ausencia de amor en este momento del embarazo [OR=6,315]; falta de apoyo parental [OR=8,403]; falta de sentimiento de bienvenida de la familia [OR=7,095]; falta de apoyo económico de la pareja [OR=6,857]; falta de apoyo económico de su familia [OR=8,390]; frustración educativa [OR=7,212]. Conclusiones: La amenaza de parto prematuro se presenta en los siguientes casos: 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 (24).

Gracián N. (2016), en su estudio “Violencia de género como factor de riesgo para amenaza de parto pre-término en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal febrero 2016”, Lima Perú, estudio Analítico, prospectivo y transversal, cuya muestra fue 170 gestantes las cuales se clasificaron en grupo de estudio (85 gestantes con amenaza de parto pre-término) y grupo comparativo (85 gestantes sin amenaza de parto pre-término). Resultados: La edad media de las gestantes con y sin amenaza de parto pre-término (APP) fue similar 28,4 años y 27,6 años respectivamente. En ambos grupos, la mayoría tenían grado de instrucción secundaria, eran convivientes y ama de casa. Respecto a las características obstétricas, las gestantes con amenaza de parto pre-término presentaron menos frecuencia de embarazo planeado (29,4 vs 42,4%) y control prenatal adecuado (72,9 vs 90,6%) sin embargo el antecedente de hospitalización por amenaza de parto pre-término fue más frecuente en este grupo (36,5 vs 4,7%). Los factores de riesgo para la amenaza de parto pre-término 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. Conclusiones: La violencia de género, en sus tres formas, violencia psicológica, física y sexual son factores de riesgo para amenaza de parto pre-término en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el mes de Febrero 2016 (25).

Oyarce Y. (2014), en su estudio “Violencia familiar en embarazo con presencia de emergencias obstétricas. Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón de Chimbote. Marzo - mayo 2014”, Perú, investigación de estudio cuantitativo, descriptivo y prospectivo, con diseño de investigación no experimental, transversal y correlacional; con una muestra no estratificada de 182 gestantes a quienes se las entrevistó por aproximadamente 10 minutos previa firma de consentimiento informado; para el análisis estadístico de los datos se utilizó la prueba Chi cuadrado y para determinar la relación entre las variables, se fijó un nivel de significancia en $p < 0,05$; Los resultados demostraron que durante el embarazo 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 pre-término ($p < 0,05$) (26).

Franco A. (2013), en su estudio “Factores asociados al parto pre-término en el Hospital San Bartolomé. Mayo 2012 a mayo 2013”, Lima Perú, cuyo objetivo principal fue determinar los factores asociados a la amenaza de parto pre-término. Para ello se diseñó un estudio observacional, analítico, transversal, de 36 casos (pacientes que tuvieron parto pre-término), y 48 controles (pacientes que tuvieron parto a término). La mayoría de pacientes se encontraban en el rango de edad de 16 a 35 años (83,3%), con una edad gestacional de 35-36 semanas (66,7%), grado de instrucción secundaria (83,3%), ocupación ama de casa (83,3%). Las variables maternas que mostraron significancia con la amenaza de parto pre-término fueron, la violencia familiar (19.4%), tabaquismo (22.2%), y un inadecuado control prenatal (66.7%) ($P < 0.05$). Hubo diferencias estadísticamente significativas en relación al menor periodo intergenésico (2.7 versus 4.6), y menor estancia hospitalaria de los casos ($P < 0.5$). Hubo una asociación estadísticamente significativa de parto pre-término asociado a una longitud cervical menor de 25 mm ($P < 0.5$). En conclusión, uno de los factores asociados a la amenaza de parto pre-término fue el antecedente de violencia familiar (27).

Flores V, Arévalo L. (2013), en su estudio “Influencia de la violencia familiar en el peso del recién nacido, de madres atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II – 2 Tarapoto, Abril - Julio 2013”. Tarapoto Perú, estudio descriptivo con enfoque cuantitativo, correlacional; prospectivo, se

exploró sobre violencia Familiar (física, psicológica, sexual y económica) a un total de 129 mujeres usuarias del servicio de gineco – obstetricia, para la recolección de datos se utilizó dos técnicas la encuesta y observación no participante, utilizando como instrumento un cuestionario de veintiún preguntas cerradas, que midió la variable violencia familiar, y una ficha de observación para los datos del recién nacido. Resultados: que las mujeres maltratadas víctimas de violencia durante el embarazo representa el 67.4% (87), de las cuales 69 de ellas tienen más probabilidades de tener productos con bajo peso, en comparación con las que no sufrieron ningún tipo de violencia (42). La violencia Psicológica durante el embarazo (96.5%) predomina por encima de la violencia física, sexual y económica. Concluyendo que la violencia durante el embarazo es un hecho frecuente en nuestra sociedad (10%), además de que su expresión tiende a ser más severa en esta etapa de la vida reproductiva. Los resultados sustentan la recomendación de seguir estudiando el problema de la violencia en el embarazo, estudios operativos en los establecimientos de salud para que se tomen las medidas y seguimiento durante el proceso de atención prenatal a mujeres violentadas, disminuyendo el riesgo de bajo peso en el RN (28).

1.3. Bases Teóricas:

Amenaza de Parto y Parto Pre-término

Se define clásicamente como la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 22.0 hasta las 36.6 semanas de gestación. No obstante, estos parámetros presentan una baja sensibilidad y especificidad para predecir el parto pre-término. En la

mayoría de casos en los que la paciente ingresa con el diagnóstico clásico de amenaza de parto pre-término, el riesgo real de desencadenarse el parto es muy bajo (20- 30%). Por su bajo costo y su facilidad en la aplicación clínica la mayoría de hospitales utilizarán la medición de la longitud cervical como la exploración complementaria de primera elección (29).

Se considerarán pacientes de alto riesgo cuando estén presentes uno o más de los siguientes criterios y ecográficos.

a) Criterios clínicos:

- Bishop 5 (cérvix acortado, centralizado, dilatado de 1 a 2 cm.) 12
- Parto pre-término anterior (espontáneo) antes de las 34 semanas de gestación.
- Gestación múltiple
- Portadora de cerclaje cervical en gestación actual

b) Criterios ecográficos:

- Longitud cervical < 25 mm antes de las 28.0 semanas
- Longitud cervical < 20 mm entre las 28.0 y 31.6 semanas.
- Longitud cervical < 15 mm a las 32 semanas o más

Se considerarán pacientes de bajo riesgo cuando no esté presente ninguno de los criterios citados anteriormente (29).

Estresores Psicosociales

Son el resultado de una interacción entre el comportamiento social y la manera en que nuestros sentidos y nuestras mentes interpretan estos comportamientos. En otras palabras, el estrés social se determina por el significado que le asignamos a los eventos de nuestras vidas, aquí debemos, por ende, comprender que como cada persona tiene un patrón diferente, también su estrés será diferente (30).

Algunos ejemplos de estos tipos de estresantes que con frecuencia surgen durante el transcurso de nuestra vida son: desengaños, conflictos, cambios de trabajo, pérdidas personales, problemas económicos, presión de tiempo, jubilación, dificultades para tomar decisiones, cambios en la familia (31).

En general se puede considerar al estrés como una relación entre eventos o situaciones del medio externo o interno y la reacción de activación que se produce en la persona en respuesta a dichos eventos. Entre unos y otros eventos median 13 factores moduladores, tales como el apoyo social, el estilo o historia de afrontamiento, las características de estilo de vida, y muchas otras (31).

En la atención gineco-obstétrica el problema del estrés aparece con mucha frecuencia, algunas veces como factor etiológico, y otras como un factor asociado, relevantes en el contexto vital de la paciente. Las principales preocupaciones o factores de estrés que pesan sobre las madres gestantes se refieren a los peligros potenciales para el estado físico del bebé y el de

ellas. Algunos autores han propuesto un factor modulador de la respuesta de ansiedad ante los estresores internos o externos al embarazo es la deseabilidad y oportunidad del mismo. Se observó que las **gestantes que no desean quedar embarazadas** presentan más temores referentes a su propia integridad física, mientras que las que si lo desean presentan más temores relacionados con la integridad del bebé. El **embarazo no planeado y sobre todo el no deseado**, aumenta la situación de ansiedad y malestar en las gestantes. **La actitud de la gestante hacia el embarazo, positiva o negativa**, refleja, a manera de síntesis, sus cogniciones o ideas acerca del mismo. Estas cogniciones son el resultado de las **tradiciones tanto oral como escrito, que la mujer recibe acerca del embarazo y el parto**; lo cual repercute en el estado emocional de la madre generando estrés (31).

El embarazo es un tiempo especial para la mujer y su familia, sin embargo este puede llegar a producir estrés. El estrés es el resultado de estados psicológicos y emocionales, que llevan a cambiar el curso del embarazo; estos se componen, de presiones sufridas por la madre diariamente en su casa y trabajo. El **inicio del embarazo** es un periodo de adaptación y maduración en la mujer, ya que en esta se presenta **preocupación por ellas mismas y por su salud**, se suscita el **miedo al dolor y la muerte**, al igual que **temores por el hijo**, se presenta **interrogantes sobre, posibilidades de aborto, malformaciones congénitas, muerte intrauterina, embarazo múltiple y dudas sobre normalidad mental del niño**. Todo lo anterior unido a **circunstancias de trabajo, a condiciones de vida, a la conformación familiar, a la condición económica, a la relación con el compañero y la**

atención médica recibida lleva a la mujer embarazada a manejar altos grados de estrés que pueden llegar a afectar el nacimiento del bebé (30, 31).

Causantes Bioecológicos del Estrés.

Las causas bioecológicas se originan de toda actividad derivada de nuestras funciones normales y anormales de los órganos y sistema del organismo humano, incluyendo a los que produce el ejercicio, y de aquellos estresantes que surgen de nuestro ambiente físico o ecológico (32).

Incidencia de estrés durante el embarazo.

A nivel médico se considera, que algunos niveles de estrés pueden afectar el embarazo, algunos estudios sugieren una posible relación entre estrés y una labor de parto prematuro. Así mismo el estrés juega un papel importante en las complicaciones durante el embarazo, aumento de la presión arterial, diabetes, condiciones que incrementan el riesgo de una labor de parto prematuro. El estrés en la gestante sumado a malos hábitos, tales como, consumo de alcohol, cigarrillo, drogas ilícitas, incrementan el riesgo de complicaciones en el nacimiento (29).

De igual manera existen factores psicosociales de riesgo en el embarazo que conllevan a las complicaciones perinatales, estos se refieren a la carencia de soporte adecuado para la gestante, estos factores influyen significativamente sobre el resultado del embarazo y el parto. Otro tipo de estresor es aquel que va ligado al estilo de vida de la gestante, el cual se refiere a los hábitos conductuales de la persona que puede estar afectando directamente al

organismo y afectan su vulnerabilidad o susceptibilidad a la activación en situaciones de estrés (30).

Estresores vs. Salud.

Existe una relación estrecha entre el estrés y nuestra salud; se ha comprobado que definitivamente el estrés negativo afecta al bienestar general del individuo. Por otro lado, nuestro nivel de salud afecta la habilidad para manejar el estrés. Una pobre salud reduce la capacidad individual para combatir efectivamente el estrés (33, 34, 35).

Estrés y el embarazo

A medida que avanza el conocimiento de la fisiología de la gestación, también aumenta la certidumbre de que el estado emocional de la madre es primordial para el desarrollo del bebé intraútero e incluso para su salud futura (36).

A lo largo de los últimos años, diversos estudios han venido señalando que el estrés intenso durante el embarazo, por ejemplo por una fuerte presión en el trabajo, maltrato en la pareja, acontecimientos vitales como la muerte de un familiar muy cercano, o incluso el rechazo a un embarazo no deseado, puede tener importantes repercusiones en el organismo. Una de las consecuencias del estrés materno intenso que se han señalado de manera más insistente durante la última década es la mayor incidencia de partos prematuros. Los estudios sobre este tema son tan numerosos que se han realizado varios artículos de revisión donde se resumen los conocimientos acumulados hasta la fecha (37, 38).

Violencia y estrés

• **Violencia Física:** Cuando una persona se encuentra en situación de peligro físico y/o está controlada por amenazas de uso de fuerza física. La violencia física es generalmente recurrente y aumenta en frecuencia y severidad a medida que pasa el tiempo, pudiendo causar la muerte de una persona. Las manifestaciones de este tipo de violencia pueden incluir: empujones, bofetadas, puñetazos, patadas, arrojar objetos, estrangulamiento, heridas por armas, sujetar, amarrar, paralizar, abandono en lugares peligrosos, negación de ayuda cuando la persona está enferma o herida (24).

• **Violencia psicológica o emocional:** Puede darse antes y después de la violencia física o acompañarla. Sin embargo, no siempre que hay violencia psicológica o emocional hay violencia física. Aunque la violencia verbal llega a usarse y/o aceptarse como algo natural, es parte de la violencia psicológica. La violencia psicológica puede incluir gritos, amenazas de daño, aislamiento social y físico (no poder salir, no hablar con otros, etc.), celos, posesividad extrema, intimidación, degradación y humillación, insultos y críticas constantes. Otras manifestaciones de la violencia psicológica son las acusaciones sin fundamento, la atribución de culpas por todo lo que pasa, ignorar o no dar importancia o ridiculizar las necesidades de la víctima, las mentiras, el rompimiento de promesas, manejar rápida y descuidadamente para asustar e intimidar, llevar a cabo acciones destructivas como romper muebles, platos y, en general, pertenencias de la persona y lastimar mascotas (24).

• **Violencia económica:** Esta es otra forma de controlar a la persona, haciéndola dependiente. Incluye el control y manejo del dinero, propiedades y, en general, de todos los recursos de la familia por parte por una persona. Algunas manifestaciones de este tipo de violencia son: Hacer que la persona, mujer por lo general, tenga que dar todo tipo de explicaciones cada vez que necesita dinero, ya sea para uso de la familia o del suyo propio. Dar menos dinero del que se necesita a pesar de tener solvencia económica. Inventar que no hay dinero para gastos que la persona considera importantes. Disponer del dinero de la persona (sueldo, herencia, etc.). Que las propiedades derivadas del matrimonio estén a nombre de una sola persona. Privar de vestimenta, comida, transporte o refugio. 5 Los problemas de economía, se hace representativo en los aspectos sociales desde el punto de vista de que en nuestro medio cultural, la economía determina el estatus económico en la que se encuentra una familia y, por otro lado, una adolescente en la cultura peruana, por lo general depende económicamente de sus padres, motivo por el cual, no se puede tomar decisiones plenas y soberanas sobre su proyecto personal sobre todo cuando está persona está embarazada siendo adolescente (24).

• **Violencia sexual:** Por lo general, a las personas les cuesta más hablar sobre este tipo de violencia. Incluye sexo forzado o degradación sexual como: intentar que la persona tenga relaciones sexuales o practique ciertos actos sexuales contra su voluntad, llevar a cabo actos sexuales cuando la persona no está consciente, o tiene miedo de negarse, lastimar físicamente a la persona durante el acto sexual o atacar sus genitales, incluyendo el uso de

objetos penetrantes o armas, forzar a la persona a tener relaciones sexuales sin protección de un embarazo y/o de ITS y VIH/SDA, criticar e insultar a la persona con nombres sexualmente degradantes, acusar falsamente de actividades sexuales con otras personas, obligar a ver películas o revistas pornográficas, forzar a observar a la pareja mientras esta tiene relaciones sexuales con otra persona (24).

1.4. Justificación:

Es evidente el problema de la prematuridad, cuya tendencia va en aumento, por lo cual se estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros (antes de que se cumplan las 37 semanas de gestación). Las complicaciones relacionadas con la prematuridad, principal causa de defunción en los niños menores de 5 años, provocaron en 2013 cerca de un millón de muertes. Tres cuartas partes de esas muertes podrían evitarse con intervenciones actuales, eficaces y poco onerosas, incluso sin necesidad de recurrir a servicios de cuidados intensivos. En los 184 países estudiados por la OMS, la tasa de nacimientos prematuros oscila entre el 5% y el 18% de los recién nacidos (1).

El estudio es importante porque aborda el entorno psicosocial en el proceso salud-enfermedad, se ha documentado en distintos estudios epidemiológicos, y los planteamientos hipotéticos para explicar esta asociación postulan que la situación psicosocial interviene como un factor condicionante que facilita o inhibe la expresión de factores de riesgo. En relación a la importancia del entorno psicosocial durante la gestación, los estresores psicosociales, como

estrés y disfunción familiar, han demostrado ser un factor de riesgo con respecto a la morbilidad materna y perinatal, y el apoyo social un factor compensatorio de estos efectos negativos.

Por otro el estudio permite conocer de la evaluación de los factores de riesgo obstétricos conjuntamente con la evaluación de los factores de riesgo psicosociales, ya que en la práctica permite incrementar significativamente la probabilidad de identificar a las mujeres embarazadas con mayor riesgo de presentar complicaciones maternas y perinatales.

Así mismo la importancia de esta investigación se encuentra en que con la identificación de los estresores psicosociales que influyen de manera significativa para la amenaza de parto prematuro, se tendrá información útil cuya importancia radica en la prevención de este hecho cuyos desencadenantes son negativos, tanto para el bebé, para la madre y para la sociedad (38).

Además el estudio permite comprender mejor las causas de la prematuridad y obtener estimaciones más precisas de la incidencia de ese problema en cada país si se desea mejorar el acceso a una atención obstétrica y neonatal eficaz. Es preciso mencionar, que el embarazo normal culmina con un trabajo de parto, y parto después de la semana 37 de gestación; sin embargo, el parto pre-término, y la prematurez resultante de éste, es la patología perinatal y complicación más común, costosa y catastrófica del embarazo (39, 40).

Además el estudio permite abordar esta entidad que tiene una frecuencia de presentación aproximada del 10-15% de todos los nacimientos, presentando diferencias según el nivel de desarrollo socioeconómico de cada país. A pesar de los avances tecnológicos y del cuidado neonatal, su prevalencia no ha variado en las últimas décadas. La prematurez es de etiología multifactorial y continua siendo la mayor causa de morbimortalidad neonatal y la responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas del recién nacido. Las complicaciones neonatales tales como la enfermedad de membrana hialina, hemorragia interventricular severa y enterocolitis necrotizante, entre otras, suelen ser graves y en muchos casos invalidantes, con repercusiones tanto a nivel individual como familiar (41).

1.5. Problema:

¿Cuál es la relación entre los estresores psicosociales con la amenaza de parto y parto pre-término en gestantes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, Agosto –Diciembre 2016?

II. OBJETIVOS:

2.1. Objetivo General:

Determinar los estresores psicosociales relacionados a la amenaza de parto y parto pre-término en gestantes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, agosto – diciembre 2016.

2.2. Objetivos Específicos:

1. Identificar los estresores psicológicos relacionados a la amenaza de parto y parto pre término en gestantes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto.
2. Identificar los estresores sociales relacionados a la amenaza de parto y parto pre término en gestantes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto.
3. Establecer la relación estadística entre los principales estresores psicosociales con la amenaza de parto y parto pre término en gestantes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto.

2.3. Hipótesis de investigación:

Existe relación estadísticamente significativa entre los estresores psicosociales y la amenaza de parto y parto pre-término en gestantes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, Agosto – Diciembre 2016.

2.4. Operacionalización de variables

| Variables | Definición conceptual | Definición Operacional | Dimensiones | Indicadores | Item | Escala |
|--|--|--|----------------------------|---|---|----------------|
| <p>Variable Independiente</p> <p>Estresores psicosociales</p> | <p>Son el resultado de una interacción entre el comportamiento social y la manera en que nuestros sentidos y nuestras mentes interpretan estos comportamientos</p> | <p>Son los aspectos psicológicos y sociales que adopta o expresa la mujer gestante a la amenaza de parto y parto pre-término</p> | <p>Psicológicos</p> | <p>Violencia Psicológica 1. Mi pareja me echa la culpa del embarazo. 6. He recibido insultos y/o amenazas por parte de los familiares de mi pareja 11. Él ha cambiado radicalmente conmigo a raíz de este embarazo. 16. Mi pareja me amenazó con abandonarme a causa de este embarazo</p> <p>Violencia Física 21. Como consecuencia de este embarazo fui golpeada por mi pareja. 25. Por mi embarazo, fui golpeada por algún familiar mío o de mi pareja. 28. Yo he atentado contra mi integridad física a causa de este embarazo.</p> | <p>0=Totalmente de acuerdo</p> <p>1=De acuerdo</p> <p>2=Es indiferente</p> <p>3=En desacuerdo</p> <p>4=Totalmente en desacuerdo</p> | <p>Ordinal</p> |

| | | | | | | |
|--|--|--|-----------------|--|--|---------|
| | | | | <p>Motivación Embarazo 2. Mi embarazo fue planificado. 7. Me puse muy contenta cuando me enteré de mi embarazo. 12. Estoy a gusto con mi embarazo.</p> <p>Motivación Pareja 17. Estuve enamorada de mi pareja. 22. Me he desilusionado de mi pareja. 26. Sé que mi pareja será un buen padre</p> | | |
| | | | Sociales | <p>Apoyo Familiar Pareja 3. Mi pareja me insinuó a abortar. 8. Siento que él está conmigo en este embarazo. 13. Por este embarazo, me siento engreída por él.</p> <p>Familiares directos 18. Algún familiar mío me ha insinuado a abortar.</p> | 0=Totalmente de acuerdo 1=De acuerdo 2=Es indiferente 3=En desacuerdo 4=Totalmente en desacuerdo | Ordinal |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>23. Siento apoyo de mis padres en este embarazo.</p> <p>27. Siento que mi familia espera con ansias a mi bebe.</p> <p>Familiares de la Pareja</p> <p>29. Siento que los familiares de mi pareja me apoyan en este embarazo.</p> <p>30. Siento que los familiares de mi pareja esperan con ansias a mi bebe.</p> <p>31. Algún familiar de mi pareja me ha insinuado a abortar</p> <p>Situación Económica Dependencia económica</p> <p>4. Puedo solventar los gastos de mi embarazo con mi trabajo.</p> <p>9. Mi pareja me apoya con los gastos del embarazo.</p> <p>14. Mi familia me apoya económicamente con los</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|
| | | | | <p>gastos del embarazo.</p> <p>Estatus Económico</p> <p>19. Siento que mi familia se avergüenza de mi pareja por su nivel educativo</p> <p>24. Siento que mi familia se avergüenza de mi pareja por su estatus económico</p> <p>Proyecto Personal</p> <p>Estudios</p> <p>5. Mis metas de estudio se han visto frustradas a causa de mi embarazo.</p> <p>10. Mis planes a futuro se han visto seriamente afectados por mi embarazo.</p> <p>Relaciones de familia</p> <p>15. Debo de casarme o convivir con mi pareja a causa de este embarazo</p> <p>20. Mi familia me presiona para casarme/convivir con mi</p> | | |
|--|--|--|--|---|--|--|

| | | | | | | |
|--------------------------------------|---|--|---|--|--|---------|
| | | | | pareja por el embarazo. | | |
| Variable dependiente | | | | | | |
| Amenaza de parto y Parto pre-término | Presencia de contracciones uterinas evidenciables al tacto que puede cursar con borramiento del cérvix uterino menor del 50% y/o dilatación menor a 3 cm. Parto que ocurre después de la semana 20 y antes de las 37 semanas completas | Trabajo de parto entre las 20 y 37 sem. de gestación Nacimiento entre las 20 y 37 sem. de gestación | Amenaza de parto Parto pre-término | Diagnóstico de amenaza de parto pre-término Edad gestacional Parto pre-término Vía de culminación | Si / No 20 a 27 sem. 28 a 36 sem. Si / No Vaginal Cesárea | Nominal |

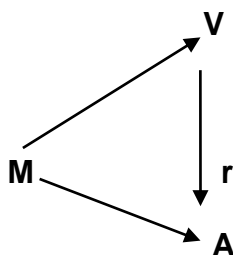
III. MATERIALES Y METODOS:

3.1. Tipo de investigación:

El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional, transversal.

3.2. Diseño de investigación:

El diseño fue descriptivo correlacional, según se detalla:



Donde:

M = Muestra, mujer con amenaza de parto y parto pre-término atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, agosto – diciembre 2016.

V = Variable independiente, estresores psicosociales.

A = Variable dependiente, amenaza de parto y parto pre-término.

r = relación entre las variables.

3.3. Universo, población y muestra:

Universo

Estuvo conformado por todas las mujeres atendidas en el Hospital II – 2, Tarapoto, en el servicio de Gineco-obstetricia, periodo Agosto – Diciembre 2016.

Población

Estuvo constituida por todas las mujeres con amenaza de parto o parto pre-término atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, que asciende a 140, dato proporcionado por la oficina de estadística del Hospital II 2 Tarapoto.

Muestra

Fue conformada por el 100% de población (140) mujeres con amenaza de parto o parto pre-término atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto

Unidad de análisis

Una mujer con amenaza de parto o parto pre-término atendida en el Hospital II – 2 Tarapoto, Agosto – Diciembre 2016

3.3.1. Criterios de inclusión:

- Mujeres que acuden al hospital por motivo de amenaza de parto o parto pre término.
- Gestante o parturienta que presenta una edad entre 15 a 49 años.
- Gestantes o parturienta que deciden participar voluntariamente en el estudio.

3.3.2. Criterios de exclusión:

- Gestantes o parturientas con problemas mentales que limiten la información.
- Gestantes o parturientas con alguna patología asociada al embarazo.

3.4. Procedimiento:

- Se revisó la bibliográfica y se elaboró el proyecto de investigación.
- Se presentó el proyecto de investigación a la Facultad de Ciencias de la Salud para su revisión y aprobación.
- Se presentó el estudio de investigación y se emitió la solicitud de permiso dirigida al Director del Hospital MINSa II – 2 Tarapoto, para que nos brinde las facilidades para la recolección de datos.
- Se recolecto los datos del estudio, según definición de población y muestra.
- Se aplicó los instrumentos de investigación a la población objetivo.
- Se procedió con el vaciado de datos y análisis estadístico de la información.

- Se elaboró el informe de tesis y se presentó ante la Facultad Ciencias de la Salud para su aprobación y designación de jurado para sustentación.
- Posteriormente se procederá con la sustentación de la tesis.

3.5. Métodos e instrumento de recolección de datos:

- **Técnica:**

Para recoger la información se empleó la técnica de la entrevista directa y la observación directa como una forma complementaria al instrumento de recopilación de la información.

- **Instrumento:**

Se elaboró un instrumento estructurado para recoger información acerca de las variables, la primera parte considera los datos generales, la segunda parte corresponde a datos sobre la amenaza de parto y parto pre-término, y la tercera parte corresponde a determinar los estresores psicológicos y sociales como posible vinculación con la amenaza de parto y parto prematuro. Los estresores psicológicos presentan dos dimensiones: Violencia y Motivación, y los estresores sociales incluyen a las dimensiones: Apoyo familiar, Situación económica y Proyecto personal. En total el instrumento para los estresores comprende 31 variables con 5 anclajes de respuesta en cada ítem (construida bajo los lineamiento de Likert), asimismo se incluye 5 ítems con respuestas múltiples para recoger información acerca de las variables sociodemográficas.

- **Validez**

El instrumento fue adaptado del instrumento del estudio de Solís R. “Estresores psicosociales asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Enero – Marzo 2014. El mismo que ha cumplido con la validez respectiva, según el siguiente detalle (24).

3.6. Plan de tabulación y análisis de datos:

Para el procesamiento y análisis de datos, se diseñó una base de datos en Excel 2011 y SPSS 21, que permitió la elaboración de tablas simples, de doble entrada y gráficos.

Se utilizó la estadística descriptiva como: frecuencia, porcentaje, y desviación estándar. La estadística inferencial determinará la relación existente entre las características sociodemográficas y reproductivas con el incremento de cesárea, a través de la prueba χ^2 con un nivel de significancia $< 0,05$.

IV. RESULTADOS:

Tabla N° 01: Estresores psicológicos identificados de violencia relacionados a la amenaza de parto y parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, Agosto – Diciembre 2016.

| Categorías o escalas | VIOLENCIA | | | | | | |
|---------------------------------|-------------------------|---------------------------------------|---------------------------|-------------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| | PSICOLÓGICA | | | | FÍSICA | | |
| | Hostigamiento de pareja | Hostigamiento de familiares de pareja | Cambio actitud pareja | Amenaza abandono pareja | Violencia física pareja | Violencia física familiares | Intento de autolesión |
| Totalmente de acuerdo | 23 16,4% | 27 19,3% | 12 8,6% | 13 9,3% | 13 9,3% | 7 5,0% | 4 2,9% |
| De acuerdo | 33 23,6% | 23 16,4% | 34 24,3% | 11 7,9% | 25 17,9% | 7 5,0% | 9 6,4% |
| Es indiferente | 11 7,9% | 4 2,9% | 14 10,0% | 5 3,6% | 6 4,3% | 10 7,1% | 3 2,1% |
| En desacuerdo | 43 30,7% | 40 28,6% | 74 52,9% | 45 32,1% | 30 21,4% | 34 24,3% | 42 30,0% |
| Totalmente en desacuerdo | 30 21,4% | 46 32,9% | 6 4,3% | 66 47,1% | 66 47,1% | 82 58,6% | 82 58,6% |
| Total | 140 100,0% | 140 100,0% | 140 100,0% | 140 100,0% | 140 100,0% | 140 100,0% | 140 100,0% |

Fuente: Elaboración propia de la investigación

Observamos que los estresores psicológicos identificados de violencia tanto psicológica, el 30,7% (43) de las gestantes manifestaron estar en desacuerdo sobre el hostigamiento de su pareja; es decir su pareja no le echa la culpa del embarazo; seguido del 23,6% (33) de gestantes que están de acuerdo por el hostigamiento que tienen por parte de su pareja.

EL 32,9% (46) de las gestantes no tienen problemas de hostigamiento por parte de familiares; es decir no reciben amenazas ni son insultadas por lo que manifestaron estar en total desacuerdo en cuanto al hostigamiento por los familiares; seguidas el 28,6% (40) de las gestantes que manifiestan igualmente estar en desacuerdo.

El 52,9% (70) de las gestantes, manifestaron estar en desacuerdo, ya que su pareja no cambio de actitud con respecto al embarazo; seguido del 24,3% (34) de las gestantes que manifestaron estar de acuerdo en que su pareja ha cambiado a raíz de este embarazo.

El 47,1% (66) de las gestantes, manifestaron estar en total en desacuerdo de la amenaza de aborto es por la pareja, seguido del 32,1% (45) de estar en desacuerdo de que su pareja es el causante de la amenaza de aborto.

En relación a la violencia física: el 47,1% (66) y el 21,4% (30) de las gestantes en estudio, manifiestan que están totalmente en desacuerdo y en desacuerdo respectivamente que son violentadas por sus parejas.

El 58,6% (82) y el 24,3% (34) de las gestantes manifiestan que están totalmente en desacuerdo y en desacuerdo respectivamente que tienen violencia física por parte de familiares de su pareja.

El 58,6% (82) y el 30,0% (42) de las gestantes en estudio manifiestan que están totalmente en desacuerdo y en desacuerdo respectivamente que hayan tenido intento de autolesión.

Tabla N° 02: Estresores psicológicos identificados de motivación relacionados a la amenaza de parto y parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, Agosto – Diciembre 2016.

| Opinión de Gestantes | MOTIVACIÓN | | | | | |
|--------------------------|----------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| | EMBARAZO | | | PAREJA | | |
| | Planificación del embarazo | Aceptación del embarazo | Alegría por el embarazo | Amor en el pasado | Amor en el presente | Perspectivas en el futuro |
| Totalmente de acuerdo | 11 7,9% | 41 29,3% | 49 35,0% | 71 50,7% | 14 10,0% | 31 22,1% |
| De acuerdo | 19 13,6% | 58 41,4% | 63 45,0% | 41 29,3% | 39 27,9% | 51 36,4% |
| Es indiferente | 4 2,9% | 17 12,1% | 16 11,4% | 10 7,1% | 13 9,3% | 11 7,9% |
| En desacuerdo | 39 27,9% | 20 14,3% | 6 4,3% | 5 3,6% | 39 27,9% | 32 22,9% |
| Totalmente en desacuerdo | 67 47,9% | 4 2,9% | 6 4,3% | 13 9,3% | 35 25,0% | 15 10,7% |
| Total | 140 100,0% | 140 100,0% | 140 100,0% | 140 100,0% | 140 100,0% | 140 100,0% |

Fuente: Elaboración propia de la investigación

Nos muestra los estresores psicológicos identificados de motivación en el embarazo: en El 47,9% (67) y el 27,9% (39) de las gestantes manifiestan que están totalmente en desacuerdo y en desacuerdo respectivamente que hayan planificado el embarazo; es decir no planificaron su embarazo. El 41,4% (58) y el 29,3% (41) de las gestantes manifiestan estar de acuerdo y totalmente de acuerdo respectivamente de que aceptaron el embarazo con mucha alegría. El 45,0% (63) y el 35,0% (49) de las gestantes manifiestan estar de acuerdo y totalmente de acuerdo respectivamente que sintieron una gran alegría por su embarazo.

En relación a la motivación de la pareja: el 50,7% (71) y el 29,3% (41) de las gestantes, manifiestan que están totalmente de acuerdo y de acuerdo respectivamente que sus parejas hayan tenido un amor en el pasado. El 27,9% (39) y 25,0% (35) de las mujeres en gestación manifiestan estar en

desacuerdo y totalmente en desacuerdo respectivamente que su pareja tenga un amor presente; el 27,9% (39) y 10,0% (14) de las gestantes en estudio manifiestan que están de acuerdo y totalmente de acuerdo que sus parejas tengan un amor presente. El 36,4% (51) y el 22,1% (31) de las gestantes manifiestan que están de acuerdo y totalmente de acuerdo respectivamente por las perspectivas en el futuro, motivadas por sus parejas.

Tabla N° 03: Estresores sociales identificados de apoyo familiar relacionados a la amenaza de parto y parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, Agosto – Diciembre 2016.

| Opinión de Gestantes | APOYO FAMILIAR | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------|---------------|-----------------|--------------------|----------------|---------------------|----------------------|-----------------|--------------------|
| | Familiar | | | Familias directos | | | Familiares de pareja | | |
| | Insinuación aborto | Compromiso | Apoyo emocional | Insinuación aborto | Apoyo maternal | Apoyo de mi familia | Apoyo maternal | Apoyo emocional | Insinuación aborto |
| Totalmente de acuerdo | 14 10,0% | 22 15,7% | 19 13,6% | 4 2,9% | 63 45,0% | 52 37,1% | 28 20,0% | 33 23,6% | 10 7,1% |
| De acuerdo | 27 19,3% | 58 41,4% | 7 5,0% | 7 5,0% | 41 29,3% | 50 35,7% | 47 33,6% | 49 35,0% | 4 2,9% |
| Es indiferente | 7 5,0% | 8 5,7% | 10 7,1% | 8 5,7% | 7 5,0% | 4 2,9% | 7 5,0% | 9 6,4% | 13 9,3% |
| En desacuerdo | 43 30,7% | 31 22,1% | 54 38,6% | 18 12,9% | 13 9,3% | 28 20,0% | 41 29,3% | 39 27,9% | 39 27,9% |
| Totalmente en desacuerdo | 49 35,0% | 21 15,0% | 50 35,7% | 103 73,6% | 16 11,4% | 6 4,3% | 17 12,1% | 10 7,1% | 74 52,9% |
| Total | 140 100,0% | 140 100,0% | 140 100,0% | 140 100,0% | 140 100,0% | 140 100,0% | 140 100,0% | 140 100,0% | 140 100,0% |

Fuente: Elaboración propia de la investigación

Nos muestra los estresores sociales identificados de apoyo familiar con sus indicadores: Familiar, Familias directos, Familiares de pareja.

En relación al aspecto familiar: el 35,0% (49) y el 30,7% (43) de las gestantes en estudio manifiestan que están totalmente en desacuerdo y en desacuerdo respectivamente que su pareja le insinuó a abortar. El 41,4% (58) y el 15,7% (22) de las gestantes manifiestan que están de acuerdo y totalmente de acuerdo que sienten que su pareja están con ellas; es decir tienen un compromiso. Además el 22,1% (31) y el 15,0% (21) de las gestantes manifiestan que están en desacuerdo y totalmente en desacuerdo respectivamente que sus parejas no están con ellas en el embarazo; no tienen un compromiso.

El 38,4% (54) y el 35,7% (50) de las gestantes manifiestan que están en desacuerdo y totalmente en desacuerdo respectivamente por el apoyo emocional, ya que en este embarazo no se sienten engreídas por sus parejas.

En relación a Familias Directas: El 73,6% (103) gestantes manifiestan que están totalmente en desacuerdo en que sus familias les insinuaron a abortar. El 45,0% (63) y el 29,3 (41) de las gestantes manifiestan estar totalmente de acuerdo y de acuerdo respectivamente que sienten el apoyo de sus padres en este embarazo. El 37,1% (52) y el 35,7% (50) de las gestantes manifiestan estar totalmente de acuerdo y de acuerdo que sienten el apoyo de sus familias y ellos esperan con ansias a sus bebés.

Según familiares de la pareja: El 33,6% (47) de las gestantes manifiestan que están de acuerdo que los familiares de sus parejas le apoyan en este embarazo, seguido del 29,3% (41) que están en desacuerdo que los familiares les apoyan, pues no sienten eso. El 35,0% (49) de las gestantes manifiestan que están de acuerdo que los familiares de sus parejas los apoyan emocionalmente, seguido del 27,9% (39) de las gestantes que están en desacuerdo de que los familiares de sus parejas le apoyan emocionalmente, pues no lo sienten que esperan con ansias a su bebé. El 52,4% (74) y el 27,9% (39) de las gestantes manifiestan que están totalmente en desacuerdo y en desacuerdo respectivamente que algún familiar de sus parejas les hayan insinuado a abortar.

Tabla N° 04: Estresores sociales identificados como situación económica relacionados a la amenaza de parto y parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, Agosto – Diciembre 2016.

| Opinión de Gestantes | SITUACIÓN ECONÓMICA | | | | |
|--------------------------|---------------------------|------------------------------|-------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| | DEPENDENCIA ECONÓMICA | | | ESTATUS SOCIAL | |
| | Autosuficiencia Económica | Apoyo económico de la pareja | Apoyo económico de la familia | Nivel educativo | Nivel económico |
| Totalmente de acuerdo | 13 9,3% | 18 12,9% | 47 33,6% | 3 2,1% | 7 5,0% |
| De acuerdo | 21 15,0% | 71 50,7% | 30 21,4% | 12 8,6% | 9 6,4% |
| Es indiferente | 6 4,3% | 8 5,7% | 4 2,9% | 6 4,3% | 10 7,1% |
| En desacuerdo | 40 28,6% | 19 13,6% | 24 17,1% | 72 51,4% | 51 36,4% |
| Totalmente en desacuerdo | 60 42,9% | 24 17,1% | 35 25,0% | 47 33,6% | 63 45,0% |
| Total | 140 100,0% | 140 100,0% | 140 100,0% | 140 100,0% | 140 100,0% |

Fuente: Elaboración propia de la investigación

Nos muestra los estresores sociales identificados según situación económica con sus indicadores: Dependencia económica, estatus social.

En relación a la dependencia económica: el 42,9% (60) y el 28,6% (40) de las gestantes manifiestan que están totalmente en desacuerdo y en desacuerdo respectivamente de que tienen autosuficiencia económica. El 50,7% (71) de las gestantes manifiestan estar de acuerdo que tienen el apoyo económico de la pareja, seguido del 17,1% (24) que manifiestan que están totalmente en desacuerdo. El 33,6% (47) y el 21,4% (30) de las gestantes manifiestan que están totalmente de acuerdo y de acuerdo respectivamente que tienen el apoyo económico de la familia y el 25% (35) manifestaron que están totalmente en desacuerdo que la familia les apoya económicamente.

Según estatus social: el 51,4% (72) y el 33,6% (47) de las gestantes en estudio manifiestan estar en desacuerdo y totalmente en desacuerdo respectivamente de que la situación que están es por el nivel educativo. El 45,0% (63) y el 36,43% (51) de las gestantes en estudio manifiestan estar en totalmente en desacuerdo y desacuerdo respectivamente de que la situación que están es por el nivel económico.

Tabla N° 05: Estresores sociales identificados como proyecto personal relacionados a la amenaza de parto y parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, Agosto – Diciembre 2016.

| Opinión de Gestantes | PROYECTO PERSONAL | | | |
|-----------------------|---------------------------|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| | ESTUDIOS | | RELACIONES DE FAMILIA | |
| | Frustración educativa | Frustración de proyecto de vida. | Deber para la unión | Obligación para la unión |
| Totalmente de acuerdo | 35 25,0% | 13 9,3% | 17 12,1% | 00 0,0% |
| De acuerdo | 35 25,0% | 29 20,7% | 13 9,3% | 14 10,0% |
| Es indiferente | 6 4,3% | 23 16,4% | 5 3,6% | 6 4,3% |
| En desacuerdo | 49 35,0% | 52 37,1% | 55 39,3% | 33 23,6% |
| Totalmente de acuerdo | 15 10,7% | 23 16,4% | 50 35,7% | 87 62,1% |
| Total | 140 100,0% | 140 100,0% | 140 100,0% | 140 100,0% |

Fuente: Elaboración propia de la investigación

Nos muestra los estresores sociales identificados como proyecto personal con sus indicadores: Estudios, Relaciones de familia.

Según los estudios: el 35,0% (49) de las gestantes manifiestan estar en desacuerdo que el estar embarazada causó una frustración educativa, seguido del 25,0% (35) y del 25,0% (35) que están totalmente de acuerdo y de acuerdo respectivamente que por su situación de la que están tienen frustración educativa. El 37,1% (52) de las gestantes manifiestan estar en desacuerdo en que la situación en la que están les ha frustrado su proyecto de vida, seguido del 20,7% (29) que manifiestan estar de acuerdo que si tienen frustración de su proyecto de vida.

Según relaciones de Familia: el 39,3% (55) y el 35,7% (50) de las gestantes en estudio manifiestan estar en desacuerdo y totalmente en desacuerdo tener deberes para la unión. El 62,1% (87) y el 23,6% (33) de las gestantes manifiestan estar totalmente de acuerdo y en desacuerdo respectivamente que tienen una obligación para la unión.

Tabla N° 06: Distribución de gestantes según amenaza de parto y parto pre-término atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, Agosto – Diciembre 2016.

| Amenaza de Parto y Parto pre-término | | N° de Gestantes | Porcentaje (%) |
|--|-------------|------------------------|-----------------------|
| Diagnóstico amenaza parto pre-término | Sí | 135 | 96,4 |
| | No | 5 | 3,6 |
| | Total | 140 | 100,0 |
| Edad Gestacional | 20 a 27 Sem | 47 | 33,6 |
| | 28 a 36 Sem | 93 | 66,4 |
| | Total | 140 | 100,0 |
| | | | |
| Parto pre-término | Sí | 38 | 27,1 |
| | No | 102 | 72,9 |
| | Total | 140 | 100,0 |
| Vía de culminación del parto | Vaginal | 123 | 88,0 |
| | Cesárea | 17 | 12,0 |
| | Total | 140 | 100,0 |

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

Nos muestra que el 96,4% (135) gestantes sí tuvieron amenaza de parto pre-término. El 66,4% (93) gestantes tienen una edad gestacional entre 28 a 36 semanas y el 33,6% (47) tienen entre 20 a 27 semanas de edad gestacional. El 27,1% (38) gestantes sí tuvieron un parto pre-término y el 72,9% (102) no la tuvieron.

El 15,0% (21) gestantes tuvieron un parto vaginal y el 12,1% tuvieron un parto por cesárea.

Tabla N° 07: Relación de los estresores con la amenaza de parto y parto pre-término gestantes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, agosto – diciembre 2016

Estresores Psicológicos

| Violencia/Psicológica/Hostigamiento de familia de la pareja | | EDAD_GESTA | | Total | Prueba de hipótesis | |
|---|-------------|-------------|-------------|--------|-------------------------------------|------------------|
| | | 20 a 27 Sem | 28 a 36 Sem | | Ji-cuadrado | Sig. 5% |
| Tot de acuerdo | N° | 12 | 15 | 27 | X ² = 11,690 G.I. = 4 | p = 0,020 |
| | % del total | 8,6% | 10,7% | 19,3% | | |
| De acuerdo | N° | 11 | 12 | 23 | | |
| | % del total | 7,9% | 8,6% | 16,4% | | |
| Es indiferente | N° | 0 | 4 | 4 | | |
| | % del total | 0,0% | 2,9% | 2,9% | | |
| En desacuerdo | N° | 16 | 24 | 40 | | |
| | % del total | 11,4% | 17,1% | 28,6% | | |
| Tot en desacuerdo | N° | 8 | 38 | 46 | | |
| | % del total | 5,7% | 27,1% | 32,9% | | |
| Total | N° | 47 | 93 | 140 | | |
| | % del total | 33,6% | 66,4% | 100,0% | | |
| Violencia/Psicológica/Amenaza de abandono de la pareja | | EDAD_GESTA | | Total | Prueba de hipótesis | |
| | | 20 a 27 Sem | 28 a 36 Sem | | Ji-cuadrado | Sig. 5% |
| Tot de acuerdo | N° | 10 | 3 | 13 | X ² = 15,457 G.I. = 4 | p = 0,004 |
| | % del total | 7,1% | 2,1% | 9,3% | | |
| De acuerdo | N° | 5 | 6 | 11 | | |
| | % del total | 3,6% | 4,3% | 7,9% | | |
| Es indiferente | N° | 0 | 5 | 5 | | |
| | % del total | 0,0% | 3,6% | 3,6% | | |
| En desacuerdo | N° | 12 | 33 | 45 | | |
| | % del total | 8,6% | 23,6% | 32,1% | | |
| En total desacuerdo | N° | 20 | 46 | 66 | | |
| | % del total | 14,3% | 32,9% | 47,1% | | |
| Total | N° | 47 | 93 | 140 | | |
| | % del total | 33,6% | 66,4% | 100,0% | | |

Fuente: Elaboración propia de la investigación

| Violencia/Física/Violencia física por su pareja | EDAD_GESTA | | Total | Prueba de hipótesis | |
|--|-------------|-------------|--------|-------------------------------------|------------------|
| | 20 a 27 Sem | 28 a 36 Sem | | Ji-cuadrado | Sig. 5% |
| Tot de acuerdo N° | 6 | 7 | 13 | X ² = 13,152 G.l. = 4 | p = 0,011 |
| % del total | 4,3% | 5,0% | 9,3% | | |
| De acuerdo N° | 10 | 15 | 25 | | |
| % del total | 7,1% | 10,7% | 17,9% | | |
| Es indiferente N° | 0 | 6 | 6 | | |
| % del total | 0,0% | 4,3% | 4,3% | | |
| En desacuerdo N° | 16 | 14 | 30 | | |
| % del total | 11,4% | 10,0% | 21,4% | | |
| Tot en desacuerdo N° | 15 | 51 | 66 | | |
| % del total | 10,7% | 36,4% | 47,1% | | |
| Total N° | 47 | 93 | 140 | | |
| % del total | 33,6% | 66,4% | 100,0% | | |
| Violencia/Física/Violencia física de familiares de su pareja | EDAD_GESTA | | Total | Prueba de hipótesis | |
| | 20 a 27 Sem | 28 a 36 Sem | | Ji-cuadrado | Sig. 5% |
| Tot de acuerdo N° | 6 | 1 | 7 | X ² = 11,454 G.l. = 4 | p = 0,022 |
| % del total | 4,3% | 0,7% | 5,0% | | |
| De acuerdo N° | 4 | 3 | 7 | | |
| % del total | 2,9% | 2,1% | 5,0% | | |
| Es indiferente N° | 3 | 7 | 10 | | |
| % del total | 2,1% | 5,0% | 7,1% | | |
| En desacuerdo N° | 9 | 25 | 34 | | |
| % del total | 6,4% | 17,9% | 24,3% | | |
| Tot en desacuerdo N° | 25 | 57 | 82 | | |
| % del total | 17,9% | 40,7% | 58,6% | | |
| Total N° | 47 | 93 | 140 | | |
| % del total | 33,6% | 66,4% | 100,0% | | |
| Violencia/Física/Intento de autolesión | EDAD_GESTA | | Total | Prueba de hipótesis | |
| | 20 a 27 Sem | 28 a 36 Sem | | Ji-cuadrado | Sig. 5% |
| Tot de acuerdo N° | 2 | 2 | 4 | X ² = 11,006 G.l. = 4 | p = 0,017 |
| % del total | 1,4% | 1,4% | 2,9% | | |
| De acuerdo N° | 5 | 4 | 9 | | |
| % del total | 3,6% | 2,9% | 6,4% | | |
| Es indiferente N° | 2 | 1 | 3 | | |
| % del total | 1,4% | 0,7% | 2,1% | | |
| En desacuerdo N° | 6 | 36 | 42 | | |
| % del total | 4,3% | 25,7% | 30,0% | | |
| Tot en desacuerdo N° | 32 | 50 | 82 | | |
| % del total | 22,9% | 35,7% | 58,6% | | |
| Total N° | 47 | 93 | 140 | | |
| % del total | 33,6% | 66,4% | 100,0% | | |

Fuente: Elaboración propia de la investigación

| Violencia/Psicológica/Cambio de actitud de la pareja | PART_PRETE | | | Prueba de hipótesis | |
|--|------------|-------|--------|-------------------------------------|------------------|
| | Sí | No | Total | Ji-cuadrado | Sig. 5% |
| Tot de acuerdo N° | 1 | 11 | 12 | X ² = 12,703 G.l. = 4 | p = 0,013 |
| % del total | 0,7% | 7,9% | 8,6% | | |
| De acuerdo N° | 5 | 29 | 34 | | |
| % del total | 3,6% | 20,7% | 24,3% | | |
| Es indiferente N° | 3 | 11 | 14 | | |
| % del total | 2,1% | 7,9% | 10,0% | | |
| En desacuerdo N° | 29 | 45 | 74 | | |
| % del total | 20,7% | 32,1% | 52,9% | | |
| Tot en desacuerdo N° | 0 | 6 | 6 | | |
| % del total | 0,0% | 4,3% | 4,3% | | |
| Total N° | 38 | 102 | 140 | | |
| % del total | 27,1% | 72,9% | 100,0% | | |
| Violencia/Física/Intento de autolesión | PART_PRETE | | | Prueba de hipótesis | |
| | Sí | No | Total | Ji-cuadrado | Sig. 5% |
| Tot de acuerdo N° | 2 | 2 | 4 | X ² = 9,717 G.l. = 4 | p = 0,045 |
| % del total | 1,4% | 1,4% | 2,9% | | |
| De acuerdo N° | 2 | 7 | 9 | | |
| % del total | 1,4% | 5,0% | 6,4% | | |
| Es indiferente N° | 1 | 2 | 3 | | |
| % del total | 0,7% | 1,4% | 2,1% | | |
| En desacuerdo N° | 18 | 24 | 42 | | |
| % del total | 12,9% | 17,1% | 30,0% | | |
| Tot en desacuerdo N° | 15 | 67 | 82 | | |
| % del total | 10,7% | 47,9% | 58,6% | | |
| Total N° | 38 | 102 | 140 | | |
| % del total | 27,1% | 72,9% | 100,0% | | |

Fuente: Elaboración propia de la investigación

Se concluye que todos estresores de violencia psicológica se relacionan significativamente con edad gestacional de la amenaza de parto y parto pretérmino. Según estresores Psicológicos de Motivación se observa dentro de los estresores psicológicos que todos estresores de motivación planificación del embarazo y diagnóstico de amenaza de parto; amor de la pareja en el presente embarazo y vía de culminación de parto; Perspectivas en el futuro y vía de culminación del parto, guardan relacionan significativamente $P < 0,05$.

Estresores Sociales:

Estresores de Apoyo familiar

| | EDAD_GESTA | | | Prueba de hipótesis | |
|----------------------------------|----------------|----------------|--------|-------------------------------------|------------------|
| | 20 a 27 Sem | 28 a 36 Sem | Total | Ji-cuadrado | Sig. 5% |
| Apoyo familiar/Pareja/Compromiso | | | | | |
| Tot de acuerdo N° | 5 | 17 | 22 | X ² = 14,381 G.l. = 4 | p = 0,006 |
| % del total | 3,6% | 12,1% | 15,7% | | |
| De acuerdo N° | 15 | 43 | 58 | | |
| % del total | 10,7% | 30,7% | 41,4% | | |
| Es indiferente N° | 6 | 2 | 8 | | |
| % del total | 4,3% | 1,4% | 5,7% | | |
| En desacuerdo N° | 9 | 22 | 31 | | |
| % del total | 6,4% | 15,7% | 22,1% | | |
| Tot en desacuerdo N° | 12 | 9 | 21 | | |
| % del total | 8,6% | 6,4% | 15,0% | | |
| Total N° | 47 | 93 | 140 | | |
| % del total | 33,6% | 66,4% | 100,0% | | |

Fuente: Elaboración propia de la investigación

| | EDAD_GESTA | | | Prueba de hipótesis | |
|--|----------------|----------------|--------|-------------------------------------|------------------|
| | 20 a 27 Sem | 28 a 36 Sem | Total | Ji-cuadrado | Sig. 5% |
| Apoyo familiar/Familias directas/Insinuación de aborto | | | | | |
| Tot de acuerdo N° | 0 | 4 | 4 | X ² = 15,390 G.l. = 4 | p = 0,004 |
| % del total | 0,0% | 2,9% | 2,9% | | |
| De acuerdo N° | 4 | 3 | 7 | | |
| % del total | 2,9% | 2,1% | 5,0% | | |
| Es indiferente N° | 5 | 3 | 8 | | |
| % del total | 3,6% | 2,1% | 5,7% | | |
| En desacuerdo N° | 11 | 7 | 18 | | |
| % del total | 7,9% | 5,0% | 12,9% | | |
| Tot en desacuerdo N° | 27 | 76 | 103 | | |
| % del total | 19,3% | 54,3% | 73,6% | | |
| Total N° | 47 | 93 | 140 | | |
| % del total | 33,6% | 66,4% | 100,0% | | |

Fuente: Elaboración propia de la investigación

| Apoyo familiar/Familias directas/Apoyo paternal | | DX_AME_PRE | | Total | Prueba de hipótesis | |
|---|-------------|------------|------|--------|-------------------------------------|------------------|
| | | Sí | No | | Ji-cuadrado | Sig. 5% |
| Tot de acuerdo | N° | 62 | 1 | 63 | X ² = 12,317 G.l. = 4 | p = 0,015 |
| | % del total | 44,3% | 0,7% | 45,0% | | |
| De acuerdo | N° | 40 | 1 | 41 | | |
| | % del total | 28,6% | 0,7% | 29,3% | | |
| Es indiferente | N° | 7 | 0 | 7 | | |
| | % del total | 5,0% | 0,0% | 5,0% | | |
| En desacuerdo | N° | 13 | 0 | 13 | | |
| | % del total | 9,3% | 0,0% | 9,3% | | |
| Tot en desacuerdo | N° | 13 | 3 | 16 | | |
| | % del total | 9,3% | 2,1% | 11,4% | | |
| Total | N° | 135 | 5 | 140 | | |
| | % del total | 96,4% | 3,6% | 100,0% | | |

Fuente: Elaboración propia de la investigación

| Apoyo familiar/Pareja/Apoyo paternal | | EDAD_GESTA | | Total | Prueba de hipótesis | |
|--------------------------------------|-------------|-------------|-------------|--------|-------------------------------------|------------------|
| | | 20 a 27 Sem | 28 a 36 Sem | | Ji-cuadrado | Sig. 5% |
| Tot de acuerdo | N° | 17 | 46 | 63 | X ² = 13,040 G.l. = 4 | p = 0,011 |
| | % del total | 12,1% | 32,9% | 45,0% | | |
| De acuerdo | N° | 13 | 28 | 41 | | |
| | % del total | 9,3% | 20,0% | 29,3% | | |
| Es indiferente | N° | 3 | 4 | 7 | | |
| | % del total | 2,1% | 2,9% | 5,0% | | |
| En desacuerdo | N° | 10 | 3 | 13 | | |
| | % del total | 7,1% | 2,1% | 9,3% | | |
| Tot en desacuerdo | N° | 4 | 12 | 16 | | |
| | % del total | 2,9% | 8,6% | 11,4% | | |
| Total | N° | 47 | 93 | 140 | | |
| | % del total | 33,6% | 66,4% | 100,0% | | |

Fuente: Elaboración propia de la investigación

| Apoyo familiar/Familiares directos/Apoyo de mi familia | EDAD_GESTA | | | Prueba de hipótesis | |
|--|-------------|-------------|--------|------------------------|------------------|
| | 20 a 27 Sem | 28 a 36 Sem | Total | Ji-cuadrado | Sig. 5% |
| Tot de acuerdo N° | 18 | 34 | 52 | χ²= 22,981 G.l. = 4 | p = 0,000 |
| % del total | 12,9% | 24,3% | 37,1% | | |
| De acuerdo N° | 8 | 42 | 50 | | |
| % del total | 5,7% | 30,0% | 35,7% | | |
| Es indiferente N° | 3 | 1 | 4 | | |
| % del total | 2,1% | 0,7% | 2,9% | | |
| En desacuerdo N° | 12 | 16 | 28 | | |
| % del total | 8,6% | 11,4% | 20,0% | | |
| Tot en desacuerdo N° | 6 | 0 | 6 | | |
| % del total | 4,3% | 0,0% | 4,3% | | |
| Total N° | 47 | 93 | 140 | | |
| % del total | 33,6% | 66,4% | 100,0% | | |

Fuente: Elaboración propia de la investigación

| Apoyo familiar/Familia de la pareja/Apoyo maternal | EDAD_GESTA | | | Prueba de hipótesis | |
|--|-------------|-------------|--------|-----------------------|------------------|
| | 20 a 27 Sem | 28 a 36 Sem | Total | Ji-cuadrado | Sig. 5% |
| Tot de acuerdo N° | 11 | 17 | 28 | χ²= 9,900 G.l. = 4 | p = 0,042 |
| % del total | 7,9% | 12,1% | 20,0% | | |
| De acuerdo N° | 9 | 38 | 47 | | |
| % del total | 6,4% | 27,1% | 33,6% | | |
| Es indiferente N° | 2 | 5 | 7 | | |
| % del total | 1,4% | 3,6% | 5,0% | | |
| En desacuerdo N° | 15 | 26 | 41 | | |
| % del total | 10,7% | 18,6% | 29,3% | | |
| Tot en desacuerdo N° | 10 | 7 | 17 | | |
| % del total | 7,1% | 5,0% | 12,1% | | |
| Total N° | 47 | 93 | 140 | | |
| % del total | 33,6% | 66,4% | 100,0% | | |

Fuente: Elaboración propia de la investigación

| Apoyo familiar/Familia de la pareja/Apoyo maternal | | PART_PRETE | | Total | Prueba de hipótesis | |
|--|-------------|------------|-------|--------|------------------------------------|------------------|
| | | Sí | No | | Ji-cuadrado | Sig. 5% |
| Tot de acuerdo | N° | 10 | 18 | 28 | X ² = 9,938 G.l. = 4 | p = 0,041 |
| | % del total | 7,1% | 12,9% | 20,0% | | |
| De acuerdo | N° | 16 | 31 | 47 | | |
| | % del total | 11,4% | 22,1% | 33,6% | | |
| Es indiferente | N° | 3 | 4 | 7 | | |
| | % del total | 2,1% | 2,9% | 5,0% | | |
| En desacuerdo | N° | 9 | 32 | 41 | | |
| | % del total | 6,4% | 22,9% | 29,3% | | |
| Tot en desacuerdo | N° | 0 | 17 | 17 | | |
| | % del total | 0,0% | 12,1% | 12,1% | | |
| Total | N° | 38 | 102 | 140 | | |
| | % del total | 27,1% | 72,9% | 100,0% | | |

Fuente: Elaboración propia de la investigación

Observamos que dentro de los estresores sociales, los estresores de apoyo familiar como: compromiso de la pareja y edad gestacional; familias directas insinúan el aborto y edad gestacional; apoyo paternal y diagnóstico de amenaza de parto pre término; apoyo paternal y edad gestacional; apoyo de mi familia y edad gestacional; apoyo maternal y edad gestacional; apoyo maternal y parto pre término, guardan relación significativa $P < 0,05$.

Estresores de Situación económica

| Situación Económica/Dependencia económica/Autosuficiencia económica | EDAD_GESTA | | Total | Prueba de hipótesis | |
|---|-------------|-------------|--------|-------------------------------------|------------------|
| | 20 a 27 Sem | 28 a 36 Sem | | Ji-cuadrado | Sig. 5% |
| Tot de acuerdo N° | 8 | 5 | 13 | X ² = 10,540 G.l. = 4 | p = 0,032 |
| % del total | 5,7% | 3,6% | 9,3% | | |
| De acuerdo N° | 6 | 15 | 21 | | |
| % del total | 4,3% | 10,7% | 15,0% | | |
| Es indiferente N° | 0 | 6 | 6 | | |
| % del total | 0,0% | 4,3% | 4,3% | | |
| En desacuerdo N° | 17 | 23 | 40 | | |
| % del total | 12,1% | 16,4% | 28,6% | | |
| En Total N° | 16 | 44 | 60 | | |
| desacuerdo % del total | 11,4% | 31,4% | 42,9% | | |
| Total N° | 47 | 93 | 140 | | |
| % del total | 33,6% | 66,4% | 100,0% | | |

Fuente: Elaboración propia de la investigación

| Situación Económica/Dependencia económica/Autosuficiencia económica | PART_PRETE | | Total | Prueba de hipótesis | |
|---|------------|-------|--------|-------------------------------------|------------------|
| | Sí | No | | Ji-cuadrado | Sig. 5% |
| Tot de acuerdo N° | 0 | 13 | 13 | X ² = 12,437 G.l. = 4 | p = 0,014 |
| % del total | 0,0% | 9,3% | 9,3% | | |
| De acuerdo N° | 9 | 12 | 21 | | |
| % del total | 6,4% | 8,6% | 15,0% | | |
| Es indiferente N° | 2 | 4 | 6 | | |
| % del total | 1,4% | 2,9% | 4,3% | | |
| En desacuerdo N° | 6 | 34 | 40 | | |
| % del total | 4,3% | 24,3% | 28,6% | | |
| Tot en N° | 21 | 39 | 60 | | |
| desacuerdo % del total | 15,0% | 27,9% | 42,9% | | |
| Total N° | 38 | 102 | 140 | | |
| % del total | 27,1% | 72,9% | 100,0% | | |

Fuente: Elaboración propia de la investigación

| Situación Económica/Dependencia económica/Apoyo económico de la pareja | EDAD_GESTA | | Total | Prueba de hipótesis | |
|--|-------------|-------------|--------|-------------------------------------|------------------|
| | 20 a 27 Sem | 28 a 36 Sem | | Ji-cuadrado | Sig. 5% |
| Tot de acuerdo N° | 3 | 15 | 18 | X ² = 15,083 G.l. = 4 | p = 0,005 |
| % del total | 2,1% | 10,7% | 12,9% | | |
| De acuerdo N° | 18 | 53 | 71 | | |
| % del total | 12,9% | 37,9% | 50,7% | | |
| Es indiferente N° | 5 | 3 | 8 | | |
| % del total | 3,6% | 2,1% | 5,7% | | |
| En desacuerdo N° | 12 | 7 | 19 | | |
| % del total | 8,6% | 5,0% | 13,6% | | |
| Tot en desacuerdo N° | 9 | 15 | 24 | | |
| % del total | 6,4% | 10,7% | 17,1% | | |
| Total N° | 47 | 93 | 140 | | |
| % del total | 33,6% | 66,4% | 100,0% | | |

Fuente: Elaboración propia de la investigación

| Situación Económica/Dependencia económica/Apoyo económico de la pareja | PART_PRETE | | Total | Prueba de hipótesis | |
|--|------------|-------|--------|-------------------------------------|------------------|
| | Sí | No | | Ji-cuadrado | Sig. 5% |
| Tot de acuerdo N° | 4 | 14 | 18 | X ² = 10,591 G.l. = 4 | p = 0,032 |
| % del total | 2,9% | 10,0% | 12,9% | | |
| De acuerdo N° | 27 | 44 | 71 | | |
| % del total | 19,3% | 31,4% | 50,7% | | |
| Es indiferente N° | 0 | 8 | 8 | | |
| % del total | 0,0% | 5,7% | 5,7% | | |
| En desacuerdo N° | 2 | 17 | 19 | | |
| % del total | 1,4% | 12,1% | 13,6% | | |
| Tot en desacuerdo N° | 5 | 19 | 24 | | |
| % del total | 3,6% | 13,6% | 17,1% | | |
| Total N° | 38 | 102 | 140 | | |
| % del total | 27,1% | 72,9% | 100,0% | | |

Fuente: Elaboración propia de la investigación

| Situación Económica/Dependencia económica/Apoyo económico de la familia | DX_AME_PRE | | Total | Prueba de hipótesis | |
|---|------------|------|--------|-------------------------------|-------------------------------|
| | Sí | No | | Ji-cuadrado | Sig. 5% |
| Tot de acuerdo N° | 46 | 1 | 47 | $\chi^2 = 14,791$ G.l. = 4 | $p = 0,005$ |
| % del total | 32,9% | 0,7% | 33,6% | | |
| De acuerdo N° | 30 | 0 | 30 | | |
| % del total | 21,4% | 0,0% | 21,4% | | |
| Es indiferente N° | 4 | 0 | 4 | | |
| % del total | 2,9% | 0,0% | 2,9% | | |
| En desacuerdo N° | 20 | 4 | 24 | | |
| % del total | 14,3% | 2,9% | 17,1% | | |
| Tot en desacuerdo N° | 35 | 0 | 35 | | |
| % del total | 25,0% | 0,0% | 25,0% | | |
| Total N° | 135 | 5 | 140 | | |
| % del total | 96,4% | 3,6% | 100,0% | | |

Fuente: Elaboración propia de la investigación

| Situación Económica/Dependencia económica/Apoyo económico de la familia | EDAD_GESTA | | Total | Prueba de hipótesis | |
|---|-------------|-------------|--------|-------------------------------|-------------------------------|
| | 20 a 27 Sem | 28 a 36 Sem | | Ji-cuadrado | Sig. 5% |
| Tot de acuerdo N° | 13 | 34 | 47 | $\chi^2 = 13,396$ G.l. = 4 | $p = 0,009$ |
| % del total | 9,3% | 24,3% | 33,6% | | |
| De acuerdo N° | 9 | 21 | 30 | | |
| % del total | 6,4% | 15,0% | 21,4% | | |
| Es indiferente N° | 0 | 4 | 4 | | |
| % del total | 0,0% | 2,9% | 2,9% | | |
| En desacuerdo N° | 5 | 19 | 24 | | |
| % del total | 3,6% | 13,6% | 17,1% | | |
| Tot en desacuerdo N° | 20 | 15 | 35 | | |
| % del total | 14,3% | 10,7% | 25,0% | | |
| Total N° | 47 | 93 | 140 | | |
| % del total | 33,6% | 66,4% | 100,0% | | |

Fuente: Elaboración propia de la investigación

| Situación Económica/Estatus social/Nivel educativo | EDAD_GESTA | | Total | Prueba de hipótesis | |
|--|-------------|-------------|--------|-------------------------------------|------------------|
| | 20 a 27 Sem | 28 a 36 Sem | | Ji-cuadrado | Sig. 5% |
| Tot de acuerdo N° | 1 | 2 | 3 | X ² = 20,586 G.l. = 4 | p = 0,000 |
| % del total | 0,7% | 1,4% | 2,1% | | |
| De acuerdo N° | 11 | 1 | 12 | | |
| % del total | 7,9% | 0,7% | 8,6% | | |
| Es indiferente N° | 1 | 5 | 6 | | |
| % del total | 0,7% | 3,6% | 4,3% | | |
| En desacuerdo N° | 22 | 50 | 72 | | |
| % del total | 15,7% | 35,7% | 51,4% | | |
| Tot en desacuerdo N° | 12 | 35 | 47 | | |
| % del total | 8,6% | 25,0% | 33,6% | | |
| Total N° | 47 | 93 | 140 | | |
| % del total | 33,6% | 66,4% | 100,0% | | |

Fuente: Elaboración propia de la investigación

| Situación Económica/Estatus social/Nivel económico | EDAD_GESTA | | Total | Prueba de hipótesis | |
|--|-------------|-------------|--------|-------------------------------------|------------------|
| | 20 a 27 Sem | 28 a 36 Sem | | Ji-cuadrado | Sig. 5% |
| Tot de acuerdo N° | 4 | 3 | 7 | X ² = 13,034 G.l. = 4 | p = 0,011 |
| % del total | 2,9% | 2,1% | 5,0% | | |
| De acuerdo N° | 5 | 4 | 9 | | |
| % del total | 3,6% | 2,9% | 6,4% | | |
| Es indiferente N° | 7 | 3 | 10 | | |
| % del total | 5,0% | 2,1% | 7,1% | | |
| En desacuerdo N° | 11 | 40 | 51 | | |
| % del total | 7,9% | 28,6% | 36,4% | | |
| Tot en desacuerdo N° | 20 | 43 | 63 | | |
| % del total | 14,3% | 30,7% | 45,0% | | |
| Total N° | 47 | 93 | 140 | | |
| % del total | 33,6% | 66,4% | 100,0% | | |

Fuente: Elaboración propia de la investigación

| Situación económica/Estatus social/Nivel económico | | VIA_CUL_PART | | Total | Prueba de hipótesis | |
|--|-------------|--------------|-------|--------|------------------------------------|------------------|
| | | 1,00 | 2,00 | | Ji-cuadrado | Sig. 5% |
| De acuerdo | N° | 2 | 0 | 2 | X ² = 6,104 G.l. = 2 | p = 0,047 |
| | % del total | 5,3% | 0,0% | 5,3% | | |
| En desacuerdo | N° | 11 | 4 | 15 | | |
| | % del total | 28,9% | 10,5% | 39,5% | | |
| Tot en desacuerdo | N° | 8 | 13 | 21 | | |
| | % del total | 21,1% | 34,2% | 55,3% | | |
| Total | N° | 21 | 17 | 38 | | |
| | % del total | 55,3% | 44,7% | 100,0% | | |

Fuente: Elaboración propia de la investigación

Observamos que los estresores de situación económica la autosuficiencia económica y edad gestacional; autosuficiencia económica y parto pre término; apoyo económico de la pareja y edad gestacional; apoyo económico de la pareja y parto pre término; apoyo económico de la familia y diagnóstico de amenaza de parto pre término; apoyo económico de la familia y edad gestacional; nivel educativo y edad gestacional; nivel económico y edad gestacional; nivel económico y vía de culminación del parto, tienen relación significativa.

Estresores de proyecto personal

| Proyecto personal/Relaciones de familia/Frustración educativa | | PART_PRETE | | Total | Prueba de hipótesis | |
|---|-------------|------------|-------|--------|------------------------------------|------------------|
| | | Sí | No | | Ji-cuadrado | Sig. 5% |
| Tot de acuerdo | N° | 6 | 29 | 35 | X ² = 9,735 G.l. = 4 | p = 0,011 |
| | % del total | 4,3% | 20,7% | 25,0% | | |
| De acuerdo | N° | 13 | 22 | 35 | | |
| | % del total | 9,3% | 15,7% | 25,0% | | |
| Es indiferente | N° | 4 | 2 | 6 | | |
| | % del total | 2,9% | 1,4% | 4,3% | | |
| En desacuerdo | N° | 13 | 36 | 49 | | |
| | % del total | 9,3% | 25,7% | 35,0% | | |
| Tot en desacuerdo | N° | 2 | 13 | 15 | | |
| | % del total | 1,4% | 9,3% | 10,7% | | |
| Total | N° | 38 | 102 | 140 | | |
| | % del total | 27,1% | 72,9% | 100,0% | | |

Fuente: Elaboración propia de la investigación

| Proyecto personal/Relaciones de familia/Deber para la unión | EDAD_GESTA | | Total | Prueba de hipótesis | |
|---|-------------|-------------|--------|-------------------------------------|------------------|
| | 20 a 27 Sem | 28 a 36 Sem | | Ji-cuadrado | Sig. 5% |
| Tot de acuerdo N° | 2 | 15 | 17 | X ² = 14,179 G.l. = 4 | p = 0,007 |
| % del total | 1,4% | 10,7% | 12,1% | | |
| De acuerdo N° | 4 | 9 | 13 | | |
| % del total | 2,9% | 6,4% | 9,3% | | |
| Es indiferente N° | 5 | 0 | 5 | | |
| % del total | 3,6% | 0,0% | 3,6% | | |
| En desacuerdo N° | 17 | 38 | 55 | | |
| % del total | 12,1% | 27,1% | 39,3% | | |
| Tot en desacuerdo N° | 19 | 31 | 50 | | |
| % del total | 13,6% | 22,1% | 35,7% | | |
| Total N° | 47 | 93 | 140 | | |
| % del total | 33,6% | 66,4% | 100,0% | | |

Fuente: Elaboración propia de la investigación

Observamos que los estresores del proyecto personal la frustración educativa se relaciona con el parto pre término; deber para la unión y edad gestacional, guarda relación significativa

Estresores de Motivación

| Motivación/Embarazo/Planificación del embarazo | DX_AME_PRE | | Total | Prueba de hipótesis | |
|--|------------|------|--------|-------------------------------------|------------------|
| | Sí | No | | Ji-cuadrado | Sig. 5% |
| Tot de acuerdo N° | 10 | 1 | 11 | X ² = 11,260 G.l. = 4 | p = 0,024 |
| % del total | 7,1% | 0,7% | 7,9% | | |
| De acuerdo N° | 17 | 2 | 19 | | |
| % del total | 12,1% | 1,4% | 13,6% | | |
| Es indiferente N° | 3 | 1 | 4 | | |
| % del total | 2,1% | 0,7% | 2,9% | | |
| En desacuerdo N° | 39 | 0 | 39 | | |
| % del total | 27,9% | 0,0% | 27,9% | | |
| Tot en desacuerdo N° | 66 | 1 | 67 | | |
| % del total | 47,1% | 0,7% | 47,9% | | |
| Total N° | 135 | 5 | 140 | | |
| % del total | 96,4% | 3,6% | 100,0% | | |

Fuente: Elaboración propia de la investigación

| Motivación/Pareja/Amor en el presente | | VIA_CUL_PART | | Total | Ji-cuadrado | Sig. 5% |
|--|-------------|--------------|-------|--------|-------------------------------|-------------------------------|
| | | 1,00 | 2,00 | | | |
| De acuerdo | N° | 6 | 3 | 9 | $\chi^2 = 16,495$ g.l. = 3 | $p = 0,001$ |
| | % del total | 15,8% | 7,9% | 23,7% | | |
| Es indiferente | N° | 2 | 0 | 2 | | |
| | % del total | 5,3% | 0,0% | 5,3% | | |
| En desacuerdo | N° | 12 | 3 | 15 | | |
| | % del total | 31,6% | 7,9% | 39,5% | | |
| Tot en desacuerdo | N° | 1 | 11 | 12 | | |
| | % del total | 2,6% | 28,9% | 31,6% | | |
| Total | N° | 21 | 17 | 38 | | |
| | % del total | 55,3% | 44,7% | 100,0% | | |
| Motivación/ Pareja/Perspectivas en el futuro | | VIA_CUL_PART | | Total | Prueba de hipótesis | |
| | | 1,00 | 2,00 | | Ji-cuadrado | Sig. 5% |
| Tot de acuerdo | N° | 3 | 7 | 10 | $\chi^2 = 19,132$ g.l. = 4 | $p = 0,001$ |
| | % del total | 7,9% | 18,4% | 26,3% | | |
| De acuerdo | N° | 15 | 2 | 17 | | |
| | % del total | 39,5% | 5,3% | 44,7% | | |
| Es indiferente | N° | 2 | 0 | 2 | | |
| | % del total | 5,3% | 0,0% | 5,3% | | |
| En desacuerdo | N° | 1 | 4 | 5 | | |
| | % del total | 2,6% | 10,5% | 13,2% | | |
| Tot en desacuerdo | N° | 0 | 4 | 4 | | |
| | % del total | 0,0% | 10,5% | 10,5% | | |
| Total | N° | 21 | 17 | 38 | | |
| | % del total | 55,3% | 44,7% | 100,0% | | |

Fuente: Elaboración propia de la investigación

V. DISCUSIÓN:

En la actualidad existen diversos estudios acerca de los factores de riesgo para la amenaza de parto y parto prematuro, cuyos objetivos refieren causas fisiológicas y biológicas, encontrándose resultados significativamente útiles para la ciencia; sin embargo hoy en día, se han encontrado evidencias en todo el mundo, que no solo las causas biológicas son las que influyen en el parto prematuro, sino también tienen gran influencia los factores estresantes que la madre experimenta a lo largo de su embarazo.

Factores que denominamos estresores psicológicos y sociales, los cuales hacen referencia a la violencia psicológica y/o física por parte de sus familiares o su pareja, también si el embarazo ha sido recibido con la motivación necesaria tanto con el mismo embarazo y con la pareja. También, resulta muy importante el apoyo que recibe la mujer por parte de sus familiares, de su pareja y de los familiares de su pareja. Por tanto todos estos elementos negativos impedirían la adecuada evolución del embarazo por ende surgiría las complicaciones de amenaza de parto y parto prematuro poniendo en riesgo la vida de la madre y el niño por nacer.

La tabla N° 01, nos muestra los estresores psicológicos identificados de violencia psicológica, donde el 30,7% de las gestantes manifestaron estar en desacuerdo sobre el hostigamiento de su pareja; es decir su pareja no le echa la culpa del embarazo; seguido del 23,6% de gestantes que están de acuerdo por el hostigamiento que tienen por parte de su pareja. El 32,9% de las gestantes no tienen problemas de hostigamiento por parte de familiares; es

decir no reciben amenazas ni son insultadas por lo que manifestaron estar en total desacuerdo en cuanto al hostigamiento por los familiares; seguidas del 28,6% de las gestantes que manifiestan igualmente estar en desacuerdo. El 52,9% de las gestantes, manifestaron estar en desacuerdo, ya que su pareja no cambio de actitud con respecto al embarazo; seguido del 24,3% de las gestantes que manifestaron estar de acuerdo en que su pareja ha cambiado a raíz de este embarazo. El 47,1% de las gestantes, manifestaron estar en total en desacuerdo que la amenaza de aborto es por la pareja, seguido del 32,1% de estar en desacuerdo de que su pareja es el causante de la amenaza de aborto. En relación a la violencia física: el 47,1% y el 21,4% de las gestantes en estudio, manifiestan que están totalmente en desacuerdo y en desacuerdo respectivamente que son violentadas por sus parejas. El 58,6% (82) y el 24,3% (34) de las gestantes manifiestan que están totalmente en desacuerdo y en desacuerdo respectivamente que tienen violencia física por parte de familiares de su pareja. El 58,6% (82) y el 30,0% (42) de las gestantes en estudio manifiestan que están totalmente en desacuerdo y en desacuerdo respectivamente que hayan tenido intento de autolesión.

Resultados que se relacionan con Watson L, Taft A. (2013), quienes encontraron que el 14,9% (n = 88) informaron probable violencia de pareja, de los cuales 44 obtuvieron un puntaje > 7. Asimismo, del grupo casos de mujeres con embarazo gemelar, un 9,5% (n = 13) informó probable violencia de pareja, de los cuales seis participantes obtuvieron un puntaje > 7, Las mujeres que experimentan abuso físico y el consumo de alcohol durante el embarazo eran más propensas a tener partos muy prematuros (OR 2,24; IC:

1,01, 4,97; $p = 0,05$). Las mujeres que experimentaron abuso severo empezaron la atención prenatal en el segundo trimestre además eran más propensas a tener partos muy prematuros (OR 15,7; 9 IC: 1,70, 144; $p = 0,02$). Así mismo se relaciona con Kim H, Cain R, Viner S. (2010), quienes encontraron que la violencia fue significativamente mayor entre los adolescentes 10 (14,3%), los que no estaban casadas (11,2%), con ingresos familiares < \$ 15.000 (13,2%), tenía menos grado de escolaridad (10,3%). Las mujeres que habían experimentado violencia tenían más probabilidades de haber retrasado la atención prenatal (24,8% vs 14,4%), fumar durante el embarazo (35,5% vs 10,8%). A su vez se relaciona con Grandi C, Gonzáles M, Naddeo S, Busualdo N, Salgado M. (2008), quienes encontraron las madres de recién nacidos pre-término se sintieron más frecuentemente estresadas o angustiadas ($p= 0,014$) y reaccionaron llorando ($p= 0,021$) o fumando ($p=0,047$) más que las madres de recién nacidos a término. Entre las situaciones de vida, las madres de RNPT refirieron “llorar mucho” ($p=0,021$) y “estar nerviosa” ($p= 0,043$) y mostraron una frecuencia elevada de eventos estresantes como “mudanza” (34% vs. 26%), “episodios de violencia en casa” (15% vs. 9%). También se relaciona con Parada O. (2012), encontró que 19 madres sufrían violencia emocional. Así mismo se relaciona con Salas A, Salvatierra D. (2012), quienes encontraron El tipo de violencia intrafamiliar más frecuente fue la violencia psicológica (94.8%), seguido de la violencia física (17.2%) y la violencia sexual (8.6%). A su vez se relaciona con Solís R. (2014), quien encontró amenaza de abandono por parte de la pareja [OR=12,642]; violencia física por parte de la pareja [OR=9,621]; intento de autolesión [OR=9,667]; decepción por el embarazo [OR=8,662]. También

Gracián N. (2016), Los factores de riesgo para la amenaza de parto pre-término 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. Así mismo se relaciona Flores V, Arévalo L. (2013), La violencia Psicológica durante el embarazo (96.5%) predomina por encima de la violencia física, sexual y económica.

Por lo mencionado podemos deducir, que los estresores psicológicos como la violencia psicológica, física y sexual están presentes como estresores de la amenaza de parto y parto pre término, manifestado como hostigamiento de su pareja, la pareja le echa la culpa del embarazo, hostigamiento por parte de familiares; reciben amenazas o insultos, cambio de actitud de la pareja con respecto al embarazo y la probabilidad de intento de autolesión.

La tabla N° 02, nos muestra los estresores psicológicos identificados de motivación en el embarazo: el 47,9% y el 27,9% de las gestantes manifiestan que están totalmente en desacuerdo y en desacuerdo respectivamente que hayan planificado el embarazo; es decir no planificaron su embarazo. El 41,4% y el 29,3% de las gestantes manifiestan estar de acuerdo y totalmente de acuerdo respectivamente de que aceptaron el embarazo con mucha alegría. El 45,0% y el 35,0% de las gestantes manifiestan estar de acuerdo y totalmente de acuerdo respectivamente que sintieron una gran alegría por su embarazo. En relación a la motivación de la pareja: el 50,7% y el 29,3% de las gestantes, manifiestan que están totalmente de acuerdo y de acuerdo

respectivamente que sus parejas hayan tenido un amor en el pasado. El 27,9% y 25,0% de las mujeres en gestación manifiestan estar en desacuerdo y totalmente en desacuerdo respectivamente que su pareja tenga un amor presente; el 27,9% y 10,0% de las gestantes en estudio manifiestan que están de acuerdo y totalmente de acuerdo que sus parejas tengan un amor presente. El 36,4% y el 22,1% de las gestantes manifiestan que están de acuerdo y totalmente de acuerdo respectivamente por las perspectivas en el futuro, motivadas por sus parejas.

Resultados que se relacionan con Solís R. (2014), quien encontró decepción por el embarazo [OR=8,662]; ausencia de amor hacia su pareja cuando se embarazó [OR=7,243]; ausencia de amor en este momento del embarazo [OR=6,315]; falta de apoyo parental [OR=8,403]; falta de sentimiento de bienvenida de la familia [OR=7,095]. También se relaciona con Kim H, Cain R, Viner S. (2010), quienes reportaron un embarazo no deseado (62,8% vs 36,4%).

Por lo analizado podemos deducir que la motivación es un elemento importante que debe tener la pareja no solo de sí misma sino de las personas de su entorno.

La tabla N° 03, nos muestra los estresores sociales identificados de apoyo familiar con sus indicadores: Familiar, Familias directos, Familiares de pareja. En relación al aspecto familiar: el 35,0% y el 30,7% de las gestantes en estudio manifiestan que están totalmente en desacuerdo y en desacuerdo respectivamente que su pareja le insinuó a abortar. El 41,4% y el 15,7% de

las gestantes manifiestan que están de acuerdo y totalmente de acuerdo que sienten que su pareja están con ellas; es decir tienen un compromiso. Además el 22,1% y el 15,0% de las gestantes manifiestan que están en desacuerdo y totalmente en desacuerdo respectivamente que sus parejas no están con ellas en el embarazo; no tienen un compromiso. El 38,4% y el 35,7% de las gestantes manifiestan que están en desacuerdo y totalmente en desacuerdo respectivamente por el apoyo emocional, ya que en este embarazo no se sienten engreídas por sus parejas. En relación a familiares directos: El 73,6% gestantes manifiestan que están totalmente en desacuerdo en que sus familias les insinuaron a abortar. El 45,0% y el 29,3 de las gestantes manifiestan estar totalmente de acuerdo y de acuerdo respectivamente que sienten el apoyo de sus padres en este embarazo. El 37,1% y el 35,7% (50) de las gestantes manifiestan estar totalmente de acuerdo y de acuerdo que sienten el apoyo de sus familias y ellos esperan con ansias a sus bebés.

Según familiares de la pareja: El 33,6% de las gestantes manifiestan que están de acuerdo que los familiares de sus parejas le apoyan en este embarazo, seguido del 29,3% que están en desacuerdo que los familiares les apoyan, pues no sienten eso. El 35,0% de las gestantes manifiestan que están de acuerdo que los familiares de sus parejas los apoyan emocionalmente, seguido del 27,9% de las gestantes que están en desacuerdo de que los familiares de sus parejas le apoyan emocionalmente, pues no lo sienten que esperan con ansias a su bebé. El 52,4% y el 27,9% de las gestantes manifiestan que están totalmente en desacuerdo y en desacuerdo

respectivamente que algún familiar de sus parejas les haya insinuado a abortar.

Resultados que se relacionan con Grandi C, Gonzáles M, Naddeo S, Busualdo N, Salgado M. (2008), quienes encontraron Entre las situaciones de vida, las madres de RNPT refirieron “llorar mucho” ($p=0,021$) y “estar nerviosa” ($p=0,043$) y mostraron una frecuencia elevada de eventos estresantes como “mudanza” (34% vs. 26%), “episodios de violencia en casa” (15% vs. 9%) y “mala relación familiar” (15,6% vs. 13%) en comparación con las madres de RNT. Igualmente se relaciona con Solís R. (2014), quien encontró falta de apoyo parental [OR=8,403]; falta de sentimiento de bienvenida de la familia [OR=7,095]; falta de apoyo económico de la pareja [OR=6,857]; en mujeres con amenaza de parto y parto pre término.

Producto del análisis realizado podemos deducir que las condiciones de la familia, de los familiares directos y familiares de la pareja pueden influir negativamente como parte del entorno para producir la amenaza de parto o parto pre término.

La tabla N° 04, nos muestra los estresores sociales identificados según situación económica con sus indicadores: Dependencia económica, estatus social. En relación a la dependencia económica: el 42,9% y el 28,6% de las gestantes manifiestan que están totalmente en desacuerdo y en desacuerdo respectivamente de que tienen autosuficiencia económica. El 50,7% de las gestantes manifiestan estar de acuerdo que tienen el apoyo económico de la pareja, seguido del 17,1% que manifiestan que están totalmente en

desacuerdo. El 33,6% y el 21,4% de las gestantes manifiestan que están totalmente de acuerdo y de acuerdo respectivamente que tienen el apoyo económico de la familia y el 25% manifestaron que están totalmente en desacuerdo que la familia les apoya económicamente.

Según estatus social: el 51,4% y el 33,6% de las gestantes en estudio manifiestan estar en desacuerdo y totalmente en desacuerdo respectivamente de que la situación que están es por el nivel educativo. El 45,0% y el 36,43% de las gestantes en estudio manifiestan estar en totalmente en desacuerdo y desacuerdo respectivamente de que la situación que están es por el nivel económico.

Resultados que se relacionan con Kim H, Cain R, Viner S. (2010), quienes encontraron a mujeres con ingresos familiares < \$ 15.000. También se relaciona con Avalos C. (2008), quien encontró nivel socio-económico bajo en mujeres con amenaza de parto y parto pre término.

Como parte del análisis podemos deducir que la situación económica de mujer como ser de bajo nivel económico, depender del dinero que le da su pareja o sus familiares directos o de la pareja puede inducir a la amenaza de parto o parto pre término.

La tabla N° 05, nos muestra los estresores sociales identificados como proyecto personal con sus indicadores: Estudios, Relaciones de familia. Según los estudios: el 35,0% de las gestantes manifiestan estar en

desacuerdo que el estar embarazada causó una frustración educativa, seguido del 25,0% y del 25,0% que están totalmente de acuerdo y de acuerdo respectivamente que por su situación de la que están tienen frustración educativa. El 37,1% de las gestantes manifiestan estar en desacuerdo en que la situación en la que están les ha frustrado su proyecto de vida, seguido del 20,7% que manifiestan estar de acuerdo que si tienen frustración de su proyecto de vida.

Según relaciones de Familia: el 39,3% y el 35,7% de las gestantes en estudio manifiestan estar en desacuerdo y totalmente en desacuerdo tener deberes para la unión. El 62,1% y el 23,6% de las gestantes manifiestan estar totalmente en desacuerdo y en desacuerdo respectivamente que tienen una obligación para la unión.

Resultados que se relacionan con Kim H, Cain R, Viner S. (2010), quienes encontraron que la mejores tenían menos grado de escolaridad (10,3%). Además se relaciona con Solís R. (2014), quien encontró frustración educativa [OR=7,212]. Cuando es consciente que sus metas académicas pueden frustrarse por el embarazo.

La Tabla N° 06, nos muestra que los 96,4% gestantes sí tuvieron amenaza de parto pre-término. El 66,4% gestantes tienen una edad gestacional entre 28 a 36 semanas y el 33,6% tienen entre 20 a 27 semanas de edad gestacional. El 27,1% gestantes sí tuvieron un parto pre-término y el 72,9% no la tuvieron. El

15,0% (21) gestantes tuvieron un parto vaginal y el 12,1% tuvieron un parto por cesárea.

Resultados que se relacionan con Avalos C. (2008), quien encontró que 121 mujeres fueron amenazas de parto pre-término determinando un 6,3%, de las cuales 46 pacientes culminaron en parto pre-término, (2,4%) cuya edad gestacional oscila entre 25 - 34 semanas. También se relaciona con Franco A. (2013), quien estudio a gestantes con una edad gestacional de 35-36 semanas (66,7%).

Tabla N° 07, se observa que todos estresores de violencia psicológica se relacionan significativamente con edad gestacional de la amenaza de parto y parto pretérmino. Según estresores Psicológicos de Motivación se observa dentro de los estresores psicológicos que todos estresores de motivación planificación del embarazo y diagnóstico de amenaza de parto; amor de la pareja en el presente embarazo y vía de culminación de parto; Perspectivas en el futuro y vía de culminación del parto, guardan relacionan significativamente $P < 0,05$. Así mismos dentro de los estresores sociales, los estresores de apoyo familiar como: compromiso de la pareja y edad gestacional; familias directas insinúan el aborto y edad gestacional; apoyo paternal y diagnóstico de amenaza de parto pre término; apoyo paternal y edad gestacional; apoyo de mi familia y edad gestacional; apoyo maternal y edad gestacional; apoyo maternal y parto pre término, guardan relación significativa $P < 0,05$.

En relación a los estresores de situación económica la autosuficiencia económica y edad gestacional; autosuficiencia económica y parto pre término; apoyo económico de la pareja y edad gestacional; apoyo económico de la pareja y parto pre término; apoyo económico de la familia y diagnóstico de amenaza de parto pre término; apoyo económico de la familia y edad gestacional; nivel educativo y edad gestacional; nivel económico y edad gestacional; nivel económico y vía de culminación del parto, tienen relación significativa. Según los estresores del proyecto personal la frustración educativa se relaciona con el parto pre término; deber para la unión y edad gestacional, guarda relación significativa. Según los estresores de motivación la planificación del embarazo y diagnóstico de amenaza de parto pre término, amor en el presente y vía de culminación del parto, perspectivas del futuro y vía de culminación del parto.

Resultados que se relacionan con Kim H, Cain R, Viner S. (2010), quienes concluyen que el parto prematuro fue una de las complicaciones fuertemente asociada con la violencia de la pareja íntima antes y/o durante el embarazo. Igualmente se relaciona con Grandi C, González M, Naddeo S, Busualdo N, Salgado M. (2008), quienes concluyen que según el modelo multifactorial del parto prematuro, la perspectiva social y psicológica del estrés podría contribuir independientemente a este desenlace. A su vez se relaciona con Oyarce Y. (2014), concluye que la Violencia Física presentó 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 pre-término ($p < 0,05$). Además se relaciona con Franco A.

(2013), encontró que uno de los factores asociados a la amenaza de parto pre-término fue el antecedente de violencia familiar.

VI. CONCLUSIONES:

1. Observamos que los estresores psicológicos identificados de violencia psicológica son: el 40% sufre hostigamiento de su pareja; el 35,7% sufre hostigamiento de familiares de la pareja; el 46% manifestaron cambio de actitud de la pareja con respecto al embarazo; el 17,2% manifestaron amenaza de abandono de la pareja. De la violencia física son: el 27.2% refieren violencia física de la pareja, 10% violencia física de familiares y 9.3% indica intento de autolesión. Según estresores psicológicos de motivación el 21.5% es por planificación del embarazo, 70.7% es por aceptación del embarazo, 80% por alegría del embarazo. Según la pareja el 80% es por amor en el pasado, 37.9% es por amor en el presente y 58.5% es por las perspectivas del futuro.
2. Los estresores sociales identificados en el apoyo familiar son:
Familiares: 29,3% por insinuación del aborto, 60.1% por compromiso, 18.8% por apoyo emocional; Familiares directos: 7.9% insinuación del aborto, 74.3% por apoyo materno, 72.8% por apoyo de mi familia; Familiares de la Pareja: 53.6% por apoyo maternal, 58.6% apoyo emocional y 10% por insinuación del aborto. Según situación económica: 24.3% autosuficiencia económica, 63.6% apoyo económico de la pareja, 55% apoyo económico de la familia; 10.7% nivel educativo y 11.4% nivel educativo. Según proyecto personal: 50% frustración educativa, 30% frustración del proyecto de vida, 21.4% deber para la unión, 10% obligación para la unión.

3. Las gestantes tuvieron en 96,4% amenaza de parto pre-término. Los 66,4% gestantes tienen una edad gestacional entre 28 a 36 semanas y el 33,6% tienen entre 20 a 27 semanas de edad gestacional. El 27,1% gestantes sí tuvieron un parto pre-término. El 15,0% de gestantes tuvieron un parto vaginal y el 12,1% tuvieron un parto por cesárea.

4. Todos los estresores Psicológicos y Sociales estudiados se relacionan estadísticamente significativo $P < 0,05$. con la edad gestacional, con la amenaza de parto y parto pre término

VII. RECOMENDACIONES:

1. Al personal de salud, especialmente a los obstetras asegurar una evaluación integral, física y psicológica de la gestante, para detectar oportunamente los estresores relacionados con la amenaza de parto y parto pre término.
2. Al ministerio de salud y los coordinadores de la salud materna elaborar instrumentos integrales que permitan evaluar en la gestante los estresores psicológicos y sociales que permitan identificarlos oportunamente para atenuarlos o eliminarlos y así reducir el índice de amenaza de parto y parto pre término.
3. Al personal de salud, educar a la pareja, familia y familiares en salud materna, resaltando los estresores psicológicos y sociales para evitar la complicación de amenaza de parto y parto pre término.
4. A los investigadores, tomar el estudio como base para otros estudios que permitan conocer a profundidad las causas y el problema y así como desarrollar una propuesta integradora que permita reducir el índice de de amenaza de parto y parto pre-término que redundará positivamente en la reducción de la mortalidad materna infantil.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. OMS. Nacimientos prematuros. Centro de prensa. Nota descriptiva N°363. Noviembre de 2015.OMS. 2016. Consulta 01.10.16 5:42 am. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
2. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard M, Chou D, Moller AB, Narwal R, Adler A, Garcia CV, Rohde S, Say L, Lawn JE. National, regional and worldwide estimates of preterm birth. The Lancet, June 2012. 9;379(9832):2162-72. Estimates from 2010.
3. Behrman RE, Stith BA. El parto prematuro: causas, consecuencias y prevención. 1st ed. Comité de Editores en Entender el Nacimiento Prematuro y asegurar resultados saludables. Prensa académica nacional; 2013.
4. OMS [Internet]. Parto prematuro: Preguntas y respuestas en línea. 2012. [Actualizado 15 Noviembre 2012; citado el 01 octubre 2016]. Disponible en: http://www.who.int/features/qa/preterm_babies/es/
5. Ticona M, Huanco D. Factores de riesgo de la mortalidad perinatal en el Perú. Rev Per GinecolObstet. 2003;49(4):227-36.
6. OMS, March of Dimes, la Asociación para la Salud Materna, del Recién Nacido y del Niño, Save the Children [Internet]. Nacido demasiado pronto: el informe de la acción global sobre el parto prematuro. 2012. [Actualizado el 12 Abril 2012; citado el citado el 01 octubre 2016] Disponible en:

http://ww.who.int/maternal_child_adolescent/documents/born_too_soon/
es.

7. Thomas, M.C.; Elrath MD. Ruptura prematura de membrana en el Segundo trimestre. En: UpToDate, Rose, BD (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2008.
8. Muglia LJ, Katz M. El enigma de parto prematuro espontáneo. N Eng J Med 2010; 362(6):529-35.
9. Villar J, Papageorghiou AT, Knight HE, et al. El síndrome de parto prematuro: una clasificación prototipo fenotípica. Am J ObstetGynecol 2012; 206:119.
10. Nacersano.com [Internet]. Estrés durante el embarazo. 2007. [Actualizado el 14 Setiembre 2008; citado el 27 Nov 2013]. Disponible en: http://www.nacersano.org/prematuro/9323_9911.asp 42
11. Instituto de Medicina Comité sobre Análisis de nacimiento prematuro y Aseguramiento de resultados saludables, la Junta de Salud Política Ciencias, Behrman, RE y Butler, A. S. (eds.). Nacimiento Prematuro: Causas, consecuencias y prevención. Washington, DC, The National Academies Press, 2006.
12. Mendoza W, Subiría G. El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2013; 30(3): 471-9. Disponible en:

<http://www.unfpa.org.pe/Articulos/Articulos/MENDOZA-SUBIRIA-EmbarazoAdolescente-Peru.pdf>

13. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG). Factores de riesgo psicosociales: Detección Perinatal e intervención. ACOG Committee Opinion, número 343, agosto de 2006.
14. INMP [Internet]. Estadística del Instituto Nacional, materno Perinatal. 2013. [Actualizado el 27 Noviembre 2013; citado el 27 Nov 2013]. Disponible en: <http://www.inmp.gob.pe/detalle.php?idPagina=1>
15. Instituto Nacional de estadística. Estado de la niñez en el Perú. 1ra ed. 2011.
16. Ruiz RJ, Fullerton J, Dudley DJ. La interrelación de estrés materno, factores endocrinos y la inflamación en la duración de la gestación. *ObstetGynecolSurv* 2003; 58: 415-28.
17. Mibebeyyo.com [Internet]. El estrés en el embarazo aumenta el riesgo de parto prematuro. 2011. [Actualizado el 05 Octubre 2011; citado el 27 Nov 43 2013]. Disponible en: <http://www.mibebeyyo.com/embarazo/primertrimestre/estres-parto-prematuro-3663>
18. Watson L, Taft, A. Intimate Partner Violence and the Association with Very Preterm Birth. *BIRTH*. 2013; 40(1): 17-23.

19. Kim H, Cain R, Viner S. Intimate Partner Violence Before or During Pregnancy In Rhode Island. Health by numbers. 2010 93(1):29-31.
20. Avalos C. Factores de riesgo materno en pacientes con amenaza de parto pre término atendidas en el hospital José María Velasco Ibarra; Tena 2008. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Facultad de Salud Pública. Escuela de Medicina. Tesis de Grado Previa a la obtención del título de Médico General. Riobamba Ecuador 2008. Consulta 02.10.16 3:35 am.
<http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/196/1/94T00066.pdf>
21. Grandi C, Gonzáles M, Naddeo S, Busualdo N, Salgado M. Relación entre estrés psicosocial y parto prematuro. Una investigación interdisciplinaria en el área urbana de Buenos Aires. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá ISSN: 1514-9838. Regalyc.org. 2008. 27(2):51-69. Artículo original. Buenos Aires Argentina 2008. Consulta 02.10.16 3:51 am.
<file:///C:/Users/admin/Downloads/Relaci%C3%B3n%20entre%20estr%C3%A9s%20psicosocial%20y%20parto%20prematuro.%20Una%20investigaci%C3%B3n%20interdisciplinaria%20en%20el%20%C3%A1rea.pdf>
22. Parada O, Ulloa P, Vázquez A. Violencia emocional como factor de riesgo en la amenaza de parto pre-término. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas ISSN: 1665-7330. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado México. 2012. 17(1):39-43. Artículo Original. México 2012. Consulta 02.10.16 4:03 am.
<http://www.redalyc.org/pdf/473/47323260009.pdf>

23. Salas A. Salvatierra D. Resultados maternos de la violencia intrafamiliar en gestantes adolescentes. Hospital San Juan de Lurigancho periodo diciembre 2011- febrero 2012. Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. Escuela Académico Profesional de Obstetricia. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia. Lima Perú. 2012. Consulta 02.10.16 4:18 am. http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/654/1/Salas_aa.pdf
24. Solís R. Estresores psicosociales asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Enero – Marzo 2014. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. Escuela Académica Profesional de Obstetricia. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia. Lima Perú. 2014. Consulta 02.10.16 3:19 am. http://200.62.146.130/bitstream/cybertesis/3649/1/Solis_gr.pdf
25. Gracián N. Violencia de género como factor de riesgo para amenaza de parto pre-término en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal febrero 2016. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. Escuela Académico Profesional de Obstetricia. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia. Lima Perú. 2016. Consulta 02.10.16 4:29 am. http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4742/1/Graci%C3%A1n_tn.pdf

26. Oyarce Y. Violencia familiar en embarazo con presencia de emergencias obstétricas. Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón de Chimbote. Marzo - mayo 2014. Cientifi-k 3(1). 2015. Chimbote Perú. 2014. Consulta 02.10.16 4:51 am. <file:///C:/Users/admin/Downloads/895-2970-1-PB.pdf>
27. Franco A. Factores asociados al parto pre-término en el Hospital San Bartolomé. Mayo 2012 a mayo 2013. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Escuela de Post-grado. Tesis Para optar el Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia. Lima Perú. 2013. Consulta 02.10.16 5:33 am. http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4903/1/Franco_Tinta_Americo_2014.pdf
28. Flores V, Arévalo L. Influencia de la violencia familiar en el peso del recién nacido, de madres atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II – 2 Tarapoto, abril - julio 2013. Universidad Nacional de San Martín. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Enfermería. Tesis para obtener el título profesional de Licenciados en Enfermería. Perú. 2013. Consulta 02.10.16 5:50 http://tesis.unsm.edu.pe/jspui/bitstream/11458/521/1/Larry%20Frank%20Ar%C3%A9valo%20C%C3%B3rdova_Vivian%20Roxana%20Flores%20Hidalgo.pdf
29. Ibarra H, Aparicio C, Acosta M. Resultados Perinatales en la Amenaza de Parto Prematuro. Experiencia del Hospital San Pablo, Asunción. Artículo Original. 2009. 1-14. Consulta 02.10.16 5:59 am. <http://scielo.iics.una.py/pdf/hn/v1n2/v1n2a09.pdf>

30. Cortes P, Tamayo J. Factores psicosociales asociados a la génesis de la pre-eclampsia. Tesis de maestría, Universidad de la Sabana. 2000.
31. Committee opinion no 579: definition of term pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2013 Nov; 122(5):1139-40. doi: 10.1097/01.AOG.0000437385.88715.4^a
32. Sogba.org.ar [Internet]. Argentina: SOGBA; 2013 [actualizado 14 Nov de 2013; citado 02 oct 2016]. Disponible en: http://www.sogba.org.ar/cientifica_quias_amenaza.html
33. Web consultas.com. Web Consultas. [Internet]. Paris: Orphanet; 2000 [actualizado 25 Feb 2013; citado 14 Nov 2013]. Disponible en: <http://www.webconsultas.com/embarazo/tipos-de-parto/parto-prematuro-863>.
34. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barners BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991; 324 (6): 377-84.
35. Hobel CJ, Goldstein A, Barrett ES. Psychosocial stress and pregnancy outcome. *ClinObstet Gynecol.* 2008 Jun; 51(2):333-48. Abstract
36. Bonari L, Pinto N, Ahn E, Einarson A, Steiner M, Koren G., Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *Can J Psychiatry.* 2004 Nov; 49(11):726-35. Abstract.

37. Dorthe Hansen Precht, Per Kragh Andersen, Jørn Olsen, Severe Life events and impaired fetal growth: a nation-wide study with complete follow-up. *Acta ObstetGynecolScand.* 2007; 86 (3):266-75. Abstract.
38. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación (5a ed.). México, D. F. 2010, México: McGraw-Hill Interamericana.
39. Alapsa.net [Internet]. Alapsa, 2013 [actualizado 10 Nov 2013; citado 16 setiembre 2016]. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:xKrJ9wtbPcMJ:www.alapsa.org/detalle/01/32marcoteoricopsicosociales.html&hl=es&gl=pe&stri p=0>.
40. Cynthia D, White M. Fellow American College of Obstetricians and Gynecologists, Group Health Cooperative, Bellevue, WA. Also reviewed by David Zieve, MD, MHA, Isla Ogilvie, PhD, and the A.D.A.M. Editorial teamMedlinePlus. Amenaza de Parto y parto- prematuro. Información de salud para Ud. Consulta 02.10.16 3: 36 pm. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000486.htm>
41. Medicinafetalbarcelona.org [Internet]. Guía clínica. 2012. [citado el 01 octubre 2016]. Disponible en: http://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_y_obstetrica/Amenaza_parto_pretermino.pdf

IX. ANEXOS:

Anexo N° 01: Instrumento de recolección de datos

Universidad Nacional de San Martín Tarapoto

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

Investigación: ESTRESORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS A LA AMENAZA DE PARTO Y PARTO PRE-TÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II- 2 TARAPOTO, AGOSTO – DICIEMBRE 2016.

Cuestionario

I. Datos generales:

- **Niveles de estudio:** Ilustrada () Básico () Técnico () Universitario ()
- **Estado Civil:** Soltera () Casada () Viuda () Divorciada ()
Conviviente ()
- **Ocupación:** Empleada () Obrera () Ama de casa () Comerciante ()
- **Religión:** Católica () Evangélica () Atea () otro ()
- **Paridad:** Primípara () Multípara 2 – 5 () Gran Multípara > 5 ()

II. Amenaza de Parto y Parto pre- término:

- **Edad Gestacional:** 20 a 27 sem. () 28 a 36 sem. ()
- **Diagnóstico de amenaza de parto pre-término:** si () no ()
- **Parto pre-término:** si () no ()
- **Vía de culminación del parto:** Vaginal () Cesárea ()

III. Estresores psicosociales:

A continuación se le presenta algunas situaciones que suceden durante el embarazo, si usted se identifica con algunas de ellas, conteste marcando una X en el recuadro que corresponda. Gracias.

0=Totalmente de acuerdo.

1=De acuerdo

2=Es indiferente

3=En desacuerdo

4=Totalmente en desacuerdo

| Nº | Descripción | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Mi pareja me echa la culpa del embarazo. | | | | | |
| 2 | Mi embarazo fue planificado | | | | | |
| 3 | Mi pareja me insinuó a abortar | | | | | |
| 4 | Puedo solventar los gastos de mi embarazo con mi trabajo | | | | | |
| 5 | Mis metas de estudio se han visto frustradas a causa de mi embarazo. | | | | | |
| 6 | He recibido insultos y/o amenazas por parte de los familiares de mi pareja. | | | | | |
| 7 | Me puse muy contenta cuando me enteré de mi embarazo. | | | | | |
| 8 | Siento que él está conmigo en este embarazo. | | | | | |
| 9 | Mi pareja me apoya con los gastos del embarazo. | | | | | |
| 10 | Mis planes a futuro se han visto seriamente afectados por mi embarazo. | | | | | |
| 11 | Él ha cambiado radicalmente conmigo a raíz de este embarazo. | | | | | |
| 12 | Estoy a gusto con mi embarazo. | | | | | |
| 13 | Por este embarazo, me siento engreída por él. | | | | | |
| 14 | Mi familia me apoya económicamente con los gastos del embarazo. | | | | | |
| 15 | Debo de casarme o convivir con mi pareja a causa de este embarazo | | | | | |
| 16 | Mi pareja me amenazó con abandonarme a causa de este embarazo. | | | | | |
| 17 | Estuve enamorada de mi pareja. | | | | | |
| 18 | Algún familiar mío me ha insinuado a abortar. | | | | | |

| | | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|--|
| 19 | Siento que mi familia se avergüenza de mi pareja por su nivel educativo | | | | | |
| 20 | Mi familia me presiona para casarme/convivir con mi pareja por el embarazo. | | | | | |
| 21 | Como consecuencia de este embarazo fui golpeada por mi pareja. | | | | | |
| 22 | Me he desilusionado de mi pareja. | | | | | |
| 23 | Siento apoyo de mis padres en este embarazo. | | | | | |
| 24 | Siento que mi familia se avergüenza de mi pareja por su estatus económico | | | | | |
| 25 | Por mi embarazo, fui golpeada por algún familiar mío o de mi pareja. | | | | | |
| 26 | Sé que mi pareja será un buen padre | | | | | |
| 27 | Siento que mi familia espera con ansias a mi bebe | | | | | |
| 28 | Yo he atentado contra mi integridad física a causa de este embarazo. | | | | | |
| 29 | Siento que los familiares de mi pareja me apoyan en este embarazo | | | | | |
| 30 | Siento que los familiares de mi pareja esperan con ansias a mi bebe. | | | | | |
| 31 | Algún familiar de mi pareja me ha insinuado a abortar | | | | | |

¡Muchas gracias!