

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN TARAPOTO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



TESIS

**VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SU RELACION CON LA AMENAZA Y/O
PARTO PRE-TERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
II-2 TARAPOTO, SETIEMBRE 2016 - ENERO 2017**

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

AUTORES:

**BACH. EN OBST. SIVERONI LISET CALDERÓN JULCA
BACH. EN OBST. LUCERO RAMIREZ DEL CASTILLO**

ASESOR:

Obsta. Mg. PEDRO VARGAS RODRÍGUEZ

**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 DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



TESIS

**VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SU RELACION CON LA AMENAZA Y/O
PARTO PRE-TERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL**

II-2 TARAPOTO, SETIEMBRE 2016 - ENERO 2017

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

AUTORES:

BACH. EN OBST. SIVERONI LISET CALDERÓN JULCA

BACH. EN OBST. LUCERO RAMIREZ DEL CASTILLO

ASESOR:

Obsta. Mg. PEDRO VARGAS RODRÍGUEZ

TARAPOTO - PERÚ

2017

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



TESIS

**VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SU RELACION CON LA AMENAZA Y/O
PARTO PRE-TERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
II-2 TARAPOTO, SETIEMBRE 2016 – ENERO 2017**

Para obtener el título profesional de:

OBSTETRA

AUTORES:

BACH. EN OBST. SIVERONI LISET CALDERÓN JULCA

BACH. EN OBST. LUCERO RAMIREZ DEL CASTILLO

ASESOR:

Obsta. Mg. Pedro Vargas Rodríguez

Tarapoto – Perú

2017

CONSTANCIA

Consta por el presente que el **Obsta. Mg. PEDRO VARGAS RODRÍGUEZ** ha asesorado el proyecto de tesis que tiene por título: **VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SU RELACION CON LA AMENAZA Y/O PARTO PRE-TERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II-2 TARAPOTO, SETIEMBRE 2016 – ENERO 2017**, presentados por las bachilleres en Obstetricia: Siveroni Liset Calderón Julca y Lucero Ramirez Del Castillo.

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

Tarapoto 29 de mayo del 2017

Atentamente:



Obsta. Mg. Pedro Vargas Rodríguez
Asesor

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

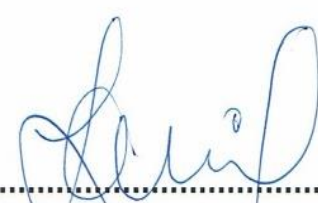
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SU RELACION CON LA AMENAZA Y/O
PARTO PRE-TERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL

II-2 TARAPOTO, SETIEMBRE 2016 – ENERO 2017

JURADO CALIFICADOR:


.....
Obsta. Mg. Marina Victoria Huamantumba Palomino
Presidente


.....
Obsta. Mg. Hilda Gonzalez Navarro
Miembro


.....
Obsta. Mg. Lloy Americo Vargas Dazza
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: RAMIREZ DEL CASTILLO LUCERO		DNI : 70466728
Domicilio: AA.VV Juan Eduardo Gonzáles Inga Mz 15 Lt 13 – Banda de Shilcayo		
Teléfono : 952096318	Correo Electrónico: luant8692@gmail.com	

2. DATOS ACADÉMICOS

Facultad	: CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional	: OBSTETRICIA

3. DATOS DE LA TESIS

Título: VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SU RELACION CON LA AMENAZA Y/O PARTO PRE-TERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II-2 TARAPOTO, SETIEMBRE 2016 – ENERO 2017
Año de 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).

LUCERO RAMIREZ DEL CASTILLO

DNI:70466728

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

5. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: CALDERÓN JULCA SIVERONI LISET		DNI : 71655409
Domicilio: Jr. Moyobamba 202, Morales		
Teléfono : 947489175	Correo Electrónico: hes._.01@hotmail.com	

6. DATOS ACADÉMICOS

Facultad	: CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional	: OBSTETRICIA

7. DATOS DE LA TESIS

Título: VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SU RELACION CON LA AMENAZA Y/O PARTO PRE-TERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II-2 TARAPOTO, SETIEMBRE 2016 – ENERO 2017
Año de Publicación 2017

8. 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).

.....
SIVERONI LISET CALDERÓN JULCA

DNI:71655409

Fecha de recepción: ____ / ____ / ____

Dedicatoria

A Dios por darme mucha salud, por las bendiciones, la sabiduría y la vida misma.

A mis padres por ser ejemplos en mi vida y haber depositado su confianza en mi persona, donde ven culminado sus logros.

Con mucho amor a mis hermanos y demás familiares que han contribuido de manera incondicional en mi desarrollo profesional.

Con mucho cariño para los profesionales de la Facultad Ciencias de la Salud que contribuyeron en incrementar mis conocimientos, habilidades, valores y actitudes para alcanzar esta hermosa carrera “Obstetricia”, que representa la vida.

SIVERONI

Dedicatoria

A Dios por darme mucha salud, por las bendiciones, la inteligencia y la vida misma.

A mis padres por ser ejemplos en mi vida quienes depositaron su confianza en mi persona, donde ven culminado sus deseos y logros.

Con mucho amor a mi mamá, hermanos y esposo por haber contribuido de manera incondicional en mi desarrollo profesional y por su paciencia en este periodo de estudio.

Con mucho cariño para los profesionales de la Facultad Ciencias de la Salud que contribuyeron en incrementar mis conocimientos, habilidades, valores y actitudes para esta hermosa carrera, que representa la vida.

LUCERO

Agradecimiento

A la Universidad Nacional de San Martín por haberme dado la posibilidad de formarme profesionalmente.

A nuestro asesor el Obsta. Mg. Pedro Vargas Rodríguez por su ejemplo de vida profesional, dedicación y asesoramiento en el presente trabajo de investigación.

Al personal y usuarias del Servicio de Obstetricia del Hospital II-2 Tarapoto, que contribuyeron en la obtención de los datos de investigación y nos brindaron las facilidades para la ejecución de nuestra tesis.

Igualmente un agradecimiento especial a todas las personas que nos brindaron su apoyo incondicional para la finalización de nuestro trabajo.

Las autoras

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	v
Índice del Contenido.....	vi
Índice de Tablas.....	vii
Resumen.....	ix
Abstract.....	x
Título.....	01
I. INTRODUCCIÓN.....	01
1.1. Marco Conceptual.....	01
1.2. Antecedentes.....	07
1.3. Bases Teóricas.....	14
1.4. Justificación.....	31
1.5. Problema.....	33
II. OBJETIVOS.....	34
2.1. Objetivo General.....	34
2.2. Objetivos Específicos.....	34
2.3. Hipótesis de Investigación.....	34
2.4. Operacionalización de variables.....	35
III. MATERIALES Y MÉTODOS.....	36
IV. RESULTADOS.....	40
V. DISCUSIÓN.....	48
VI. CONCLUSIONES.....	55
VII. RECOMENDACIONES.....	57
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
IX. ANEXOS.....	65

INDICE DE TABLAS

Tabla Nº	Título	Pág.
01	Número de mujeres con amenaza de parto o parto pre-término, según características sociodemográficas y reproductivas atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, setiembre 2016 – enero 2017.	41
02	Frecuencias de violencia física en las gestantes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, setiembre 2016 – enero 2017.	42
03	Frecuencias de violencia sexual en las gestantes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, setiembre 2016 – enero 2017.	43
04	Frecuencias de violencia psicológica en las gestantes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, setiembre 2016 – enero 2017.	44
05	Frecuencias de amenaza de par parto y parto pre-término en las gestantes atendidas en el Hospital II - 2 Tarapoto, setiembre 2016 – enero 2017.	45
06	Tipos de violencia intrafamiliar y la amenaza de parto pre-término en las gestantes atendidas en el Hospital II - 2 Tarapoto, setiembre 2016 – enero 2017.	45

07	Tipos de violencia intrafamiliar y parto pre-término en las gestantes atendidas en el Hospital II - 2 Tarapoto, setiembre 2016 – enero 2017.	47
08	Características del Recién Nacido en gestantes atendidas en el Hospital II - 2 Tarapoto, setiembre 2016 – enero 2017.	69

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo “Determinar la relación entre la violencia intrafamiliar y la amenaza de parto y parto pre-término en gestantes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, setiembre 2016 – enero 2017”, estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional, transversal, la población fue 120 mujeres con amenaza o parto pre-término, la técnica fue revisión documentaria y el instrumento un cuestionario sobre violencia intrafamiliar.

Los resultados, las mujeres según características sociodemográficas y reproductivas: 41,7% tienen entre 18 a 24 años, 82,5% son convivientes, 48,3% tienen secundaria, 64,2% proceden de otras zonas, 85,0% no tienen empleo, 65,0% tienen menarquía de 12 a 14 años, 51,7% no usa MAC, 67,5% tienen hábitos nocivos consumiendo café. Según la frecuencia de violencia, violencia física: 20,0% víctimas de quemaduras, 12,5% víctimas de ataques con armas, 29,2% víctimas de bofetadas, 16,7% víctimas por jalones de pelo, 10,0% por puñetazos. Violencia sexual: 50,0% víctimas de violación marital, 5,8% por incesto, traumatismo uretral 40% y vaginal 10,8; 36,7% de embarazos no fue deseado. Violencia Psicológica: 41,7% víctimas de amenaza, 30,8% víctimas de gritos, 8,3% abandono. El 62,5% tuvieron amenaza de parto pretérmino y el 51,7% tuvieron parto pretérmino.

En conclusión: Existe relación estadísticamente significativa en los tipos de violencia física, psicológica y sexual con el diagnóstico de amenaza de parto pre-término y parto pre-término **$p = 0,000$**

Palabras claves: Amenaza de parto o parto pre-término, violencia intrafamiliar

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the relationship between intrafamily violence and the threat of preterm birth and delivery in pregnant women attended at the Tarapoto II-2 Hospital, September 2016 - January 2017. It is a quantitative, descriptive, cross correlational study. The population was 120 women with preterm or labor threat, the technique was documentary revision and the instrument a questionnaire on intrafamily violence.

The results, according to sociodemographic and reproductive characteristics, are: 41.7% are between 18 and 24 years old, 82.5% are cohabitants, 48.3% have secondary education, 64.2% come from other areas, 85.0% 65.0% had menarche at 12 to 14 years, 51.7% did not use MAC, 67.5% had harmful habits consuming coffee. According to the frequency of violence, physical violence: 20.0% were victims of burns, 12.5% were victims of gun attacks, 29.2% were victims of slaps, 16.7% were victims of head injuries, 10.0% were punching. Sexual violence: 50.0% victims of marital rape, 5.8% by incest, 40% urethral trauma and vaginal 10.8; 36.7% pregnancy was not desired. Psychological Violence: 41.7% victims of threat, 30.8% victims of cries, 8.3% abandonment. 62.5% had a preterm birth threat and 51.7% had a preterm birth.

In conclusion: There is a statistically significant relationship in the types of physical, psychological and sexual violence with the diagnosis of threat of preterm birth and preterm delivery $p = 0.000$.



TITULO:

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SU RELACION CON LA AMENAZA Y/O PARTO PRE-TERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II-2 TARAPOTO, SETIEMBRE 2016 – ENERO 2017.

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, 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 nacen 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).

El Ministerio de Salud del Perú, en el 2012, informó una incidencia acumulada de prematuridad en sus establecimientos de 3,4 por 1 000 nacidos vivos. En la Maternidad de Lima se registran un promedio de 1,600 partos prematuros anualmente, cifra que se ha mantenido estable en los últimos 5 años. En el Hospital II-2 MINSA. Tarapoto-Perú se reportó la incidencia de amenaza de parto pre término en un 7,31 % de todas las gestaciones en el 2012 (3).

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 violento y estresantes que la madre experimenta a lo largo de su embarazo (4).

La violencia contra la mujer constituye un problema social y de derechos humanos que repercute de manera importante en la salud y bienestar de las mujeres y sus recién nacidos (5).

El embarazo no constituye un factor protector contra la violencia familiar, reportándose a nivel mundial la prevalencia de abuso durante esta etapa del 4 al 25%, según la población estudiada; las definiciones de violencia y los métodos empleados para medirla muestran en México una prevalencia del 15 al 32.1%, reportándose en el Instituto Nacional de Perinatología una incidencia del 21.5% (6).

Según datos del Banco Mundial y de la Organización Mundial de la Salud, en los indicadores que resumen las pérdidas por salud en la Ciudad de México la violencia intrafamiliar ocupa el tercer lugar, destacando en dichas pérdidas la ejercida por el varón, quien inflige daños físicos y no físicos que incluyen agresiones verbales, daño psicológico y abandono. Se ha estimado que las mujeres en edad reproductiva pierden entre 5 y 16% de años de vida saludable a causa de la violencia (7).

Se definió a la violencia intrafamiliar como un acto (u omisión) único o repetitivo consistente en maltrato físico, psicológico, sexual o en el abandono cometido por un miembro de la familia (en cuanto a poder en función de sexo, edad o la condición física) contra un integrante de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra (7).

El espectro de daños a la salud se da en lo biológico, lo psicológico y lo social, pues existe un alto riesgo de perpetuación de conductas lesivas, desintegración familiar, violencia social e improductividad. La violencia intrafamiliar contra la mujer durante el embarazo constituye un problema de salud pública que trasciende la esfera social, puesto que va más allá de la agresión física; además, es causa de hemorragias, abortos, infecciones, anemias, partos prematuros y bajo peso del producto al nacer. En un estudio reciente, Kuning sugirió que las mujeres violentadas tienen un riesgo 1.59 veces mayor de perder al producto, y que ese riesgo se incrementa en grupos de 15 a 19 años de edad. Así también se ha estudiado que la paciente que se complica con amenaza de parto pre-término requiere tratamientos que implican altos costos para las instituciones de salud (8, 9, 10, 11, 12).

En el sector salud las limitaciones en recursos financieros para el rubro y la ausencia de protocolos de investigación que estudien los casos de violencia intrafamiliar que ingresan a las salas de urgencias, aunados a la sobrecarga de trabajo del personal de salud y especialistas y a la falta de conocimiento real de sus implicaciones sociales, contribuyen a la perpetuación y aumento de las condicionantes de este fenómeno (13).

Las pacientes que sufren de violencia intrafamiliar están tres veces más expuestas a tener complicaciones durante el parto y el posparto; una de estas complicaciones es la amenaza de parto pre término. El nacimiento pre-término es un problema de salud pública, ya que su ocurrencia es determinante de una alta mortalidad neonatal y, sobre todo, de tasas elevadas de secuelas

neurológicas y pulmonares en los niños que sobreviven al periodo perinatal. Se define como el nacimiento espontáneo o provocado que ocurre después de la vigésima semana de edad gestacional y antes de la trigésimo séptima; a su vez, el recién nacido de pre-término por su peso puede ser hipotrófico, eutrófico o hipertrófico, de acuerdo con las tablas de peso para la edad gestacional (14).

La violencia intrafamiliar se relaciona comúnmente con incremento de estrés durante el embarazo y ello a su vez se vincula al parto pre-término donde diversos autores relatan: observaciones de niveles aumentados de la Hormona Liberadora de Corticotropina (CRH) en mujeres que más adelante dieron a luz, antes de la fecha esperada, sin signos de infección intra amniótica en comparación con otras que tenían la misma edad gestacional y que más adelante dieron a luz un producto al término de la gestación o las que mostraron amenaza de parto pre-termino vinculado con infecciones (15).

La asociación entre violencia familiar durante el embarazo y amenaza de parto o parto pre-término, ha sido observada y reportada; sin embargo, su estudio es incompleto, aun derivado de las diferencias para definir y medir la violencia intrafamiliar, el momento de hacerlo y el difícil control de las variables confusoras (16, 17).

Por todo lo mencionado y por las condiciones vividas durante el internado es que consideramos necesario realizar el presente estudio ya que nos permitirá

contribuir con reducir problemas de salud importante como son la violencia, la amenaza de parto y parto prematuro.

1.2. Antecedentes:

Parada O, Guerra P, Vázquez A. (2012), en su estudio “Violencia emocional como factor de riesgo en la amenaza de parto pre término”, México, se realizó un estudio prospectivo, transversal y observacional; en el estudio se incluyeron pacientes con amenaza de parto pre término y violencia emocional. Resultados: de las 50 mujeres estudiadas, 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. Posteriormente se analizaron los datos recopilados mediante porcentajes de los grupos que padecieron o no violencia emocional. Conclusiones: se encontró que en el grupo de estudio con violencia la existencia de esta variable no es tan frecuente como para ser determinante de amenaza de parto pre término (18).

Goncalves M. (2010), en su estudio “Violencia doméstica y amenaza de parto pre término en embarazadas que acudieron al Departamento de Obstetricia del Hospital Central de Maracay Agosto – diciembre 2010”, Venezuela, investigación enmarcada en un paradigma cuantitativo con diseño de campo, descriptivo; se toma una muestra de 107 embarazadas atendidas en este centro de salud presentando violencia doméstica y que desarrollaron parto pre-término. Para la recolección de datos se utilizó la historia clínica y un cuestionario aplicado a la muestra. Resultados: se encontró un total de 74

casos de embarazadas que presentaron violencia domestica con una prevalencia del 69,15% y, 33 casos de embarazadas que presentaron violencia en grado menor con una prevalencia del 30,8%. Por otra parte, la violencia psicológica fue la que presentó una mayor frecuencia con un 63%, seguida la violencia física con un 28%, y finalmente la violencia sexual con un 9%. Igualmente, la edad gestacional con mayor incidencia estuvo entre las 31 – 36 semanas, cuando el producto de la concepción se considera viable para la vida extrauterina aunque sea con limitaciones. Conclusión: sé encontró relación entre la violencia doméstica y las complicaciones durante el embarazo; identificándose como factor de riesgo para las alteraciones en las condiciones inmediatas del producto: edad gestacional obtenida al nacer, vitalidad o peso al nacimiento (19).

Tenezaca A. (2014), en su estudio “Violencia intrafamiliar como factor de riesgo para la gestante y su hijo/hija”, Loja Ecuador, estudio de casos y controles en el Hospital Provincial Isidro Ayora, en una muestra de 116 puérperas y sus recién nacidos, se determinó al grupo de casos como aquellas que tuvieron más de 2 complicaciones obstétricas, la exposición se basó en un cuestionario, compuesto por cinco preguntas, las cuales indagan por la experiencia de violencia psicológica, física y sexual que fueron respondidas con “sí” o “no”. Resultados: La prevalencia de exposición a la V.I. fue de 19,86%. La de tipo psicológica con 52% fue la más frecuente. Las mujeres maltratadas tuvieron 2,77 veces más riesgo de presentar complicaciones obstétricas, y la muerte perinatal se asoció estadísticamente a la violencia de

la madre. Las complicaciones perinatales encontradas fueron: Bajo peso al nacer, muerte perinatal, y prematuridad (20).

Quiñonez L. (2015), en su estudio “Determinantes que desencadenan partos pre-términos en embarazadas de 15 a 35 años en el Hospital Juan Carlos Guasti de Atacames en el periodo de octubre - diciembre 2015”, Ecuador, investigación descriptivo, retrospectivo no experimental, cuyo universo fueron las mujeres que asistieron al Hospital por atención en dicha institución; se revisaron Historias clínicas y realizaron encuestas a las 100 pacientes seleccionadas con diagnóstico de APP, mujeres que presentaron algún tipo de complicación durante su gestación o con amenaza de aborto. Entre las variables analizadas en los determinantes que desencadenan partos pre término se observó, mayor frecuencia en el grupo etario de entre los 22-25 años con un 28%; en relación al estado civil el 67% viven en unión estable, en un 74% son amas de casa, el 10% sufren algún tipo de violencia en sus hogares, presentando complicaciones en su embarazo el 44% entre las 28-32 semanas de gestación y se realizaron más de 5 controles prenatales un 36%, logrando determinar que las causas que con mayor frecuencia de casos fueron: las infecciones de vías urinarias con un porcentaje de 37%, según los resultados obtenidos entre otros. Toda esta información promueve la elaboración de un plan informativo y educación para las madres que acudan al control y puedan evitar los riesgos en su embarazo actual o futuro (21).

MIMDES (2011), en su estudio “La Violencia Física, Psicológica y Sexual Durante el Embarazo y su Relación con las Complicaciones Maternas –

Hospital de Vitarte 2011”, Ayacucho Perú, Estudio analítico de casos y controles, con una muestra total de 120 Puérperas, donde los casos fueron 60 mujeres que no presentaron complicaciones maternas durante el Embarazo y los controles fueron 60 Mujeres que presentaron complicaciones durante el embarazo, los cuales cumplieron con los criterios de selección. El instrumento utilizado fue una ficha de recolección elaborada y validada en una prueba piloto, el cual fue aplicado a todas las madres del servicio de Puerperio que ingresaron al estudio, para identificar la violencia durante su embarazo. Resultados: En el grupo de mujeres que presentaron complicaciones maternas, el 73.3% de las madres entrevistadas, sufrieron algún tipo violencia durante el embarazo, mientras que solo un 53.3% de las mujeres que no presentaron complicaciones maternas, sufrieron violencia durante el Embarazo. Al analizar cada tipo de violencia en relación a las complicaciones maternas, se encontró que las mujeres que sufrieron violencia psicológica durante el embarazo tienen 2 veces más probabilidad de desarrollar complicaciones maternas (IC95%:1.18-5.28; p=0.016); la violencia física (OR: 2.5; IC95%: 1.05-5.94; p=0.035); violencia sexual (OR: 1.94; p=0.255). Conclusión: Las mujeres que han sufrido Violencia durante el embarazo, tienen 2 veces más probabilidad de desarrollar complicaciones maternas (parto prematuro 12.2%), a comparación de aquellas que no sufrieron Violencia durante el embarazo (22).

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. Lugar: Unidad de Tocólisis y Consultorios Externos - Instituto Nacional Materno Perinatal, se incluyeron 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). Intervenciones: Para describir las variables se utilizó frecuencias absolutas – relativas y medidas de tendencia central y dispersión. Para medir el riesgo, primero se utilizó la prueba Chi-cuadrado con una significancia del 5% y luego se calculó el Odds Ratio (OR). 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 pretermino 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 (23).

Vela E. (2010), en su estudio “Influencia de la violencia basada en género en mujeres con parto pre término atendidas en el HONADOMANI San Bartolomé en el periodo octubre 2009-enero 2010”, Lima Perú, estudio de casos y controles, se estudió 60 puérperas; divididos en 30 casos de parto pre término y 30 controles puérperas de parto a término. La información fue recogida mediante la entrevista estructurada y revisión de historias clínicas. Para el análisis de los datos se utilizó para las variables cualitativas la razón de proporciones, en las cuantitativa el promedio y la desviación estándar. Para la estadística inferencial se utilizó χ^2 en las variables cualitativas y en las cuantitativas t-student significativos a un $p < 0,05$. Resultados: Se encontró diferencia significativa en no tener empleo en el grupo caso (90%) frente al 66.7 % en el grupo control. ($p=0.01$). El consumo de café como hábito nocivo mostró tener diferencia estadísticamente significativa sobre el parto pre término. El 31.7% presentaron violencia física, el 16.7% de violencia sexual mientras que el de violencia psicológica fue el 68.3%. No se encontró la influencia de la violencia física sobre el parto pre término (OR=0.63 IC 95%: 0.21 a 1.88). Se encontró que las mujeres víctimas de violencia sexual fueron 5 veces más propensas a tener un parto pre término que las mujeres que no habían sido agredidas, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p=0.080$ IC 95%: 0.981 a 26.430). Tampoco se encontró la influencia de la violencia psicológica sobre el parto pre término (OR: 0.857; IC 95%: 0.23 a 2.55). Conclusión: No se encontró evidencia de la influencia de la violencia psicológica y física con respecto al parto pre término; existió cinco veces mayor probabilidad de parto pre término en mujeres con violencia sexual (24).

Correa M. (2010), en su estudio “La violencia física, psicológica y sexual durante el embarazo y su relación con el peso del recién nacido en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal – 2010”, Lima Perú, estudio analítico transversal casos y controles, cuya muestra de casos fue 60 recién nacidos PEG y los controles 30 recién nacidos AEG, cuyo instrumento fue una ficha de recolección elaborada y validada en una prueba piloto. Resultados: el grupo de recién nacidos PEG, el 63,3% de las madres encuestadas sufrieron violencia durante el embarazo, mientras que solo un 26.7% de las madres de los RN AEG, sufrieron violencia durante el embarazo ($p=0.004$). Al analizar cada tipo de violencia en relación con el peso del RN, se encontró: Que las mujeres que sufrieron violencia psicológica durante el embarazo tienen 4 veces más probabilidad de tener un RN PEG (IC 95%: 1.3-12.2; $p=0.09$); violencia física (OR: 22.1; IC 95%: 2.6 – 184.7); violencia sexual (OR: 2.07; IC 95%: 1.5-2.7). En general se afirma que las mujeres que han sufrido violencia durante el embarazo tienen 4 veces más probabilidad de presentar un RN pequeño para edad gestacional (IC 95%: 1.5 -14.2; $p=0.0$). Conclusión: la madre que ha sufrido violencia durante el embarazo tiene 4 veces más probabilidad de presentar un RN pequeño para edad gestacional (25).

Valderrama B, Pedemonte G. (2013), en su estudio Violencia intrafamiliar y su influencia en las complicaciones del embarazo en adolescentes atendidas en el Centro de Salud Morales, distrito de Morales. Mayo - Octubre 2013, San Martín Perú, estudio cuantitativo, descriptivo correlacional, transeccional, con recolección prospectiva de los datos; muestreo no probabilístico constituida

por 47 adolescentes que sufrieron violencia intrafamiliar. Resultados: existe una relación estadísticamente significativa positiva entre la Violencia Intrafamiliar y las Complicaciones del Embarazo en Adolescentes. En orden de precedencia, el 76.6% de las adolescentes embarazadas presentaron infecciones del tracto urinario; el 51.1% hiperémesis gravídica; el 42.6% adolecen de anemia; y el 31.9% presentó amenaza de aborto; 17% infecciones genitales; 14.9 retardo de crecimiento intrauterino; 8.5% amenaza de parto prematuro; y el 6.4% hipertensión gestacional. El 61.7% desarrolla una relación intrafamiliar abusiva; el 25.5% se desarrolla en el primer nivel de abuso; el 10.6% se desarrolla en una relación intrafamiliar de abuso severo; y el 2.1% en el nivel de abuso peligroso. La violencia psicológica prevalece con una puntuación media de 4.83; seguida por la violencia física con una puntuación media de 2.94; la violencia económica con una media de 2.79; y la violencia sexual es la menos prevalente con una puntuación media de 1.62. El 95.7% de las adolescentes embarazadas son adolescentes tardíos; el 61.7%, son convivientes; y el 38.3% son solteras; y el 63.8% son amas de casa. Concluyéndose: existe una relación estadísticamente significativa positiva entre la Violencia Intrafamiliar y las Complicaciones del Embarazo en Adolescentes (26).

1.3. Bases Teóricas:

Gestación:

La gestación es el período comprendido entre la concepción y el nacimiento de un bebé, durante el cual el feto crece y se desarrolla dentro del útero de la madre. Más conocido como el período de cuarenta y cinco semanas de

duración, en el que tiene lugar el desarrollo del embrión hasta su formación completa y durante el cual tiene lugar la formación de todos los órganos. Puede ser dividido en tres trimestres. El tercer trimestre comienza aproximadamente a las 28 semanas después de la fecundación. En nuestro país se considera viable un feto humano cuando han transcurrido hasta 32 semanas de gestación. Antes de esta edad gestacional, los eventos principales del desarrollo embrionario aún no permiten la supervivencia del feto fuera del vientre materno. Este límite es a menudo arbitrario por razón de que ciertos niños nacidos antes de este punto han sobrevivido, aunque con considerable soporte médico (27).

Amenaza de Parto Pre término:

La amenaza de parto Pre término se define clásicamente como la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 20 hasta las 36 semanas de gestación. La amenaza de parto Pre término puede tener un origen multifactorial. En la mayoría de casos, desconocemos la causa desencadenante (causa idiopática). Otras veces, existe una razón más o menos obvia (gestación múltiple, polihidramnios) que explique la aparición de la dinámica. En otras ocasiones, podemos identificar factores infecciosos de otros focos del organismo (Pielonefritis, apendicitis) Pero hasta en un 13%, existe una infección/inflamación intraamniótica subyacente desencadenante del cuadro. Dado que la literatura refiere un aumento de la morbilidad neonatal secundaria a este proceso infeccioso y un mayor riesgo de parto Pre término (28).

La amenaza de parto Pre término es la presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 1 cada 10 minutos, de 30 segundos de duración palpatoria, que se mantienen durante un lapso de 60 minutos con borramiento del cérvix uterino del 50% o menos y una dilatación igual o menor a 3 cm (29).

La Amenaza de Parto Pre término (APP) es el proceso clínico sintomático que sin tratamiento, o cuando este fracasa, puede conducir a un parto pre termino. La hospitalización por APP supone gran parte de los costes asociados al cuidado prenatal y es uno de los principales motivos de ingreso de una gestante antes del parto. Por tanto, la APP sería el último escalón en la prevención de la prematuridad (30).

Fisiopatología:

a. Infección Intrauterina y Síndrome de Respuesta Inflamatoria Fetal

En la serie de eventos que desencadenan una amenaza de parto Pre término o parto Pre término en una corioamnionitis está la respuesta del huésped a la infección, como la producción de interleucina 1, factor de necrosis tumoral, el factor activador de plaquetas y la interleucina 6 que llevan a la producción de prostaglandinas en la decidua y membranas corioamnióticas.

La interleucina 6 atrae macrófagos activados y estos liberan sustancias como enzimas proteasas, colagenasas, proteoglucanasas, que fragmentan la matriz colágena extracelular, liberan fibronectina fetal en las secreciones vaginales, todos estos cambios llevan a reblandecer y dilatar el cuello que previamente ha sido estimulado por prostaglandinas (31).

Las bacterias secretan fosfolipasa a2 y c que fragmentan componentes de las membranas ovulares ricos en ácido araquidónico lo que lleva a la formación de más prostaglandinas que estimulan las contracciones (31).

b. Sobredistensión uterina:

Los embarazos múltiples, el polihidramnios facilitan el trabajo de parto Pre término o amenaza de parto Pre término ya que estos favorecen la formación de puentes de unión entre las células miométriales, puentes que son indispensables para que se produzcan las contracciones uterinas coordinadas, el desarrollo de receptores para la oxitocina y la maduración del cuello (31).

Síntomas de la amenaza de parto pre término:

La amenaza de parto Pre término también se da en mujeres sanas con embarazos aparentemente normales y sin antecedentes de parto prematuro.

- Pérdida de fluido por la vagina (fluido acuoso, sanguinolento o mucoso).
- Contracciones uterinas regulares.
- Calambres abdominales con o sin diarrea.
- Dolor en la parte baja de la espalda.
- Presión abdominal en la pelvis (31).

Clínica de la amenaza de parto pre término:

La sintomatología de la APP suele ser imprecisa, pudiendo la gestante referir molestias abdominales de tipo menstrual, dolor lumbar continuo, contracciones uterinas o hemorragia escasa. No existe ningún patrón de dinámica uterina específico de la APP, pero las contracciones han de ser persistentes en el tiempo y regulares, para diferenciarlas de las contracciones que de forma habitual aparecen en el transcurso de la gestación (30).

Parto Pre término:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al parto pre término como aquel nacimiento de más de 20 semanas y menos de 37. Cabe mencionar que la principal causa de mortalidad neonatal está relacionada con la prematurez, además contribuye con una parte considerable de la morbilidad a corto y largo plazo con elevados costos familiares, sociales y asistencia médica. Por lo tanto, con frecuencia es conveniente considerar que los nacimientos prematuros pueden clasificarse a su vez en diversas categorías de prematuridad: prematuro muy extremo, prematuro extremo, prematuro moderado y, en ocasiones, prematuro tardío.

- Prematuro: nacimiento que se produce entre las 20 y las 36 semanas de gestación.
- Prematuro tardío: nacimiento que se produce entre las semanas 34 y 36 de gestación.
- Prematuro moderado: nacimiento que se produce entre las semanas 32 y 34 de gestación.

- Prematuro extremo: nacimiento que se produce entre las 28 y 32 semanas de gestación.
- Prematuro muy extremo: nacimiento que se produce antes de las 28 semanas de gestación.

¿Por qué se produce el parto prematuro?

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 por resultado 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).

Los nacimientos prematuros pueden ser espontáneos o yatrogénicos (inducidos por la intervención médica). Aproximadamente el 20% de todos los nacimientos prematuros son yatrogénicos. En estos casos, es el facultativo el que decide que el bebé debe nacer pre término debido a complicaciones maternas o fetales graves, como preeclampsia (PE) grave o retraso del crecimiento intrauterino (RCIU). Entonces, el parto se induce médicamente o se practica una cesárea.

Nacimiento prematuro espontáneo

Según la clasificación tradicional, los nacimientos prematuros espontáneos se asocian a un parto pre término (PPT) o bien a la rotura prematura de las membranas fetales (RPM). Un parto pre término se define como todo parto (con contracciones regulares y maduración cervical) que se inicia antes de 37 semanas completas de gestación, independientemente de la integridad de las membranas fetales. RPM se define como la rotura de las membranas fetales antes de las 37 semanas de gestación, y con frecuencia desemboca en un nacimiento prematuro. El nacimiento prematuro espontáneo constituye un problema común y grave de salud pública (1).

¿Dónde y cuándo se produce el parto prematuro?

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 (1).

¿Por qué esta preocupación?

El nacimiento prematuro constituye un problema grave de salud. Está asociado a un riesgo considerable de enfermedad e incluso muerte del bebé recién nacido. En el año 2001, el nacimiento prematuro superó a las anomalías congénitas al convertirse en la principal causa de muerte neonatal. A pesar de los avances en materia de cuidados neonatales, que han contribuido a aumentar el índice de supervivencia de los recién nacidos muy

prematuros, el riesgo de los bebés prematuros de experimentar problemas de salud y del desarrollo todavía es muy superior al de los bebés nacidos a término. Estos riesgos aumentan a medida que desciende la edad gestacional. Según un estudio realizado recientemente, el índice de supervivencia neonatal era notablemente inferior si la causa del nacimiento prematuro era la rotura prematura de las membranas fetales, en comparación con el parto pre término yatrogénico (32).

El impacto emocional que experimentan las familias que se enfrentan a este problema es enorme. En muchos casos, el recién nacido es ingresado en un hospital alejado del domicilio familiar, padres y hermanos manifiestan una ansiedad enorme, provocada por la incertidumbre sobre la supervivencia y la total recuperación del bebé (32).

Los bebés prematuros presentan mayor riesgo de sufrir complicaciones neonatales y discapacidades permanentes, como retraso mental, parálisis cerebral (PC), problemas pulmonares y gastrointestinales y pérdida de visión y audición. La probabilidad de morir durante la primera semana de vida de los bebés nacidos tan sólo unas semanas antes es seis veces superior a la de los bebés nacidos a término, y la probabilidad de que mueran antes de cumplir el año es tres veces superior (32).

A largo plazo, los niños que nacieron prematuramente tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, hipertensión y diabetes en la edad adulta y, posiblemente, también presenten un riesgo mayor de padecer

cáncer. Las complicaciones médicas asociadas a la prematuridad también presagian discapacidades educacionales y ocupacionales futuras, incluso más allá de la infancia tardía. Según un estudio sueco, el nacimiento prematuro guarda relación con la posibilidad menor de completar estudios universitarios y salarios más bajos (32).

Costo del trastorno:

El nacimiento pre término supone un uso sustancial de los recursos sanitarios. El costo económico del nacimiento prematuro no ha podido determinarse exactamente pero los datos disponibles son alarmantes. Los costos derivados del nacimiento prematuro no se limitan a los gastos incurridos durante la estancia del recién nacido en la unidad hospitalaria de cuidados intensivos neonatales. Algunos de los problemas de salud que surgen en este momento pueden persistir durante años. Un cálculo reciente estima que, en Estados Unidos, los recién nacidos prematuros y de bajo peso al nacer suponen la mitad de los costos de hospitalización neonatal y un cuarto del total de los costos pediátricos; estas cifras sugieren que la prevención de los nacimientos prematuros podría traducirse en un enorme ahorro en costos pediátricos (32).

En comparación con los nacimientos a término, los nacimientos prematuros suponen gastos adicionales considerables como:

- Costos del parto.
- Costos de la intervención temprana.
- Costos de educación especial.
- Rehabilitación de discapacidades físicas.

- Cuidados continuos.
- Apoyo a la familia.
- Costos de la pérdida de productividad familiar asociada a la parálisis cerebral, el retraso mental y la discapacidad auditiva (32).

Síntomas

Algunos síntomas de parto pre término son:

- Contracciones uterinas con una frecuencia de 10 minutos o menos.
- Cambios en la secreción vaginal (pérdida de líquido o sangre por la vagina).
- Presión pélvica.
- Dolor de espalda leve y sordo.
- Calambres similares al dolor menstrual (32).

Factores de riesgo

Si bien es cierto que el parto y nacimiento pre término pueden producirse en cualquier embarazo, también es cierto que algunas mujeres son más propensas que otras. Se han identificado diversas características demográficas asociadas a un mayor riesgo de nacimiento prematuro.

- Antecedentes personales de nacimiento prematuro: se trata del principal factor de riesgo del parto pre término espontáneo. Las mujeres con antecedentes de nacimiento prematuro presentan un riesgo considerablemente mayor de que esto se repita.
- Gestación multifetal (gemelos, trillizos o más).
- Nivel socioeconómico bajo.

- Ascendencia afroamericana (aunque puede resultar difícil separar los factores étnicos de los socioeconómicos).
- Peso extremo (bajo peso u obesidad).
- Edad extrema (< 16 o > 35).
- Tabaquismo.
- Estrés.
- Infección del tracto genital.
- Rotura prematura de las membranas (RPM).
- Hemorragia anteparto.
- Insuficiencia cervical.
- Anormalidades uterinas congénitas.

Los mecanismos por los que las características demográficas de la madre están relacionados con el nacimiento prematuro se desconocen. Los factores de riesgo de la RPM son los mismos que los del parto pre término, aunque en este caso, las infecciones y la exposición al tabaco desempeñan un papel decisivo. Los motivos más comunes del parto pre término yatrogénico son la preeclampsia y otros trastornos médicos padecidos durante el embarazo, el retraso del crecimiento intrauterino, anormalidades congénitas y traumatismos (32).

Violencia Intrafamiliar

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como: “el uso deliberado de la fuerza física o del poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause

o tenga muchas probabilidades de causar lesiones muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (1).

La violencia se divide en tres grandes categorías:

- Violencia dirigida contra uno mismo, comprende los comportamientos suicidas y las autolesiones.
- Violencia interpersonal, comprende dos subcategorías:
 - La violencia intrafamiliar entre miembros de la familia.
 - La violencia comunitaria entre individuos no relacionados con el vínculo familiar.
- Violencia colectiva, uso de la violencia en personas que se identifican como miembros de un grupo frente a un conjunto de individuos (1).

La violencia intrafamiliar

Se expresa en violencia física, psicológica y sexual; es inter e intra género, y está basada en los patrones culturales que aluden a los roles sexuales asignados a mujeres y varones. Se entiende por violencia contra la mujer, cualquier acción o conducta que, basada en su condición de género, cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer tanto en el ámbito público como en el privado. La violencia intrafamiliar es cualquier acto de fuerza física o verbal, coerción o privación que atente contra la vida de una mujer o niña, causando daño físico o psicológico, humillación o privación arbitraria de la libertad y que perpetúe la subordinación de la mujer. En muchas oportunidades, la mujer también llega a ser agredida a través de los

hijos e hijas, cuando el hombre los ataca físicamente, los usa sexualmente, los fuerza a observar el abuso y los hace partícipes del atropello. De esta manera, el hombre controla a la mujer negándole su papel como madre defensora del bienestar de su descendencia (20).

En la declaración de la asamblea general de las naciones unidas sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (1993), define a la Violencia Basada en Género como: “Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, psicológico o sexual para las mujeres”. Según la Organización Mundial de la Salud se deben tener en claro dos definiciones importantes: La violencia de pareja se refiere al comportamiento de la pareja o ex pareja que causa daño físico, sexual o psicológico, incluidas la agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y las conductas de control (20).

La violencia sexual es cualquier acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual u otro acto dirigido contra la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de su relación con la víctima, en cualquier ámbito. Comprende la violación, que se define como la penetración, mediante coerción física o de otra índole, de la vagina o el ano con el pene, otra parte del cuerpo o un objeto (20).

Maltrato físico: Implica el uso intencional de la fuerza contra el cuerpo de una persona para causar daño o dolor. Los criterios que se deben tener en cuenta en la evaluación de las lesiones incluyen la conducta lesiva e intencionalidad,

los efectos de la lesión, los medios utilizados para lesionar y los elementos que acompañan a la lesión. No hay que olvidar el maltrato por omisión de cuidados, en caso de ser necesarios (20).

Maltrato psicológico: Toda conducta orientada a la desvalorización de la otra persona (críticas permanentes, humillaciones e insultos), culpa (críticas y castigos), miedo (amenazas sobre su propia integridad física y la de sus hijos) y restricción de estímulos (aislamiento social, restricción económica, privarla de afecto y de cuidados cuando los necesita). El efecto es la reducción de la autoestima y la seguridad en sí mismas y causa tanto o más deterioro, de la salud física y mental en la víctima como la violencia física (20).

Maltrato sexual: Se ejerce mediante presiones físicas o psíquicas que imponen tener relaciones sexuales no deseadas mediante coacción, intimidación o indefensión. Actualmente, existe una variedad de instrumentos normativos de protección frente a la violencia, tanto nacional como internacional. En el Perú, destacan la creación del Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual y el Plan Nacional Contra la Violencia hacia la Mujer 2009 -2015. Ciclo de la violencia: La violencia es Cíclica, Creciente y se agudiza. El llamado ciclo de la violencia se refiere a las fases principales que describen el proceso de la violencia y explica por qué resulta tan difícil para algunas víctimas defenderse cuando la sufren y alejarse del que provoca esa violencia una vez pasada la fase de agresión. Ahora bien, hay que tener en cuenta que la violencia no es necesariamente cíclica, ya que, a menudo aparece de repente, y no necesita ni justificación ni ritmo (20).

Ciclo de la violencia

Diferencia las siguientes fases:

- **Fase de la acumulación, de la tensión o tensión creciente:** Durante esta fase las tensiones se van construyendo a partir de pequeños incidentes o conflictos. Esto es resultado de distintas frustraciones del agresor, el cual se comporta de forma tiránica con su pareja, esperando que su compañera satisfaga todos sus deseos y caprichos, incluso los que no expresa y solo piensa para él. Ante esta situación la mujer comienza a sentir frustración y vive en un estado de constante confusión. Esto da lugar a episodios violentos leves, caracterizados por insultos, menosprecios, sarcasmos, indiferencia. Además, el agresor achaca a la víctima la tensión existente, con lo que ella recibe el mensaje de que su percepción de la realidad es incorrecta y comienza a culpabilizarse por lo que sucede (20).
- **Fase de explosión de la violencia o agresión física:** Se caracteriza por la pérdida total del control y el comienzo de las agresiones no sólo verbales y psicológicas, sino también físicas y sexuales. La mujer se muestra incapaz de reaccionar, porque la desigual balanza que se ha establecido en la pareja a lo largo del tiempo la paraliza (20).
- **Fase de remisión, de calma, 'luna de miel' o 'interludio amoroso':** Representa el refuerzo que el agresor da a la víctima para mantenerla junto a él. Para ello, el agresor se muestra arrepentido, pide perdón, llora y promete que no se volverá a repetir la agresión y que va a cambiar. Todo consiste en compensar a la víctima de modo que ésta no tome decisiones

como denunciarle o abandonarle, reforzando así la dependencia emocional de la mujer con respecto a su agresor y consiguiendo que la mujer recobre la esperanza en la relación y en las posibilidades de cambio del agresor (20).

- **Inicio de un nuevo ciclo:** A la falsa ilusión que constituye la 'luna de miel' le sucede un nuevo ciclo de tensiones. Surge de nuevo la irritabilidad, se inicia un nuevo ciclo en el que el agresor intenta de nuevo crear miedo y obediencia más que respeto e igualdad. Cada pareja tiene su propio ritmo y las fases duran un cierto tiempo dependiendo de cada pareja, pero las fases tienden a ser cada vez más cortas y la violencia cada vez más intensa. La frecuencia con que se repite el ciclo y la peligrosidad que va alcanzando aumenta a medida que se avanza en la escalada de la violencia (20).

Repercusiones de la violencia de género en el embarazo:

Cada vez se ha hecho más frecuente que los servicios de salud atiendan a mujeres embarazadas que experimentan violencia y comprueben su impacto sobre el bienestar materno y fetal. Actualmente ya se cita a la violencia como una complicación del embarazo con mayor frecuencia que a la hipertensión, la diabetes o cualquier otra complicación como eclampsia, placenta previa, etc. Paradójicamente, la violencia de género es, como la mayoría de tipos de violencia poco conocido, pues se oculta en el espacio privado de lo doméstico, pero al parecer la razón más comúnmente relacionada con el alto riesgo de la violencia durante el embarazo es el aumento de estrés que siente el padre o

compañero con respecto al parto inminente. Este estrés se manifiesta en el hombre como una frustración que dirige contra la madre y su niño no nacido. Las razones que originan este estrés aún no están claras. Otra teoría es que el maltrato físico contra la mujer se expresa cotidianamente en el ámbito familiar como consecuencia de una lucha de poderes donde, histórica y culturalmente, ella se ubica en un plano inferior al del hombre (20).

Las mujeres víctimas de violencia pueden tener consecuencias en la salud, entre ellas trauma emocional, problemas de salud crónicos e infecciones y las complicaciones del embarazo. Diversas investigaciones han demostrado la asociación de la violencia con las complicaciones maternas adversas en el embarazo como la infección urinaria, anemia, preeclampsia, amenaza de aborto, desprendimiento prematuro de placenta, ruptura prematura de membranas al igual que complicaciones perinatales como parto pre término, recién nacidos con bajo peso al nacer y óbitos (20).

Los estudios han detectado niveles considerables de violencia física infligida por el compañero durante el embarazo en entornos de todo el mundo. En el estudio multipaís de la Organización Mundial de la Salud se encontró una prevalencia de violencia física de pareja durante el embarazo que oscilaba entre 1% en Japón urbano y 28% en Perú provincial, mientras que en la mayoría de los sitios la prevalencia variaba entre 4% y 12%. Asimismo, en una revisión de estudios de 19 países se encontró una prevalencia que variaba entre 2% en entornos como Australia, Camboya y Dinamarca y 13,5% en Uganda, mientras que en la mayoría de los sitios la prevalencia variaba

entre 4% y 9%. En unos pocos estudios realizados en establecimientos de algunos entornos se encontraron niveles estimados de prevalencia aún más elevados, por ejemplo 32% en uno de Egipto, y en una revisión de estudios de África se encontró una prevalencia de 40% en algunos entornos (20).

La violencia durante el embarazo se ha asociado con lo siguiente: aborto espontáneo, ingreso tardío en los servicios de atención prenatal, mortinatalidad, trabajo de parto y parto prematuros, traumatismo fetal y bajo peso al nacer o bebés pequeños para la edad de gestación. La violencia de pareja también puede ser causa de la mortalidad materna, si bien esta asociación a menudo no es reconocida por las instancias normativas. La prevalencia del parto pre término es del 7-10%. Supone un 65% de muertes perinatales y la principal causa de morbilidad neonatal. Por tanto, la amenaza de parto pre término sería el último escalón en la prevención de la prematuridad (20).

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

a 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 familiar vinculado al factor psicosocial en el proceso salud-enfermedad, se ha documentado en distintos estudios epidemiológicos, y los planteamientos hipotéticos para explicar esta asociación, donde se postula 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, la violencia intrafamiliar y la 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.

Además el estudio permite conocer 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 tipos de violencia que influyen de manera significativa para la amenaza de parto y parto pre-término, se tendrá información útil para la prevención de este hecho cuyos efectos desencadenantes son negativos, tanto para el bebé, para la madre y para la sociedad (33).

Además el estudio permite comprender mejor las causas de la prematuridad y obtener estimaciones más precisas de la incidencia de ese problema en cada territorio, 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 (34, 35).

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 intraventricular severa y enterocolitis necrotizante, entre otras, suelen ser graves y en muchos casos invalidantes, con repercusiones tanto a nivel individual como familiar (36).

1.5. Problema:

¿Cuál es la relación entre la violencia intrafamiliar y la amenaza de parto y parto pre-término en gestantes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, setiembre 2016 – enero 2017?

II. OBJETIVOS:

2.1. Objetivo General:

Determinar la relación entre la violencia intrafamiliar y la amenaza de parto y parto pre-término en gestantes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, setiembre 2016 – enero 2017.

2.2. Objetivos Específicos:

1. Establecer las características sociodemográficas y reproductivas de las gestantes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto.
2. Identificar la frecuencia de los tipos de violencia en las gestantes atendidas en el Hospital II - 2 Tarapoto.
3. Identificar la frecuencia de amenaza de parto y parto pre-termino en las gestantes atendidas en el Hospital II - 2 Tarapoto.
4. Determinar la relación estadísticamente significativa entre los tipos de violencia intrafamiliar y la amenaza de parto y parto pre-término en las gestantes atendidas en el Hospital II - 2 Tarapoto.

2.3. Hipótesis de la investigación:

Existe relación significativa entre la violencia intrafamiliar y la amenaza de parto y parto pre-término en Gestantes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, setiembre 2016 – enero 2017.

2.4. Operacionalización de variables:

VARIABLES	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítem	Escala
Variable Independiente Violencia intrafamiliar	Violencia contra la gestante que tiene lugar dentro de la familia, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio, y que comprende, maltrato físico, psicológico y abuso sexual	Son las manifestaciones de violencia física, psicológica y sexual que recibe la mujer gestante, quien busca adaptarse y reajustarse a presiones tanto internas como externas.	Violencia Física	Ataque con armas Mutilaciones Quemaduras Patadas Puñetazos Jalones de cabello Bofetadas Empujones Intento de ahorcamiento	Si/No Si/No	Nominal
			Violencia sexual	Sexo forzado económicamente. Violación marital. Incesto. Traumatismo vaginal. Traumatismo anal. Traumatismo uretral. Este embarazo ha sido deseado	Si/No Si/No	Nominal
			Violencia Psicológica	Insultos, Gritos, Amenazas. Humillaciones, Abandono, Encierro. -Privación de recursos: Físicos, Financieros, Personales -Cuantas veces le sucede por semana	Si/No 1-2 3-4 +4	Ordinal
Variable Dependiente Amenaza de parto o parto Pretérmino	Es el proceso clínico sintomático que sin tratamiento, conduce a un parto pretérmino.	Parto ocurrido entre las 22 – 36 semanas, con presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales con presencia de 1 contracción cada 10 minutos.	Amenaza de parto	Contracciones uterinas + modificaciones cervicales sin progreso	Si/No	Nominal
			Prematurez Extrema	22 – 27 sem.	Si/No	Nominal
			Prematurez Severa	28 – 32 sem.	Si/No	Nominal
			Prematurez Moderada	33 – 34 sem.	Si/No	Nominal
			Prematurez Leve	35 – 36 sem.	Si/No	Nominal

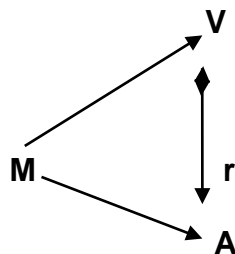
III. MATERIALES Y MÉTODOS:

3.1. Tipo de Estudio:

El estudio fue cuantitativo, descriptivo, correccional de enfoque transversal.

3.2. Diseño de investigación:

El diseño utilizado en el presente estudio fue descriptivo correlacional, según se detalla:



Donde:

M = Muestra, mujeres con amenaza de parto o parto pre término usuarias del Hospital II – 2 Tarapoto

V = Variable independiente, violencia intrafamiliar.

A = Variable dependiente, amenaza de parto o parto pre término.

r = relación entre las variables.

3.3. Universo, Población y Muestra:

Universo

Estuvo conformado por todas las mujeres gestantes o parturientas atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, setiembre 2016 – enero 2017.

Población

Estuvo conformado por todas mujeres con amenaza de parto o parto pre término atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, que hacen a un total de 120 partos según reporte de la oficina de estadística del Hospital.

Muestra

Se tomó el 100% de la población, equivalente a 120 mujeres con amenaza de parto o parto pre termino.

Unidad de Medida

Una mujer con amenaza de parto o parto pre término atendida en el Hospital II – 2 Tarapoto

3.3.1. Criterios de Inclusión:

- Mujeres con amenaza de parto o parto pre termino.
- Mujeres con edad gestacional superior a 22 semanas e inferior 37 semanas.
- Mujeres que acepten participar voluntariamente del estudio.

3.3.2. Criterios de Exclusión:

- Mujeres con otras patologías.
- Mujeres con edad gestacional menor de 22 semanas o de 37 a más semanas.

3.4. Procedimiento:

- Se revisó la bibliografía 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 realizó la presentación del estudio de investigación y se emitió la solicitud de permiso dirigida al Director del Hospital 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 validó el instrumento por expertos.
- Se realizó 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 instrumentos de recolección de datos:

Se tomó de inicio como técnica la revisión documentaria para identificar los casos de amenaza de parto y parto pre término, así como los datos del recién nacidos pre término y posteriormente se procedió con la entrevista para aplicar el cuestionario sobre violencia intrafamiliar. El instrumento a utilizado fue un

cuestionario el cual estuvo estructurado en cinco partes, la primera parte corresponde a datos generales en relación a las características sociodemográficas de las mujeres; la segunda parte fue para determinar los tipos de violencia, las cuales se han subdividido en física, sexual y psicológica; la tercera parte correspondió a los datos de amenaza de parto o parto pre término; la cuarta parte correspondió a los datos del recién nacido para determinar la prematurez y condiciones del nacimiento; la quinta parte correspondió a un cuadro resumen para registrar el tipo de violencia intrafamiliar a la cual está sometida la mujer, teniendo en consideración que con el sólo hecho de responder positivamente a una de las preguntas en relación a violencia existe violencia en la mujer.

3.6. Plan de tabulación y análisis de datos:

Para el procesamiento y análisis de datos, se diseñó una base de datos en Excell 2011 y SPSS 21, que permitió la elaboración de tablas simples, de doble entrada y gráficos. Se utilizó la estadística descriptiva y la estadística inferencial con la cual se determinó la relación existente entre la violencia intrafamiliar y la amenaza de parto o parto pre término, a través de la prueba chi-cuadrado con un nivel de significancia $< 0,05$.

IV. RESULTADOS:

Tabla N° 01: Número de mujeres con amenaza de parto o parto pre término, según características sociodemográficas y reproductivas atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, setiembre 2016 – enero 2017.

Datos Generales		N° Gestantes	Porcentaje (%)
Edad Promedio = 25 D.S. = 6,93	13 A 17	17	14,2
	18 A 24	50	41,7
	25 A 32	28	23,3
	33 A 40	25	20,8
Estado Civil	Soltera	20	16,7
	Casada	1	,8
	Conviviente	99	82,5
Grado de Instrucción	Primaria	44	36,7
	Secundaria	58	48,3
	Superior técnica	10	8,3
	Superior universitaria	8	6,7
Procedencia	Tarapoto	28	23,3
	Morales	5	4,2
	Banda de Shilcayo	10	8,3
	Otros	77	64,2
	Total	120	100,0
Ocupación	Empleo permanente	11	9,2
	Empleo eventual	7	5,8
	No tiene empleo	102	85,0
	Total	120	100,0
Menarquía Promedio=12,6 años D.S. = 1,43	9 a 11	28	23,3
	12 a 14	78	65,0
	15 a 17	14	11,7
Uso de métodos anticonceptivos	Sí	58	48,3
	No	62	51,7
Hábitos nocivos	Fumar	2	1,7
	Café	81	67,5
	Drogas	3	2,5
	Ninguno	34	28,3
Lugar de nacimiento	San Martín	107	89,2
	Loreto	4	3,3
	Otros	9	7,5
	Total	120	100,0

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

Observamos las características sociodemográficas y reproductivas de las pacientes en estudio: el 41,7% de las gestantes tienen una edad entre 18 a 24 años, seguido del 23,3% que tienen una edad entre 25 a 32 años, el 20,8% tienen una edad entre 33 a 40 años y el 14,2% tienen una edad entre 13 a 17 años. El promedio de edad de las gestantes es de 25 años con desviación estándar de 6,93 años. El 82,5% de las gestantes en estudio son convivientes, el 16,7% son soltera. El 48,3% de las gestantes tienen secundaria, 36,7% tienen primaria. La mayoría proceden de otras zonas, el 85,0% no tienen empleo y el 9,2% tienen empleo permanente.

Con respecto a la menarquía, el 65,0% de las gestantes en estudio fue de 12 a 14 años. El promedio fue a los 12,6 años con una desviación estándar de 1,43 años. El 51,7% no usa MAC. El 67,5% de las gestantes tienen hábitos nocivos consumiendo café. El 89,2% de las gestantes nacieron en el departamento de San Martín, seguido del 3,3% en Loreto, el 7,7% nacieron en otros diversos departamentos.

Tabla N° 02: Frecuencias de violencia física en las gestantes atendidas en el Hospital II-2. Tarapoto, setiembre 2016 – enero 2017.

Violencia Física	N°	Porcentaje
Ha sido víctima		
Ataque con armas	15	12,5
Mutilaciones	1	,8
Quemaduras	24	20,0
Ninguno	80	66,7
Total	120	100,0
Patadas	4	3,3
Puñetazos	12	10,0
Jalones de cabello	20	16,7

Ha sido víctima	Bofetadas	35	29,2
	Empujones	6	5,0
	Intento de	5	4,2
	Ninguno	38	31,7
	Total	120	100,0

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

Observamos que el 20,0% de las gestantes han sido víctimas de quemaduras, seguido del 12,5% que han sido víctimas de ataques con armas y el 66,7%, no manifestaron ninguna de estas características. También, se observa que el 29,2% de las gestantes en estudio han sido víctimas de bofetadas, seguido del 16,7% víctimas por jalones de pelo, el 10,0% por puñetazos, el 5,0% por empujones, el 4,2% por intento de ahorcamiento y el 31,7% de las gestantes manifestaron por ninguno de estos casos.

Tabla N° 03: Frecuencias de violencia sexual en las gestantes atendidas en el Hospital II-2. Tarapoto, setiembre 2016 – enero 2017.

Violencia Sexual		N°	Porcentaje
Ha sido víctima	Violación marital	60	50,0
	Incesto	7	5,8
	Ninguno	53	44,2
	Total	120	100,0
Presentación de lesiones	Traumatismo vaginal	13	10,8
	Traumatismo anal	5	4,2
	Traumatismo uretral	48	40,0
	Ninguno	54	45,0
	Total	120	100,0
Embarazo ha sido deseado	Sí	76	63,3
	No	44	36,7
	Total	120	100,0

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

Nos muestra que el 50,0% de las gestantes en estudio han sido víctimas de violación marital, seguido del 5,8% por incesto y el 44,2% de las gestantes manifestaron por ninguno de los casos mencionados. Así mismo presentaron lesiones como traumatismo uretral 40% y traumatismo vaginal 10,8. En cuanto al embarazo el 36,7% refieren que no fue deseado y el 63,3% que sí.

Tabla N° 04: Frecuencias de violencia psicológica en las gestantes atendidas en el Hospital II-2. Tarapoto, setiembre 2016 – enero 2017.

Violencia Psicológica		N°	Porcentaje
Ha sido víctima	Gritos	37	30,8
	Amenazas	50	41,7
	Humillaciones	6	5,0
	Abandono	10	8,3
	Encierro	1	0,8
	Ninguno	16	13,3
	Total	120	100,0
Privacidad de recursos	Físicos	11	9,2
	Financieros	76	63,3
	Personales	7	5,8
	Ninguno	26	21,7
	Total	120	100,0
Número de veces por semana	1,00	101	84,2
	2,00	15	12,5
	3,00	2	1,7
	4,00	2	1,7
	Total	120	100,0

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

Nos muestra frecuentemente que el 41,7% de las gestantes fueron víctimas de amenaza, seguido del 30,8% víctimas de gritos, el 8,3% por abandono, el 5,0% por humillaciones y el 13,3% manifestaron que ninguno de esos casos

Tabla N° 05: Frecuencias de amenaza de parto y parto pre término en las gestantes atendidas en el Hospital II - 2 Tarapoto, setiembre 2016 – enero 2017.

DIAGNÓSTICO		N° de	Porcentaje
Amenaza de parto pre término	Sí	75	62,5
	No	45	37,5
	Total	120	100,0
Parto pre término	Sí	62	51,7
	No	58	48,3
	Total	120	100,0

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

Nos muestra que el 62,5% de las gestantes del estudio tuvieron amenaza de parto pre término y el 37,5% no lo tuvieron. Asimismo el 51,7% de las gestantes tuvieron parto pre término y el 48,3% no tuvieron parto pre término.

Tabla N° 06: Tipos de violencia intrafamiliar y la amenaza de parto pre término en las gestantes atendidas en el Hospital II - 2 Tarapoto, setiembre 2016 – enero 2017.

DIAGNÓSTICO			VIO_FISICA		Total	Significación 5%
			Sí	No		
Amenaza de parto pretérmino	Sí	N°	35	40	75	<p>$p = 0,000$ $\chi^2 = 32,664$</p> <p>Se concluye que existe una relación significativa entre la violencia física intrafamiliar y la amenaza de parto pretérmino</p>
		% dentro de VIO_FISICA	44,3%	97,6%	62,5%	
No	N°	44	1	45		
	% dentro de VIO_FISICA	55,7%	2,4%	37,5%		
Total	N°		79	41	120	
	% dentro de VIO_FISICA		100,0%	100,0%	100,0%	

DIAGNÓSTICO			VIO_SEXUAL		Total	Significación 5%
			Sí	No		
Amenaza de parto pretérmino	Sí	N° % dentro de VIO_SEXUAL	28 41,2%	47 90,4%	75 62,5%	<p>$p = 0,000$ $X^2 = 30,443$</p> <p><i>Se concluye que existe una relación significativa entre la violencia sexual intrafamiliar y la amenaza de parto pretérmino</i></p>
	No	N° % dentro de VIO_SEXUAL	40 58,8%	5 9,6%	45 37,5%	
Total	N° % dentro de VIO_SEXUAL		68 100,0%	52 100,0%	120 100,0%	
DIAGNÓSTICO			VIO_PSICOL		Total	Significación 5%
			Sí	No		
Amenaza de parto pretérmino	Sí	N° % dentro de VIO_PSICOL	58 56,3%	17 100,0%	75 62,5%	<p>$p = 0,001$ $X^2 = 11,883$</p> <p><i>Se concluye que existe una relación significativa entre la violencia psicológica intrafamiliar y la amenaza de parto pretérmino</i></p>
	No	N° % dentro de VIO_PSICOL	45 43,7%	0 0,0%	45 37,5%	
Total	N° % dentro de VIO_PSICOL		103 100,0%	17 100,0%	120 100,0%	

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

Nos muestra la relación significativa entre los tipos de violencia intrafamiliar y los diagnósticos de amenaza de parto pre término en las gestantes atendidas en el Hospital II - 2 Tarapoto. Concluyéndose que Existe una relación estadísticamente significativa al 5% entre los tres tipos de violencia intrafamiliar con el diagnóstico de amenaza de parto pre término, cuyo resultados correspondiente a cada relación fue $p = 0,000$ y $X^2 = 32,664$; $p = 0,000$ y $X^2 = 30,443$; $p = 0,001$ y $X^2 = 11,883$. La contrastación se realizó con el Programa estadístico informático SPSS. Versión 22.

Tabla N° 07: Tipos de violencia intrafamiliar y parto pre término en las gestantes atendidas en el Hospital II - 2 Tarapoto, setiembre 2016 – enero 2017.

DIAGNÓSTICO			VIO_FISICA		Total	Significación 5%
			Sí	No		
Parto pre término	Sí	N°	26	36	62	<p>$p = 0,000$ $\chi^2 = 32,550$</p> <p><i>Se concluye que existe una relación significativa entre la violencia física intrafamiliar y el parto pre término</i></p>
		% dentro de VIO_FISICA	32,9%	87,8%	51,7%	
	No	N°	53	5	58	
		% dentro de VIO_FISICA	67,1%	12,2%	48,3%	
Total		N°	79	41	120	
		% dentro de VIO_FISICA	100,0%	100,0%	100,0%	
DIAGNÓSTICO			VIO_SEXUAL		Total	Significación 5%
			Sí	No		
Parto pre término	Sí	N°	18	44	62	<p>$p = 0,000$ $\chi^2 = 39,893$</p> <p><i>Se concluye que existe una relación significativa entre la violencia sexual intrafamiliar y el parto pre término</i></p>
		% dentro de VIO_SEXUAL	26,5%	84,6%	51,7%	
	No	N°	50	8	58	
		% dentro de VIO_SEXUAL	73,5%	15,4%	48,3%	
Total		N°	68	52	120	
		% dentro de VIO_SEXUAL	100,0%	100,0%	100,0%	
DIAGNÓSTICO			VIO_PSICOL		Total	Significación 5%
			Sí	No		
Parto pre término	Sí	N°	46	16	62	<p>$p = 0,000$ $\chi^2 = 14,293$</p> <p><i>Se concluye que existe una relación significativa entre la violencia psicológica intrafamiliar y el parto pre término</i></p>
		% dentro de VIO_PSICOL	44,7%	94,1%	51,7%	
	No	N°	57	1	58	
		% dentro de VIO_PSICOL	55,3%	5,9%	48,3%	
Total		N°	103	17	120	
		% dentro de VIO_PSICOL	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

Evidenciamos la relación significativa entre los tipos de violencia intrafamiliar y los diagnósticos de parto pre término en las gestantes atendidas en el

Hospital II - 2 Tarapoto. Concluyéndose que Existe una relación estadísticamente significativa al 5% entre los tres tipos de violencia intrafamiliar con el diagnóstico de parto pre término, cuyo resultados correspondiente a cada relación fue $p = 0,000$ y $X^2 = 32,550$; $p = 0,000$ y $X^2 = 38,893$; $p = 0,000$ y $X^2 = 14,293$. La contrastación se realizó con el Programa estadístico informático SPSS. Versión 22.

V. DISCUSIÓN.

En el mundo existen evidencias que no solo las causas biológicas son las que influyen en la amenaza de parto o parto prematuro, sino también influyen los factores estresantes que la madre experimenta a lo largo de su vida y del propio embarazo. Factores denominados estresores psicosociales, los cuales hacen referencia a la violencia psicológica y/o física que incluye la violencia sexual por parte de sus familiares o su pareja, también se considera si el embarazo ha sido recibido con la motivación necesaria por sí misma y con la pareja, ya que 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. Todas estas condiciones muchas veces se desarrollan negativamente por diferentes circunstancias afectando así la salud de la madre y del bebé, lo que hace que se adelante el trabajo de parto y parto y por consecuencia se tenga un bebé prematuro, que muchas veces por las condiciones desfavorables llega a morir.

Los resultados del estudio en la tabla N° 01, nos muestran las características sociodemográficas y reproductivas de las mujeres en estudio: el 41,7% tienen una edad entre 18 a 24 años, seguido del 23,3% que tienen entre 25 a 32 años. El promedio de edad es de 25 años con desviación estándar de 6,93 años. El 82,5% de las gestantes en estudio son convivientes. El 48,3% de las gestantes tienen secundaria, 36,7% tienen primaria. La mayoría proceden de otras zonas 64,2% y no tienen empleo 85%. Con respecto a menarquía, el 65,0% de las gestantes en estudio fue de 12 a 14 años. El promedio fue a los 12,6 años con una desviación estándar de 1,43 años. El 51,7% no usa MAC.

El 67,5% de las gestantes tienen hábitos nocivos consumiendo café. El 89,2% de las gestantes nacieron en el departamento de San Martín.

Resultados que se relacionan con lo encontrado por Quiñonez L. (2015), mayor frecuencia en el grupo etario de entre los 22-25 años con un 28%; en relación al estado civil el 67% viven en unión estable, en un 74% son amas de casa, el 10% sufren algún tipo de violencia en sus hogares. Además se relaciona con Parada O, Guerra P, Vázquez A. (2012), quienes determinaron las características de residencia, edad gestacional, dinámica uterina, condiciones cervicales, escolaridad, ocupación de las pacientes y de su pareja, así como si el ser víctimas de violencia emocional.

Por lo mencionado podemos determinar que la edad entre 18 a 24 años, el ser convivientes, tener secundaria, proceder de zona rural, no tener empleo, tener la menarquía entre los 12 a 14 años, el no uso de MAC, consumir café, son las características generales de las mujeres con violencia que hicieron amenaza de parto o parto pretermino, lo cual nos permite identificar los casos oportunamente para evitar dichas complicaciones.

En la tabla N° 02, se muestra las frecuencias de violencia física donde el 20,0% han sido víctimas de quemaduras, el 12,5% que han sido víctimas de ataques con armas, el 29,2% han sido víctimas de bofetadas, el 16,7% víctimas de jalones de pelo, el 10,0% por puñetazos, el 5,0% por empujones, el 4,2% por intento de ahorcamiento. También la tabla N° 03, nos muestra las frecuencias de violencia sexual donde el 50,0% han sido víctimas de violación

marital, el 5,8% por incesto. Así mismo presentaron lesiones como traumatismo uretral 40% y traumatismo vaginal 10,8. En cuanto al embarazo el 36,7% refieren que no fue deseado y el 63,3% que sí. A su vez la tabla N° 04 nos muestra las frecuencias de violencia psicológica donde el 41,7% fueron víctimas de amenaza, el 30,8% víctimas de gritos, el 8,3% por abandono, el 5,0% por humillaciones.

Resultados que se relacionan con lo encontrado por Parada O, Guerra P, Vázquez A. (2012), mujeres con violencia emocional. También se relaciona con Goncalves M. (2010), quien encontró violencia psicológica en un 63%, seguida la violencia física con un 28%, y finalmente la violencia sexual con un 9%. Así mismo se relaciona con Tenezaca A. (2014), encontró violencia del tipo psicológica con 52% que fue la más frecuente. A su vez se relaciona con Quiñonez L. (2015), encontró que el 10% de las gestantes sufren algún tipo de violencia en sus hogares. También se relaciona con MIMDES (2011), Al analizar cada tipo de violencia en relación a las complicaciones maternas, se encontró que las mujeres que sufrieron violencia psicológica durante el embarazo tienen 2 veces más probabilidad de desarrollar complicaciones maternas (IC95%:1.18-5.28; $p=0.016$); la violencia física (OR: 2.5; IC95%: 1.05-5.94; $p=0.035$); violencia sexual (OR: 1.94; $p=0.255$). Así mismo se relaciona con Gracián N. (2016), quien encontró que 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. A su vez se relaciona

con Vela E. (2010), quien encontró que el 31.7% presentaron violencia física, el 16.7% de violencia sexual mientras que el de violencia psicológica fue el 68.3%. Igualmente se relaciona con Correa M. (2010), quien encontró que violencia psicológica durante el embarazo tienen 4 veces más probabilidad de tener un RN PEG (IC 95%: 1.3-12.2; $p=0.09$); violencia física (OR: 22.1; IC 95%: 2.6 – 184.7); violencia sexual (OR: 2.07; IC 95%: 1.5-2.7). También se relaciona con Valderrama B, Pedemonte G. (2013), encontraron que 47 adolescentes sufrieron violencia intrafamiliar, el 61.7% desarrolla una relación intrafamiliar abusiva; el 25.5% se desarrolla en el primer nivel de abuso; el 10.6% se desarrolla en una relación intrafamiliar de abuso severo; y el 2.1% en el nivel de abuso peligroso. La violencia psicológica prevalece con una puntuación media de 4.83; seguida por la violencia física con una puntuación media de 2.94; la violencia económica con una media de 2.79; y la violencia sexual es la menos prevalente con una puntuación media de 1.62.

Por lo analizado podemos deducir que la violencia sexual, física y psicológica siempre están presentes en las gestantes, en sus diferentes formas de manifestación sin respetar la salud de la madre y el niño por nacer, generando muchas veces complicaciones graves para ambos como la amenaza o parto pretermino, por ende demos trabajar mucho la educación de la pareja y familia para evitar estas complicaciones.

En la tabla N° 05, se muestra las frecuencias de amenaza de parto y parto pre-termino donde el 62,5% de las gestantes del estudio tuvieron amenaza de parto pre término y el 51,7% de las gestantes tuvieron parto pre término.

Resultados que se relacionan con Parada O, Guerra P, Vázquez A. (2012) quien encontró 50 mujeres con amenaza de parto pretermino. También se relaciona con Goncalves M. (2010) quien encontró que la edad gestacional con mayor incidencia estuvo entre las 31 – 36 semanas, cuando el producto de la concepción se considera viable para la vida extrauterina aunque sea con limitaciones. Así mismo se relaciona con Tenezaca A. (2014), encontró que las complicaciones perinatales fueron: Bajo peso al nacer, muerte perinatal, y prematuridad. Igualmente se relaciona con Quiñonez L. (2015), quien encontró 100 pacientes seleccionadas con diagnóstico de amenaza de parto pretermino. A su vez se relaciona con MIMDES (2011), las mujeres que han sufrido Violencia durante el embarazo, tienen 2 veces más probabilidad de desarrollar complicaciones maternas (parto prematuro 12.2%). También se relaciona con Gracián N. (2016), quien encontró como 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). Así mismo se relaciona con Vela E. (2010), quien encontró que las mujeres víctimas de violencia sexual fueron 5 veces más propensas a tener un parto pre término que las mujeres que no habían sido agredidas. A su vez se relaciona con Correa M. (2010) el grupo de recién nacidos PEG, el 63,3% de las madres encuestadas sufrieron violencia durante el embarazo, mientras que solo un 26.7% de las madres de los RN SEG, sufrieron violencia durante el embarazo ($p=0.004$). Igualmente se relaciona con Valderrama B, Pedemonte G. (2013), quienes encontraron 8.5% amenaza de parto prematuro.

De lo mencionado anteriormente podemos deducir que la amenaza de parto y parto pre término están presentes en la evolución del embarazo como una complicación que está relacionada a múltiples causas y diferentes factores.

La tabla N° 06, nos muestra los tipos de violencia intrafamiliar y relación con la amenaza de parto, donde encontramos al 5% entre los tres tipos de violencia intrafamiliar con el diagnóstico de amenaza de parto pre término, cuyo resultados correspondiente a cada relación fue $p = 0,000$ y $X^2 = 32,664$; $p = 0,000$ y $X^2 = 30,443$; $p = 0,001$ y $X^2 = 11,883$. Igualmente Tabla N° 07, nos muestra los tipos de violencia intrafamiliar y su relación con el parto pre término, concluyéndose que existe una relación estadísticamente significativa al 5% entre los tres tipos de violencia intrafamiliar con el diagnóstico de parto pre término, cuyo resultados correspondiente a cada relación fue $p = 0,000$ y $X^2 = 32,550$; $p = 0,000$ y $X^2 = 38,893$; $p = 0,000$ y $X^2 = 14,293$.

Resultados que se relacionan con Goncalves M. (2010), quien encontró relación entre la violencia doméstica y las complicaciones durante el embarazo; identificándose como factor de riesgo para las alteraciones en las condiciones inmediatas del producto: edad gestacional obtenida al nacer, vitalidad o peso al nacimiento. También se relaciona con Tenezaca A. (2014), quien encontró que las mujeres maltratadas tuvieron 2,77 veces más riesgo de presentar complicaciones obstétricas, y la muerte perinatal se asoció estadísticamente a la violencia de la madre. Las complicaciones perinatales encontradas fueron: Bajo peso al nacer, muerte perinatal, y prematuridad. Así mismo se relaciona con Quiñonez L. (2015), encontró el 10% sufren algún tipo

de violencia en sus hogares, presentando complicaciones en su embarazo el 44% entre las 28-32 semanas de gestación. A su vez se relaciona con MIMDES (2011), Las mujeres que han sufrido Violencia durante el embarazo, tienen 2 veces más probabilidad de desarrollar complicaciones maternas (parto prematuro 12.2%), a comparación de aquellas que no sufrieron Violencia durante el embarazo. Igualmente se relaciona con Gracián N. (2016) concluye que la violencia de género, en sus tres formas, violencia psicológica, física y sexual son factores de riesgo para amenaza de parto pre término. También se relaciona con Vela E. (2010), concluye que existió cinco veces mayor probabilidad de parto pre término en mujeres con violencia sexual. Así mismo se relaciona con Correa M. (2010), concluye que la madre que ha sufrido violencia durante el embarazo tiene 4 veces más probabilidad de presentar un RN pequeño para edad gestacional. A su vez se relaciona con Valderrama B, Pedemonte G. (2013), existe una relación estadísticamente significativa positiva entre la Violencia Intrafamiliar y las Complicaciones del Embarazo en Adolescentes, con 8.5% amenaza de parto prematuro.

Es importante resaltar del análisis que la violencia sexual, psicológica y física se relaciona directamente con la amenaza de parto o parto prematura por diferentes condiciones y circunstancias que afectan la salud de la madre, directa o indirectamente ya que generan infección, mala higiene, mala nutrición, uso de sustancias, uso indiscriminado de medicamentos, mecánicamente los golpes provocarían daño directo al niño o los órganos anexos de la gestación y físicamente a la madre que repercuten directamente en ambos.

VI. CONCLUSIONES:

1. Las mujeres según características sociodemográficas y reproductivas son: 41,7% tienen una edad entre 18 a 24 años, 82,5% son convivientes, el 48,3% de las gestantes tienen secundaria, 64,2% proceden de otras zonas, 85,0% no tienen empleo, 65,0% la menarquía fue de 12 a 14 años, 51,7% no usa MAC, 67,5% tienen hábitos nocivos consumiendo café, 89,2% nacieron en el departamento de San Martín.

2. Según la frecuencia de violencia, la violencia física fueron: 20,0% víctimas de quemaduras, 12,5% víctimas de ataques con armas, 29,2% víctimas de bofetadas, 16,7% víctimas por jalones de pelo, 10,0% por puñetazos. En la violencia sexual: 50,0% víctimas de violación marital, 5,8% por incesto. Así mismo presentaron lesiones como traumatismo uretral 40% y vaginal 10,8; 36,7% el embarazo no fue deseado. En la violencia Psicológica: 41,7% víctimas de amenaza, 30,8% víctimas de gritos, 8,3% abandono.

Tarapoto no es ajeno a esta problemática ya que se encontró en ella un alto porcentaje de violencia psicológica, seguido de violencia física y violencia sexual, indicando que estamos frente a gestantes que están siendo amenazadas, abofeteadas, y agredidas sexualmente por su pareja.

3. Según la frecuencia de amenaza de parto y parto pre término, el 62,5% tuvieron amenaza de parto pre término y el 51,7% tuvieron parto pre término.

4. Existe relación estadísticamente significativa en los tipos de violencia física, psicológica y sexual con el diagnóstico de amenaza de parto pre término, $p = 0,000$ y $X^2 = 32,664$; $p = 0,000$ y $X^2 = 30,443$; $p = 0,001$ y $X^2 = 11,883$. Igualmente existe relación significativa con el diagnóstico de parto pre término $p = 0,000$ y $X^2 = 32,550$; $p = 0,000$ y $X^2 = 38,893$; $p = 0,000$ y $X^2 = 14,293$.

La violencia intrafamiliar en sus tres condiciones tiene gran influencia con la amenaza de parto y parto pretermo, está en nosotros encontrar soluciones frente a este problema, como es el llenado consciente de la ficha de tamizaje de violencia en los Controles prenatales para su prevención.

VII. RECOMENDACIONES:

- Al personal de salud, en especial a los profesionales obstetras que brindan atención integral a la gestante, aplicar la ficha diagnóstica de tamizaje de violencia y prever las condiciones necesarias para evitar la amenaza de parto o parto pre término.
- A las instituciones de salud, elaborar protocolos o guías clínicas sobre violencia intrafamiliar que permita al personal de salud actuar clínica y legalmente frente a los diferentes tipos de violencia que padecen las mujeres.
- A las autoridades en salud, establecer acciones de promoción y prevención de la violencia en mujeres y sus consecuencias como la amenaza de parto y parto pre término en la comunidad y familia.
- A las instituciones formadoras de profesionales de ciencias de la salud y a los investigadores, tomar al presente estudio como estudio base para desarrollar otras investigaciones cualitativas que permitan determinar hechos específicos en relación a la violencia intrafamiliar y su consecuencia la amenaza de parto o parto pre término.

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. MINSA. Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos. UNICEF. OPS OMS. CARE. Unión Europea. Dirección General de Epidemiología. 2012. Consulta 01.11.16 5:25 pm.
http://www.dge.gob.pe/portal/docs/Mortalidad_neonatal11_12.pdf
4. Behrman R, Stith B. 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.
5. Del Río A, Marchetti R. Modelo integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual: manual operativo. 2da. ed. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. 2006; 1: 11-29.
6. Henales M, Sánchez C, Carreño J, Espíndola G. Guía Clínica de intervención psicológica de mujeres con violencia doméstica. Perinatol Reprod Hum 2007; 21: 88-99. Consulta 31.10.16 3:52 pm
<http://www.inper.mx/descargas/pdf/Guiaclinicadeintervencionpsicologica demujeresconviolenciadomestica.pdf>

7. Heise L. Violencia contra la mujer: la carga oculta a la salud. Washington, DC: Banco Mundial, Organización Panamericana de la Salud, 1994.
8. Alvarado-Zaldívar G, Salvador-Moysén J, Estrada-Martínez S, Terrones-González A. Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango. *Salud Publica Mex* 1998;40:481- 486.
9. Arias-Herrera H. La influencia de factores psicológicos y sociales en la violencia contra la mujer embarazada. Centro de Investigación Psicológica y Sociológica de la Academia de Ciencias de Cuba, 2000.
10. Main DM. Can preterm deliveries be prevented. *Am J Obstet Gynecol* 1995;151:829-834.
11. Muñoz H, Gómez R, Galazo M, et al. Papel de la infección en el parto prematuro. *Perinatol Reprod Hum* 1994;8:190.
12. García A. Impacto económico del manejo de parto pre término. *Ginecol Obstet Mex* 2005;73:384.
13. Paredes J, Solís G. Prevalencia de violencia contra la mujer embarazada. *Rev Med Costa Rica* 2003; 15:9-11.
14. Paredes-Solís S, Villegas-Arrizón A, Meneses-Rentería A, et al. Violencia física intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepec, Guerrero, México. *Salud Publica Mex* 2005;47:335-341.
15. Talge N, Charles N, Glover V. Estrés crónico durante el embarazo y riesgo de partos prematuros 2007. Quito – Ecuador. Consulta 01.11.16 4:35pm. <http://www.revneurolog.com/sec/RSS/noticias.php?idNoticia=319>.montevideo

16. Collado S, Villanueva A. Relación entre la violencia familiar durante el embarazo y el riesgo de peso bajo en el recién nacido. *Ginecol Obstet Méx* 2007; 75: 259-67.
17. Murphy C, Schei B, Terriol M, Du Mont J. Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2001; 164: 1567-72.
18. Parada O, Guerra P, Vázquez A. Violencia emocional como factor de riesgo en la amenaza de parto pre término. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* ISSN: 1665-7330, vol. 17, núm. 1, pp. 39-43 Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado México. 2012. Consulta 03.11.16 6:52 am. <http://www.redalyc.org/pdf/473/47323260009.pdf>
19. Goncalves M. Violencia doméstica y amenaza de parto pre término en embarazadas que acudieron al Departamento de Obstetricia del Hospital Central de Maracay Agosto – diciembre 2010. República Bolivariana de Venezuela. Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Dirección de postgrado. Especialización en ginecología y obstetricia. Trabajo especial de grado para obtener el título de especialista en Ginecología y Obstetricia. Venezuela. 2010. Consulta 03.11.16 4:08 pm. <http://riuc.bc.uc.edu.ve/handle/123456789/750>
20. Tenezaca A. Violencia intrafamiliar como factor de riesgo para la gestante y su hijo/hija. Universidad Nacional de Loja. Área de la Salud Humana. Carrera de Medicina. Tesis previa a la obtención de título de médico general. Loja Ecuador. 2014. Consulta 03.11.16 5:20 pm.

<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/12241/1/LA%20VIOLENCIA%20INTRAFAMILIAR.pdf>

21. Quiñonez L. Determinantes que desencadenan partos pretérminos en embarazadas de 15 a 35 años en el Hospital Juan Carlos Guasti de Atacames en el periodo de octubre - diciembre 2015. Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Esmeraldas. Escuela de Enfermería. Tesis de grado previo a la obtención del título de: Licenciada en enfermería. Ecuador. Consulta 03.11.16 5:33 pm.
<http://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/659/1/QUINONEZ%20ZAMBRANO%20LISETE%20STEFANIA.pdf>
22. MIMDES. La Violencia Física, Sicológica y Sexual Durante el Embarazo y su Relación con las Complicaciones Maternas – Hospital de Vitarte 2011. Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual. Programa Integral de Lucha contra la Violencia Familiar y Sexual en Ayacucho - Fase 2. Formulado con la Asistencia Técnica de la Agencia Belga de Desarrollo – CTB. Ayacucho Perú. 2011. Consulta 03.11.16 3:46 pm.
<http://www.repositoriopncvfs.pe/wp-content/uploads/2016/09/Trabajo-de-investigacion-La-Violencia-Fisica-Sicologica-y.pdf>
23. Gracián N. (2016). 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. E. A. P. de Obstetricia. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia. Lima Perú. 2016.
Consulta 02.11.16 5:51 pm.

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4742/1/Graci%C3%A1n_tn.pdf

24. Vela E. Influencia de la violencia basada en género en mujeres con parto pre término atendidas en el HONADOMANI San Bartolomé en el periodo octubre 2009-enero 2010. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. E. A. P. de Obstetricia. Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Obstetricia Lima Perú. 2008. Consulta 02.11.16 5:58 am.
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1147/1/Vela_ae.pdf
25. Correa M. La violencia física, psicológica y sexual durante el embarazo y su relación con el peso del recién nacido en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal – 2010. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. E.A.P. de Obstetricia. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia. Lima Perú 2010. Consulta 03.11.16 5:16 am.
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3350/1/Correa_Im.pdf
26. Valderrama B, Pedemonte G. Violencia intrafamiliar y su influencia en las complicaciones del embarazo en adolescentes atendidas en el Centro de Salud Morales, distrito de Morales. Mayo - Octubre 2013. Universidad Nacional de San Martín Tarapoto. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Obstetricia. Tesis para obtener el título profesional de Obstetra. San Martín Perú. 2013. Consulta 02.11.16 5:32 pm.
<http://tesis.unsm.edu.pe/jspui/bitstream/11458/587/1/Bania%20Karen%2>

[0Valderrama%20Araujo_Gaby%20Malena%20Pedemonte%20Santillan.pdf](#)

27. MedlinePlus. Gestación. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. Información de salud para Ud. Última revisión 9/26/2015. Consulta 03.11.16 5:52 pm. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002398.htm>
28. Laterra S, Casini E, Levi C. Amenaza De Parto Pre término. Importancia De La Contención Psicológica. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Buenos Aires- Argentina 2008
29. Carmichael S. El Estrés y la amenaza de parto pre término. Maternal stress full ife events and risks of birthd efects. Epidemiology. Madrid Enero 2009. Consulta 03.11.16 5:59 pm. http://www.mothertobaby.org/files/stress_sp.pdf
30. González N, Medina V, Gómez J, Ruano A, Jiménez A. Amenaza de Parto Pretérmino. Protocolos Asistenciales en Obstetricia pro SEGO. 2012. Consulta 03.11.16 6:02 pm. www.prosego.com
31. Palacio M, Cobo T, Ros C. Guía Clínica: Amenaza De Parto Pre término. Unitat de Prematuritat. Servei de Medicina Materno fetal, Institut Clínic de Ginecología, Obstetricia Neonatología, Hospital Clínica de Barcelona. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/063_GPC_Partopretermino/Parto_Pretermino_ER_CENETEC.pdf
32. PerkinElmer. For the Better. Nacimiento Prematuro. 1244-9856-02, enero de 2009, impreso en Finlandia. Consulta 04.11.16 4.58 am. http://www.efcni.org/fileadmin/Daten/Web/Brochures_Reports_Factsheet

[s_Position_Papers/Prevention_Perkin_Elmar/1244-9856_Perkin_Elmer_Spanish.pdf](#)

33. Althabe F, Carroli G, Lede R, Belizan J, Alhabe O. El parto pre término: detección de riesgos y tratamientos preventivos. Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health1.999. 5(6):374-385.
34. 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>.
35. 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.ht>
36. 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: Violencia intrafamiliar y su relación con la amenaza y/o parto pre-termino en gestantes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, setiembre 2016 – enero 2017.

FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS

ID: _____ Fecha: ____/____/____ Hora: ____:____

I. DATOS GENERALES:

1. Historia clínica: _____ 2. Edad: _____ (años)
3. Estado civil: Soltera [1] Casada [2] Conviviente [3] Otro [4]
4. Grado de instrucción Ninguna [0] Primaria [1] Secundaria [2] Superior técnica [3] Superior universitaria [4]
5. Procedencia _____
6. Ocupación: Empleo permanente [1] Empleo eventual [2] No tiene empleo [3]
7. Menarquia: _____ (años) 8. G ____ P ____/____/____/____
9. Uso de métodos anticonceptivos modernos Si [1] No [2]
10. Hábitos nocivos Fumar [1] Bebidas alcohólicas [2] Café [3] Drogas [4]

11. Lugar de nacimiento (departamento): _____

II. DATOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR:

A. DATOS DE VIOLENCIA FISICA:

12. Marque con una "x" la alternativa de la cual UD. Ha sido víctima: Ataque con armas [1] Mutilaciones [2] Quemaduras [3]

13. Marque con una "x" la alternativa de la cual UD. Ha sido víctima: Patadas [1] Puñetazos [2] Jalones de cabello [3] Bofetadas [4] Empujones [5] Intento de ahorcamiento [6]

B. DATOS DE VIOLENCIA SEXUAL:

14. Marque con una "x" la alternativa de la cual Ud. ha sido víctima: Sexo forzado económicamente [1] Violación marital [2] Incesto [3]

15. Marque con una "x" si UD. Presento cualquiera de las siguientes lesiones producto de violencia: Traumatismo vaginal [1] Traumatismo anal [2] Traumatismo uretral [3]

16. Este embarazo ha sido deseado Si [1] No [2]

C. DATOS DE VIOLENCIA PSICOLOGICA:

17. Marque la alternativa de la cual UD. Ha sido víctima de:

Insultos: [1] Gritos [2] Amenazas [3] Humillaciones [4] Abandono [5] Encierro [6]

18. Alguna vez cualquier persona o su pareja la privó de recursos:

Físicos [1] Financieros [2] Personales [3]

19. Si UD. marco cualquier alternativa de las dos preguntas anteriores responda el número de veces que le sucedía por semana: _____

III. DATOS DE LA AMENAZA O PARTO PRETÉRMINO:

20. Diagnóstico de amenaza de parto pre término Si [1] No [2]

20. Diagnóstico de parto pre término Si [1] No [2]

IV. DATOS DEL RECIEN NACIDO:

21. Edad gestacional por Capurro: _____ semanas

22. Sexo del recién nacido: Masculino [1] Femenino [2]

23. Peso del recién nacido: _____ gr.

24. Perímetro cefálico: _____ cm. 25. Talla: _____ cm.

26. APGAR al minuto _____ 27. APGAR 5 minutos _____

V. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR:

VIOLENCIA	SI	NO
FISICA	[1]	[2]
SEXUAL	[1]	[2]
PSICOLOGICA	[1]	[2]

Nota: Este instrumento fue adaptado por las investigadoras del instrumento de investigación desarrollado por Vela E. (2008), en su estudio “Influencia de la violencia basada en género en mujeres con parto pre término atendidas en el HONADOMANI San Bartolomé en el periodo octubre 2007-enero 2008”.

Anexo N° 01: Otros resultados relevantes del estudio:

Tabla N° 08: Características del Recién Nacido en gestantes atendidas en el Hospital II - 2 Tarapoto, setiembre 2016 – enero 2017

CARACTERISTICAS DEL RN		N° de gestantes	Porcentaje (%)
EDAD GESTACIONAL	22 A 27 sem.	6	5,0
	28 a 32 sem.	3	2,5
	33 a 34 sem.	15	12,5
	35 a 36 sem.	39	32,5
	37 a 40 sem.	57	47,5
	Total	120	100,0
Sexo recién nacido	Masculino	66	55,0
	Femenino	54	45,0
	Total	120	100,0
Peso recién nacido	< 500 g	07	6,0
	500 a 2000 g	22	18,0
	2001 a 2500 g	27	23,0
	> 2500 g	64	53,0
	Total	120	100,0
Perímetro cefálico	21 A 24 cms	2	1,7
	25 A 29	15	12,5
	30 a 33	49	40,9
	34 a 37	54	45,0
	Total	120	100,0
Talla recién nacido	31 A 36 cm	9	7,5
	37 a 42 cm	15	12,5
	43 a 48 cm	70	58,3
	49 a 54 cm	26	21,7
	Total	120	100,0
APGAR al minuto	5,00	4	3,3
	6,00	1	,8
	7,00	12	10,0
	8,00	101	84,2
	9,00	2	1,7
	Total	120	100,0
APGAR a los 5 minutos	7,00	6	5,0
	8,00	4	3,3
	9,00	108	90,0
	10,00	2	1,7
	Total	120	100,0

Fuente: Elaboración propia de la investigación