

Violencia conyugal asociado al parto pretérmino, Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, enero – junio del 2022

por Walter Meléndez García

Fecha de entrega: 25-jul-2024 11:37a.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2278172458

Nombre del archivo: MED._HUMANA_-_Walter_Mel_nde_z_Garc_a_-_22.07.2024.docx (1.61M)

Total de palabras: 14577

Total de caracteres: 71544



Esta obra está bajo una [Licencia
Creative Commons Atribución -
4.0 Internacional \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Vea una copia de esta licencia en
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>



Obra publicada con autorización del autor



19

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Tesis

**Violencia conyugal asociado al parto pretérmino,
Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas,
enero – junio del 2022**

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

Autor:

Walter Meléndez García

<https://orcid.org/0000-0001-8168-7710>

Asesor:

Dr. Manuel Isaac Pérez Kuga

<https://orcid.org/0000-0002-5294-2863>

Tarapoto, Perú

2024



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Tesis

**Violencia conyugal asociado al parto pretérmino,
Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas,
enero – junio del 2022**

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

Autor:

Walter Meléndez García

Sustentado y aprobado el 09 de julio de 2024, por los jurados:

Presidente de Jurado

Dra. Lolita Arévalo Fasanando

Secretario de Jurado

Dra. Alicia Bartra Reátegui

Vocal de Jurado

Dr. Keller Sánchez Dávila

7

Tarapoto, Perú

2024

Constancia de asesoramiento

Quien suscribe el presente documento,

HACE CONSTAR:

Que, habiendo acompañado en la elaboración del proyecto de tesis titulado: **Violencia conyugal asociado al parto pretérmino, Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, enero – junio del 2022**. Elaborado por el tesista:

Bach. en Medicina Humana: **Walter Meléndez García**

Por lo que doy conformidad para los trámites correspondientes, dejo como constancia el presente documento y firmo.

Tarapoto, 09 de julio del 2024.

Atentamente,

Méd. Manuel Isaac Pérez Kuga

Asesor

Declaratoria de autenticidad

Walter Meléndez García, con DNI N° 46757604, egresado de la Escuela Profesional de Medicina Humana, Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Martín, autor de la tesis titulada: **Violencia conyugal asociado al parto pretérmino, Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, enero – junio del 2022.**

Declaro bajo juramento que:

1. La tesis que presento es el resultado de mi propio trabajo y es autoría exclusiva del investigador.
2. Respete rigurosamente las citas como también las referencias de todas las fuentes bibliográficas que han sido consultadas durante la realización de esta investigación.
3. No he recurrido al auto plagio en ningún momento durante la elaboración de esta tesis.
4. Los datos que se presentan son verídicos y estos no han sufrido alteración alguna ni han sido copiados de ninguna fuente externa. Por lo que, toda la información que se proporciona en esta investigación debe ser considerada como una contribución auténtica a la realidad que se investiga.

En virtud de lo anteriormente expuesto, me adjudico plena responsabilidad por mis acciones y me comprometo a cumplir con todas las leyes del país y con todas las normas que están vigentes en la Universidad Nacional de San Martín.

Tarapoto, 09 de julio del 2024.



Walter Meléndez García
DNI N° 46757604

Ficha de identificación

<p>Título del proyecto</p> <p>Violencia conyugal asociado al parto pretérmino, Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, enero - junio del 2022.</p>	<p>Área de investigación: Ciencias de la Salud Línea de investigación: Supervivencia materna - infantil Sublínea de investigación: Condicionantes socioeconómicos y culturales Tipo de investigación: Básica <input checked="" type="checkbox"/>, Aplicada <input type="checkbox"/>, Desarrollo experimental <input type="checkbox"/></p>
<p>Autor:</p> <p>Walter Meléndez García</p>	<p>Facultad de Medicina Humana Escuela Profesional de Medicina Humana https://orcid.org/0000-0001-8168-7710</p>
<p>Asesor:</p> <p>Méd. Manuel Pérez Kuga</p>	<p>Dependencia local de soporte: Facultad de Medicina Humana Escuela Profesional de Medicina Humana Unidad o Laboratorio Medicina Humana https://orcid.org/0000-0002-5294-2863</p>

Dedicatoria

Primero, agradezco a Dios Todopoderoso por darme salud y por nunca abandonarme, siendo testigo de todos mis éxitos y fracasos.

70

A mis padres, Roger y Mima, por su apoyo incondicional; gracias a su esfuerzo y comprensión he llegado a ser quien soy. A mis hermanos, por ser un gran respaldo emocional que me brindaron día a día durante toda mi formación.

A mi novia Veruska, quien me apoyó y motivó a seguir adelante cuando parecía que iba a rendirme.

A mis docentes, que nunca dejaron de persistir en enseñarme, incluso cuando muchas veces no prestaba atención en clase; ellos continuaron depositando su confianza en mi.

A los sinodales, que revisaron mi tesis y la aprobaron.

A todos los que me apoyaron en la redacción y culminación de esta tesis.

Esta dedicatoria es para ellos, ya que les debo todo por su apoyo incondicional.

Walter

Agradecimientos

Agradecido con ¹ la Universidad Nacional de San Martín por ofrecerme la oportunidad de progresar en mi trayectoria profesional. Especialmente a mi facultad de medicina humana. Agradezco de manera particular al Hospital II - 2 Santa Gema de Yurimaguas por su apoyo constante. Su confianza en mis capacidades y su disposición para asistirme han sido cruciales para la culminación de esta tesis.

Expreso mi más profundo reconocimiento a mi asesor de tesis, el Dr. Kuga; su vasta pericia, entendimiento y serenidad fueron esenciales para mi desarrollo en el complejo y reconfortante ámbito de las ciencias investigativas. No encuentro palabras para enunciar mi agradecimiento por su amplio apoyo en mi proceso de formación.

¹² Quiero expresar mi profundo agradecimiento a mis padres por su amor incondicional y apoyo constante. Su confianza en mí, incluso en los momentos más difíciles, ha sido fundamental para alcanzar este logro. También quiero agradecer a mis hermanos por su disposición para escucharme y respaldarme, y a mi novia por estar a mi lado cuando más lo necesitaba. Sin ustedes, nada de esto habría sido posible. Su amor y sacrificio han sido la fuerza motriz que guió mi trayectoria académica.

Además, quiero expresar lo agradecido que estoy con todas las personas que colocaron su granito de arena para el desarrollo de mi investigación. Agradezco sinceramente a quienes colaboraron en la recopilación de datos y enfocaron una parte de su tiempo a revisar mi trabajo. Los comentarios constructivos, las sugerencias bibliográficas, las entrevistas y las profundas conversaciones para revisar conceptos, propuestas y análisis son fundamentales para la construcción de esta tesis. Sin sus valiosas recomendaciones, este trabajo no habría alcanzado su forma final.

2 Índice general

Ficha de identificación	6
Dedicatona	7
Agradecimientos	8
Índice general	9
Índice de tablas	11
RESUMEN	12
ABSTRACT	13
CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN.....	14
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....	16
2.1. Antecedentes de la investigación	16
2.2. Fundamentos teóricos.....	19
2.2.1 Parto pretérmino.....	19
2.2.2 Violencia Conyugal.....	20
2.2.3 Tipos de violencia.....	21
CAPÍTULO III MATERIALES Y MÉTODOS.....	26
3.1. Ámbito de la investigación	26
3.2. Sistema de variables.....	27
3.3. Procedimientos de la investigación	28
3.3.1 Actividades del objetivo general.....	29
3.3.2 Actividades del objetivo específico 1	29
3.3.3 Actividades del objetivo específico 2	30
3.4.4 Actividades del objetivo específico 3	30
CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN	32
4.1. Objetivo general	32
4.2. Objetivo específico 1	34
4.3. Objetivo específico 2	36
4.4. Objetivo específico 3.....	38
CONCLUSIONES.....	40
RECOMENDACIONES	41

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS42

ANEXOS47

Índice de tablas

Tabla 1 Operacionalización de variables por objetivos	28
Tabla 2 Violencia conyugal asociado al parto pretérmino, "Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, enero – junio del 2022"	32
Tabla 3 Chi-cuadrado	32
Tabla 4 Violencia física asociada al parto pretérmino, "Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, enero – junio del 2022"	34
Tabla 5 Chi-cuadrado	34
Tabla 6 Violencia psicológica asociada al parto pretérmino, "Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, enero – junio del 2022"	36
Tabla 7 Chi-cuadrado	36
Tabla 8 Violencia sexual asociada al parto pretérmino, "Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, enero – junio del 2022"	38
Tabla 9 Chi-cuadrado	38

RESUMEN

La violencia conyugal es la cohesión y coercibilidad que realiza un miembro de la pareja y por lo general es el varón sobre la mujer, ejerciendo dominio sobre ella; por lo tanto, se realizó este novedoso estudio el cual tuvo como propósito evaluar si la violencia conyugal se asocia al parto pretérmino, Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, enero – junio del 2022. **Estudio:** no experimental, correlacional, cuantitativo y de corte transversal, con una muestra de 90 gestantes que tuvieron su parto durante el periodo de estudio. **Resultados:** 35.56 % de los partos pretérmino sufrieron violencia conyugal. Por otro lado, 35.56 % de gestantes con parto pretérmino sufrieron de violencia física y 64.44% no sufrieron; determinando la asociación significativa entre la violencia física y el parto pretérmino ($p=0.0069$). 26.67 % de las gestantes con parto pretérmino presentaron violencia psicológica y 73.33 % no presentaron; existiendo asociación significativa entre variables de estudio y 37.78 % de las gestantes con parto pretérmino presentaron violencia sexual y 62.22 % no presentaron; existiendo relación significativa ($p=0.0019$). **Conclusión:** Existe asociación significativa entre la violencia conyugal con el parto pretérmino ($p = 0.0099$) en el Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, enero – junio del 2022.

Palabras clave: Parto pretérmino, violencia contra la mujer, violencia sexual

ABSTRACT

Marital violence is the cohesion and coerciveness ⁵³ carried out by one member of the couple and it is usually the male over the female, exercising dominance over her; therefore, the present research was conducted and its objective was to evaluate whether marital violence is associated with preterm delivery at Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, January - June 2022. **Study:** non-experimental, correlational, quantitative and cross-sectional, with a sample of 90 pregnant women who gave birth during the study period. **Results:** 35.56% of preterm deliveries suffered spousal violence. On the other hand, 35.56 % of the pregnant women with preterm delivery suffered physical violence and 64.44 % did not suffer violence; determining the significant association between physical violence and preterm delivery ($p=0.0069$). A significant association was found between the study variables: 26.67 % of the pregnant women with preterm labor suffered psychological violence and 73.33 % did not; and 37.78 % of the pregnant women with preterm labor ²¹ suffered sexual violence and 62.22 % did not, showing a significant relationship ($p=0.0019$). **Conclusion:** There is a significant association between spousal violence and preterm delivery ($p = 0.0089$) in Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, January - June 2022.

Key words: Preterm birth, violence against women, sexual violence.

CAPITULO I

INTRODUCCION A LA INVESTIGACION

²⁶ Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), ⁷¹ citado por Matos (1), refiere que a nivel del mundo nacen anualmente alrededor de 15 millones de prematuros; siendo esta la principal causa de morbilidad neonatal y el 98% ocurre en países sub desarrollados.

Por lo tanto, la prematuridad actualmente ⁶¹ es un problema de salud pública, que afecta sobre todo a las familias que viven en pobreza y extrema pobreza y con factores sociodemográficos de alta vulnerabilidad, lo que dificulta que el sistema de salud pueda manejar (3).

A nivel mundial, los países con mayor prematuridad son: India con ¹⁶ 3 519 100 casos; China, 1 172 300; Nigeria, 773 600; Pakistán, 748 100; Indonesia, 675 700; Estados Unidos, 517 400; Bangladés, 424 100; Filipinas, 348 900; Congo, 341 400 y Brasil con 279 300 casos respectivamente (4). No obstante, Malawi tiene la tasa más elevada de nacidos prematuros en el mundo (18.1 %) y en América Latina, Costa Rica presenta el 13.6 %; seguido El Salvador (12.8%), Perú (7.3%) y Cuba (6.4%) el más bajo (4).

Se refiere un incremento de parto pretérmino en casi 3 % en mujeres con violencia conyugal psicológica y 2 % en violencia física; esto afecta negativamente la salud biopsicosocial de la madre, incrementando los niveles de estrés, menor autocuidado e indiferencia en los servicios de salud (5).

La prematuridad, ³¹ se define como el nacimiento que ocurre antes de las 37 semanas o los 259 días de gestación (1, 2). Sin embargo, una causa de alta mortalidad se asocia a factores fisiopatológicos relacionados con el embarazo; sin embargo, la violencia conyugal se perfila como un factor de riesgo de prematuridad, el cual condiciona a un incremento de estrés frente a respuestas físicas y mentales que experimenta la mujer violentada y desencadena en un parto pretérmino (6).

En Zimbabue en África las gestantes que sufren de violencia íntima de pareja (IPV) o comúnmente violencia conyugal, tiene cinco veces más riesgo de experimentar un parto prematuro (Odds Ratio (OR) = 4.8, Intervalo de Confianza (IC) 95 %; 2.0-11.8), en comparación con quien no sufre violencia conyugal y entre los factores de riesgo se encuentran la pobreza, desempleo y residir en zona urbana (7).

De la misma manera, Loreto no es ajeno a esta problemática, según reporte del ⁶⁸ Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) (8); 42.6 % de las mujeres sufren violencia psicológica; 35.1 %, física y 22 %, sexual. Según información del ²⁵ Certificado Nacido Vivo (CNV) en el 2022¹⁰, citado por católicas por el Derecho a Decidir, Loreto ocupa el primer lugar con 74 casos de partos en menores de 14 años; esta es una clara evidencia de violencia sexual que condiciona a un alto riesgo de morbilidad materno perinatal.

Por otro lado, factores adicionados a la prematuridad, como depresión, pobreza, edad temprana (adolescencia), generan sometimiento, abuso y control excesivo de la pareja, donde no tienen la capacidad de decidir ni autonomía; poniendo en alto riesgo y vulnerabilidad la gestación (7).

Alto Amazonas, es una provincia pobre y extremadamente pobre con alto índice de embarazo adolescente, con sistema educativo precario, con factores sociodemográficos de alto riesgo y servicios básicos deficientes, que condiciona el incremento de la violencia conyugal (11). Es por ello que se planteó el siguiente problema: ¿Está asociado la violencia conyugal al parto pretérmino, en el ⁹ Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, en el periodo enero a junio del 2022?

Asimismo, se estableció como ³ objetivo general evaluar la relación entre la violencia conyugal y el parto prematuro en el Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, durante el periodo de ⁹ enero a junio de 2022. Los objetivos específicos fueron: identificar la violencia física relacionada con el parto prematuro, examinar la violencia psicológica vinculada al parto prematuro y, finalmente, determinar la violencia sexual asociada al parto prematuro.

De igual forma, se planteó como hipótesis general: H1: La violencia conyugal está asociado al parto pretérmino, Hospital ⁴ II-2 Santa Gema de Yurimaguas, ⁴ enero – junio del 2022 y la H0: La violencia conyugal no está asociado al parto pretérmino, Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, ⁴ enero – junio del 2022. Además, se contó con hipótesis específicas: La violencia física está asociado al parto pretérmino; La violencia psicológica está asociado al parto pretérmino; y finalmente la violencia sexual está asociado al parto pretérmino.

1 CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 . Antecedentes de la investigación

Koirala (12), en el 2022, en su artículo científico, cuyo fin fue determinar la proporción de violencia de pareja íntima y resultado adverso del embarazo entre las madres posnatales que dieron a luz recientemente. Estudio no experimental, transversal. Los resultados fueron 32,7% de las mujeres habían experimentado violencia de pareja al menos una vez, que se ha categorizado como física 28,6%, psicológica 30,9% y 22,7% sexual; del total de parto, 24% fueron recién nacidos prematuros. En la regresión logística binaria, las mujeres que sufren violencia de pareja tienen una vez más probabilidad de tener un parto prematuro en comparación con aquellas que no sufren de violencia (OR -1,143, IC 95%- 0,386-3,384). Se concluye que cada tres féminas tuvieron experiencias de violencia de pareja íntima durante su gestación reciente y se asocia con resultados adversos del embarazo.

Desta et al. (13), el año 2021, en su investigación cuyo propósito fue calcular el efecto conjunto de la violencia de pareja y la desnutrición materna en el parto prematuro. Realizó el estudio de meta análisis. Cuyos resultados muestran que hubo una prevalencia de 13 % de partos prematuros. Mujeres que sufrieron violencia de pareja íntima [OR = 2,52 (IC 95%: 1,68, 3,78)], tuvieron dos veces y medio más riesgo de parto pretérmino. Por lo que se concluye que las féminas que percibieron violencia de pareja íntima, y exposición previa a prematuros se asociaron significativamente con el parto prematuro.

Berhanie et al. en 2019 (14), llevaron a cabo una investigación para examinar la relación entre la violencia de pareja durante el embarazo y los resultados adversos del parto. Se realizó un estudio de casos y controles con una muestra de 954 participantes (318 casos y 636 controles. Se encontró que el 40,8% de las participantes había experimentado violencia de pareja íntima durante el embarazo, y estas mujeres tenían 5 veces más la probabilidad de experimentar un parto prematuro (OR: 5.3; IC 95%: 3.95-7.094), y 3 veces más probabilidades de tener un recién nacido con bajo peso al nacer (OR: 4.7; IC 95%: 2.515-9.034). La conclusión fue que el riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer aumentaba significativamente cuando las gestantes estaban expuestas a múltiples tipos de violencia de pareja.

Sobhani et al. en 2018 (15), investigaron con el fin de encontrar la relación entre la violencia durante el embarazo y sus consecuencias en las mujeres embarazadas atendidas en hospitales públicos de la ciudad de Rasht, Irán. El estudio, de carácter analítico, descriptivo y transversal, incluyó una población muestral de 402 mujeres embarazadas. Obtuvieron que el 48,5% de las mujeres habían padecido violencia intrafamiliar durante la gestación, y se encontró una relación estadísticamente significativa ($p = 0.041$) entre la violencia doméstica y el trabajo de parto prematuro. En conclusión, aproximadamente la mitad de las mujeres estudiadas sufrieron violencia doméstica durante su embarazo, lo cual se relaciona con un mayor riesgo de mortalidad materna y neonatal.

Sigalla et al. en 2017 (16) llevaron a cabo una investigación para hallar la relación entre la violencia conyugal y el parto prematuro en un estudio de cohorte prospectivo con 1112 mujeres embarazadas que acudieron a atención prenatal. El estudio encontró que el 33% de las gestantes habían experimentado violencia conyugal durante el embarazo. Aquellas expuestas a violencia física presentaban un mayor riesgo de parto prematuro (OR = 2.9; IC 95%: 1.3-6.5). Además, las pacientes con antecedentes de resultados adversos en embarazos anteriores y que habían sufrido violencia física tenían un riesgo más grande tanto de parto prematuro (OR = 4.5; IC 95%: 1.5-13.7) como de tener un bebé con bajo peso al nacer (BPN) (OR = 4.8; IC 95%: 1.6-14.8). En conclusión, las mujeres que padecen violencia conyugal durante el embarazo tienen se arriesgan significativamente más a experimentar parto prematuro.

Núñez et al. en 2022 (17), realizaron un estudio con el propósito de calcular factores estadísticos descriptivos y asociados a la violencia física. Su estudio, de naturaleza no experimental y basado en fuentes secundarias, reveló que la frecuencia relativa de violencia física fue de 9.9% [IC 95%: 9.6-10.4%] en 2016; 9.2% [IC 95%: 8.8-9.6%] en 2017 y 8.2% [IC 95%: 8.8-9.6%] en 2018. Las regiones con mayor frecuencia relativa de violencia física durante los tres años fueron Puno, Arequipa y Apurímac. Entre los factores que tenían asociación se encontraron: vivir en una zona rural (razón de posibilidades (RP): 0.49; $p=0.011$), ser analfabeto (RP: 1.87; $p=0.014$), convivir con pareja (RP: 1.51; $p=0.001$), estar separado (RP: 3.56; $p<0.001$), tener entre 40 y 49 años (RP: 1.79; $p=0.012$) y que la cónyuge beba alcohol (RP: 1.61; $p<0.001$). Por otro lado, ser muy rico (RP: 0.63; $p=0.029$) resultó ser un factor protector, mitigando la violencia. Se concluye que la violencia física es un factor de riesgo y aumenta cuando la mujer es pobre, sin estudios, soltera y de mayor edad.

Mucha et al. en 2021 (18), llevaron a cabo una investigación con la finalidad de hallar lo asociado que se encuentra el maltrato en gestantes adolescentes con el peso del recién nacido en las alturas geográficas de Perú. El estudio se realizó mediante una cohorte retrospectiva. De las mujeres que experimentaron violencia hacia la pareja, el 62.4% eran nulíparas; el 85.9% tuvo menos de seis controles prenatales; el 75% no tenía estudios; el 62% procedía de áreas rurales; el 68.9% eran solteras; el 60.3% eran amas de casa y el 62.5% de los partos prematuros se dieron en mujeres que presentaron violencia. En conclusión, se encontró una asociación entre la violencia física durante la gestación y el parto prematuro.

Yaya et al. (7), el año 2021, en su investigación, cuyo objetivo fue explorar lo asociado que se encuentra la violencia de pareja (IPV) durante el embarazo con el parto prematuro. El estudio fue no experimental, retrospectivo analítico de caso control, con un tamaño muestral de 79 casos y 372 controles. Los resultados muestran que 8.9 % de mujeres expuestas a IPV presentaron parto prematuro frente a 3 % que no sufrieron violencia; en zona urbana las mujeres que experimentan IPV son casi 5 veces más riesgosos de sufrir un parto prematuro (OR = 4,8; IC del 95 %: 2,0 a 11,6). Concluyendo que las mujeres durante la gestación expuestas a violencia están más arriesgadas a tener parto prematuro.

Barzola et al. (19), en el 2020, en su investigación, cuyo objetivo fue encontrar la prevalencia y factores asociados de la violencia familiar durante la gestación. Presentó un diseño analítico y de corte transversal. Donde los resultados mostraron que la prevalencia de violencia durante la gestación fue 29,44 % [IC 95 %: 22,72-36,17 %]; la psicológica alcanzó 27,78 % [IC 95 %: 21,17-34,38 %], la física de 8,33 % [IC 95 %: 4,26-12,41 %] y sexual de 3,33 % [IC 95 %: 0,69-5,98 %]. Concluyendo que la violencia doméstica se asocia al parto pretérmino.

Correa en 2019 (20), llevó a cabo un proyecto con el objetivo de determinar cómo está relacionada la violencia durante el proceso de gestación y las complicaciones de la mama. El estudio, de casos y controles, reveló que más del 70% de las mujeres que experimentaron algún tipo de violencia durante el embarazo presentaron complicaciones maternas. El parto prematuro se observó en menos de los 15% de los casos. Los tipos de violencia que tuvieron significancia asociativa con las complicaciones maternas fueron la violencia física (OR: 2.5; IC 95%: 1.05-5.94; p=0.035) y la violencia psicológica (OR: 2.49; IC 95%: 1.18-5.28; p=0.01). No hubo asociación significativa (p=0.255). Se concluye que la violencia en el proceso de gestación está asociada con las complicaciones de la mama.

Vargas (21), en el año 2018, en su investigación, cuyo fin fue encontrar la relación entre la violencia dentro de la familia, primera regla prematura y la gestación adolescente, Hospital II-2 Tarapoto, en el 2018. Metodología: Estudio de casos y controles, con una muestra de 466 adolescentes. Resultados: 17.6 % de adolescentes gestantes presentaron violencia familiar, la violencia familiar aumentó el riesgo de gestación en 1.7 veces más en adolescentes (IC 95 %: 1.041-3.032 p: 0.034). Conclusión: La violencia familiar es un factor de riesgo en adolescentes.

Arévalo y Azabache en 2018 (22), llevaron a cabo un estudio con el fin de encontrar la manera de influir de la violencia en la familia en la evolución de la gestación en adolescentes que acudieron al Centro de Salud Morales en 2018. El estudio se enmarcó como no experimental, cuantitativo, correlacional y de corte transversal, utilizando una población muestral de 40 gestantes. Se encontró que el 20% de las adolescentes presentaron violencia familiar, siendo el 62.5% víctimas de violencia física, el 57.5% de violencia hablando psicológicamente y el 12.5% de violencia hablando sexualmente. Se concluyó que hay significancia en la asociación de la violencia en la familia con la evolución de la gestación, con un $X^2 = 57,620$ y $p = 0.000$.

Calderón y Ramírez (23), en el 2017, realizó un proyecto con el fin de hallar la conexión entre la violencia dentro de la familia y el arriesgarse a parir de manera normal y parto prematuro en gestantes que acudieron al hospital II-2 Tarapoto. Metodología: estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional, transversal y con una muestra de 120 mujeres con amenaza de parto pretérmino o parto pretérmino. Resultados: 82,5 % son convivientes; 48,3 %, tienen secundaria; 85 %, no tiene empleo; 51,7%, no usa Métodos Anticonceptivos. Violencia física: 20 %, víctima de quemadura; 12,5 %, ataque con armas; 29,2 %, víctima de bofetadas y 16,7 %, tirón de cabellos. Violencia sexual: 50 %, fue por la pareja; 10,8 %, traumatismo vaginal. Violencia hablando psicológicamente: 41,7 % víctima amenazada; 30,8 %, gritos y 8,3 % fueron abandonadas y 51,7 %, presentaron parto prematuro. Conclusión: Hay asociación entre la violencia intrafamiliar y parto prematuro en gestantes.

2.2 . Fundamentos teóricos

2.2.1. Parto pretérmino

Es un nacimiento vivo que concluye antes de las 37 semanas de gestación, cualquiera sea su causa. La prematuridad se clasifica en: extremo (<28 semanas), muy prematuro (28 a <32 semanas), moderado (32 a <34 semanas) y tardío (34 a <37 semanas) (16).

El nacimiento puede ocurrir de forma natural o ser provocado por un proveedor mediante la inducción del trabajo de parto o una cesárea electiva, ya sea con o sin indicación médica. Un recién nacido que llega al mundo después de completar 37 semanas de gestación no se clasifica como prematuro. Sin embargo, se aconseja que, a menos que exista una necesidad médica específica, se permita que el embarazo continúe hasta las 39 semanas para asegurar los mejores resultados posibles (13, 16).

Los neonatos pretérmino tienen un mayor riesgo de mortalidad intrahospitalaria, lo cual se ha asociado principalmente con infecciones neonatales; y respecto a los neonatos a término, tienen una mayor predisposición a experimentar deficiencias motoras y neurocognitivas a corto y largo plazo, además de enfrentar un mayor riesgo de desnutrición, enfermedades crónicas y mortalidades prematuras (4).

Según Hebrehana (24), considera a la violencia de pareja (conyugal) como un problema de salud pública que afecta la salud neonatal en el mundo, complicando el desarrollo normal del recién nacido, puesto que incrementa la probabilidad de dos veces más de nacer de manera prematura frente a las gestantes que no sufren de violencia conyugal.

Entre las principales características se encuentran: bajo peso al nacer, el cual condiciona a mayor riesgo de morbilidad perinatal; mayor riesgo de adaptabilidad al medio y muchas veces necesita de soporte ventilatorio; ya que, por sí mismo y por la inmadurez pulmonar no lo puede realizar e inmadurez de los reflejos propios del recién nacido, el cual afecta una adecuada lactancia y por lo general pierden peso (16).

Por otro lado, tiene un origen multifactorial y a la fecha no hay consenso en ello; sin embargo, hay complicaciones como preeclampsia severa, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), colestasis, rotura prematura prolongada de membranas, placenta previa con sangrado y desprendimiento prematuro de la placenta. Además, hay otras causas intrínsecas asociadas a la activación hormonal y neuronal, las cuales son relevantes para el tema investigado (6, 13).

2.2.2. Violencia Conyugal

Es conocido como violencia de pareja o marital, según la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), lo define como "todo acto donde se usa la fuerza y puede perjudicar a la otra persona en cualquier plano biopsicosocial y puede tener repercusiones para toda la vida" (25).

²⁶ Según la Organización mundial de la salud (OMS, 2022), citado por Dasi (26), se refiere a las conductas de la pareja o anterior pareja a ella, que resultan en daño físico, sexual o psicológico.

Por su parte, Grijalba (27), hace referencia a que se enfoca a actividades conectadas al maltrato que ocurren entre personas que mantienen una relación amorosa o que comparten el mismo hogar, independientemente de si tienen algún parentesco. Según De las Heras²⁸, la violencia se considera uno de los abusos de derechos humanos más extendidos globalmente. La IPV (Violencia de Pareja Íntima) se refiere a comportamientos dentro de una relación íntima que causan daño físico, sexual o psicológico, como la agresión física, la coerción sexual, el abuso psicológico y conductas de control.

2.2.3. Tipos de violencia

La Mujer y Poblaciones Vulnerables (29) ha definido tres tipos de violencia familiar. La violencia de manera físicamente que se refiere a acciones intencionales destinados a causar daño físico a la víctima, como empujones o el uso de objetos punzantes, que pueden resultar en lesiones físicas o cicatrices. La violencia psicológica consiste en comportamientos dirigidos a desvalorizar o humillar a la víctima, como amenazas o insultos, afectando su bienestar emocional. Por último, la violencia sexual involucra acciones donde se intenta forzar a la víctima a participar en actos sexuales contra su voluntad.

Asimismo, según Hernández (30), lo considera como un problema de salud pública; sin embargo, muy poco se reporta, por el impacto en la maternidad y el temor por la denuncia y las consecuencias para sí y el bebé, siendo el agresor la pareja, ejerciendo todo tipo de violencia; basándose en el patriarcado; donde la sexualidad de las mujeres pasa meramente como una actividad netamente reproductiva.

La VPI es una forma de agresión contra la mujer que se ha venido construyendo a lo largo de la historia y esta tiene efectos sobre la autoestima y la evolución de la mujer violentada; ya que, se establece una relación coercitiva de poder, que vulnera su intimidad, su conciencia, su fuerza y el silencio mismo como una forma de dominio machista y dominación sobre la mujer (12).

En efecto, la violencia repercute en la gestación, limitando un adecuado desarrollo fetal, pues la salud mental de la mujer está afectada y limitada; por lo tanto, se incrementa el

riesgo de aborto, complicaciones maternas, amenaza de parto prematuro e incluso el parto prematuro propiamente dicho (26).

Por lo tanto, se debe realizar una observación profunda de las gestantes en contextos de violencia, teniendo en cuenta el sentimiento que surge como parte de este proceso y a la vez la percepción de la realidad, ya que muchas veces sólo es tomado en cuenta las cifras que se reportan. A mayor violencia, mayor efecto, mayor pérdida de protección así mismas, de su integridad, del feto. Además, las mujeres que sufren violencia reportan pérdida del interés por el cuidado de su salud y la gestación, e incluso se habla de una pérdida en el embarazo lo que puede incrementar la violencia en ellas mismas (31).

Existen factores de riesgo de la VPI asociado al macro y microsistema; es decir asociados a creencias y valores culturales (macrosistema) y estructuras formales e informales que determinan el ambiente donde el ser humano vive (microsistema). Entre los factores del macrosistema se encuentran el bajo o nulo empoderamiento de la mujer, bajo nivel educativo, pobreza, desconocimiento de sus derechos, falta de autonomía, creencias religiosas, pobreza, ser madre adolescente, antecedente de violencia en la infancia y matrimonio impuesto (14) (15).

⁴¹ Por otro lado, los factores de riesgo asociado al microsistema, se encuentran: número de hijos (1 o 2 hijos); ser madre soltera o divorciada; duración de la relación de pareja; satisfacción marital (menor satisfacción predice VPI); perdón de la esposa frente a actos violentos por la pareja; en efectos estos factores violentos incrementan y someten a la mujer (14).

Así mismo, existen factores ontogenéticos asociados a la VPI, donde se tienen una actitud favorable, las mujeres tienden a sentir culpabilidad de lo que sucede más que los varones; otro factor es el embarazo, que tienen a normalizar y finalmente ²⁵ el consumo de alcohol el cual incrementa el riesgo de VPI (12) (15).

La VPI tiene consecuencias negativas tanto en el área psicológica, física y social; también es importante mencionar que ocasiona la degeneración de las relaciones interpersonales y es posible que llegue a causar hasta la muerte (32). De igual manera, Molina (33), manifiesta que la población de féminas que son víctimas de maltratos en el físicos o sexuales son los que más generan un déficit de bien de manera psicológica, generándose con ello un problema de salud global.

Por lo tanto, según Hernández (30), considera como un problema de salud pública; sin embargo, muy poco se reporta, por el impacto en la maternidad y el temor por la denuncia y las consecuencias para sí y el bebé, siendo el agresor la pareja, ejerciendo todo tipo de violencia; basándose en el patriarcado; donde la sexualidad de las mujeres pasa meramente como una actividad netamente reproductiva.

La VPI es una forma de maltrato contra la mujer ²³ que se ha venido construyendo a lo largo de la historia y esta tiene efectos sobre la autoestima y la evolución de la mujer violentada; ya que, se establece una relación coercitiva de poder, que vulnera su intimidad, su conciencia, su fuerza y el silencio mismo como una forma de dominio machista y dominación sobre la mujer (12).

En efecto, ello repercute en la gestación, limitando un adecuado desarrollo fetal, pues la salud mental de la mujer está afectada y limitada; por lo tanto, se incrementa el riesgo de aborto, complicaciones maternas, amenaza de parto prematuro e incluso el parto prematuro propiamente dicho (23).

Por lo tanto, se debe realizar una observación profunda de las gestantes en contextos de violencia, teniendo en cuenta el sentimiento que surge como parte de este proceso y a la vez la percepción de la realidad, ya que muchas veces sólo es tomado en cuenta las cifras que se reportan. A mayor violencia, mayor efecto, mayor pérdida de protección así mismas, de su integridad, del feto. Además, las mujeres que sufren violencia reportan pérdida del interés por el cuidado de su salud y la gestación, e incluso se habla de una pérdida en el abrazo lo que puede incrementar la violencia en ellas mismas (31).

La violencia física en la gestante, puede ocasionar dos veces mayor riesgo de un parto precipitado, prematuridad, muerte fetal y en el caso de la madre puede ocasionar rotura uterina, hemorragia, aborto, desprendimiento prematuro de placenta y complicaciones post parto. Por otro lado, despiertan deseos de perder la gestación, desprecio por el hijo, deseo de abortar, inseguridad y baja autoestima; esto ocasiona serios problemas en el desarrollo fetal e incrementa el riesgo de morbilidad fetal (31).

Mucha (18) señala ³⁴ que la violencia durante el embarazo está asociada con riesgos significativos para el recién nacido. Las mujeres que sufren violencia tienen mayor probabilidad de experimentar parto prematuro y dificultades a la hora de parir. Además, el riesgo de estas dificultades aumenta significativamente dependiendo del trimestre en el cual comienza la violencia: primer trimestre, segundo trimestre y tercer trimestre. La

violencia no solo afecta la salud materna y neonatal al predisponer al parto prematuro y bajo peso al nacer, sino que también puede disminuir las posibilidades de supervivencia de los neonatos.

De acuerdo con Chaves (34), la Violencia de Pareja Íntima (VPI) está vinculada a un aumento en el riesgo de parto prematuro, considerado como un resultado adverso para la salud materna e infantil. Un estudio en Australia (35) también encontró que la violencia de pareja está asociada con un mayor riesgo de resultados adversos en la salud materna y perinatal, incluyendo un incremento en la probabilidad de parto prematuro.

Así mismo, en Nepal (36), se evidenció que la violencia doméstica en la gestación se asoció a resultados perinatales y maternos adversos incrementándose el parto prematuro (OR: 2,33; IC 95 %: 1,10–4,73). La violencia limita la asistencia a la Atención Prenatal (APN), el incremento del estrés y este eleva los niveles de cortisol, que puede ocasionar vasoconstricción de los vasos sanguíneos, esto reduce el flujo sanguíneo al útero y reduce el suministro de micronutrientes hacia el feto; por otro lado, el estrés en la gestación a causa de la violencia puede condicionar contracciones uterinas y el parto prematuro.

Por otro lado, en Ecuador también se evidenció la violencia de pareja (violencia conyugal), donde el parto prematuro, bajo peso al nacer y óbito fetal fueron consecuencias de la violencia de pareja y esto se observa sobre todo en mujeres jóvenes, pobres, extremadamente pobres, nivel educativo básico, dependencia económica, analfabetas y alcoholismo (37).

En España (38), se ha evidenciado repercusiones perinatales en mujeres que sufrieron violencia: donde el parto pretérmino, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino y pequeño para la edad gestacional fueron las principales consecuencias de la violencia y son los efectos estresantes que afectan el desarrollo fetal y llegan a desencadenar en partos pretérminos.

Cabe recalcar que la IPV genera altos niveles de estrés en la gestante, teniendo en cuenta que la gestación por sí misma cursa por una serie de cambios que de cierta forma generan una respuesta fisiológica y esto va a depender sobre todo de la capacidad de gestión de cada gestante (38).

En la presente investigación acerca de VPI, tiene un sustento fisiopatológico; donde el estrés producto de la IPV, provoca cambios a nivel psiconeuroendocrino e inmunológico e involucra principalmente al eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal (HPA), el sistema

nervioso simpático (SNS) y el sistema límbico. En efecto, cuando la gestante está mentalmente afectada, estas emociones afluyen desde el sistema límbico el cual provoca una hiperactivación del eje HPA y del SNS (39).

Por su parte, la hiperactivación del hipotálamo da como resultado la liberación de altos niveles de "hormona liberadora de corticotropina" (CRH) en el núcleo paraventricular hipotalámico; esta actúa sobre la glándula pituitaria, estimulando la liberación de la hormona adrenocorticotropina (ACTH); Así mismo, estas actúan sobre las glándulas suprarrenales para estimular la producción de glucocorticoides (cortisol) (6) (38).

De igual manera, el cortisol puede ser metabolizado a su forma inactiva, cortisona, por la 11- β -hidroxiesteroide deshidrogenasa (11 β -HSD) tipo 2. Por otro lado, el cortisol tiene varios efectos metabólicos y fisiológicos en el cuerpo. Durante la gestación, estimula la liberación de CRH por los citotroblastos placentarios, el amnios, el corion y las células deciduales. En efecto, la CRH placentaria aumenta la producción de prostaglandinas, lo que termina con la rotura de membranas y/o el inicio del proceso del parto (6).

Para Musa (40), la VPI no contribuye en la reducción de la morbilidad infantil ni perinatal; pues se ha demostrado que los altos niveles de estrés (agudo y crónico) genera la producción de la CRH, produciendo contracciones del músculo liso y se asocia al trabajo de parto, como ya se explicó anteriormente. Así mismo, el estrés severo o prolongado altera todo el sistema inmunológico de la gestante e incluso puede desencadenar el trabajo de parto.

En efecto, se debe trabajar en convertir la prevención de la violencia conyugal en una estrategia para reducir la mortalidad y la morbilidad infantil, examinar exhaustivamente a las mujeres embarazadas para detectar violencia y brindar apoyo a las mujeres que experimentaron violencia conyugal; el cual podría ser útil para abordar la prematuridad. Dado que las mujeres pueden ser reacias a buscar apoyo, se debe considerar superar las normas sociales en torno a la consejería y la violencia conyugal para mitigar de manera efectiva el efecto de la violencia conyugal en el parto prematuro (40).

CAPÍTULO III

MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Ámbito del estudio

3.1.1. Contexto

Se realizó en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas, está ubicado en la calle Ucayali Mz G lote 07 de Yurimaguas, Provincia de Alto Amazonas en la región Loreto; el cual cuenta con autonomía financiera y depende directamente de la Gerencia Regional de Salud Loreto.

El Hospital Santa Gema es de segundo nivel de atención, con categoría II-2, no cuenta con población adscrita y tiene servicios de hospitalización en gineco-obstetricia, pediatría, medicina y cirugía; además, brinda consulta externa especializada y servicios de apoyo al diagnóstico; cabe mencionar que, es considerado un hospital referencial y estratégico, porque brinda servicios de salud a población de la provincia de Alto Amazonas, Datem del Marañón y parte de región San Martín en el ámbito de la accesibilidad territorial.

3.1.2. Periodo de ejecución

La recolección de los datos se llevó a cabo entre enero a junio del 2022 en el Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.

3.1.3. Autorizaciones

La investigación fue ejecutada en el "Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas", la cual fue revisada por el Comité de Ética en Investigación en Salud y aprobada según Resolución Directoral N° 303-2023-GRL-GRSL/30.037.03.01

3.1.4. Control ambiental y protocolos de bioseguridad

Se tuvo en cuenta protocolos bioseguros en todas las púerperas que participaron en la investigación.

3.1.5. Principios éticos

Se tuvo en cuenta la Declaración de Helsinki, en la que considera que toda investigación está fijada a normas éticas para garantizar el respeto de los seres humanos para proteger su salud y sus derechos; entre ellos la dignidad, la integridad, confidencialidad de las personas que participan en toda investigación (41).

Por otro lado, también se tuvo en cuenta ⁶⁹ las consideraciones éticas en investigación en salud en seres humanos (42), donde los seres humanos que participaron en la investigación de manera directa, se debe evitar la identificación individual.

⁷ 3.2 Sistema de variables

3.2.1. Variables principales

Variable independiente: ⁵¹ Violencia conyugal.

Es la agresión física, psicológica o sexual donde se vulnera la libertad de la pareja o sus miembros, donde se hace uso de la coerción y coercibilidad (5).

Violencia física:

⁵⁰ Es el uso de la fuerza física o el poder; contra otra persona o así misma, que ocasione lesiones, daños o incluso la muerte (5).

²⁸ **Violencia psicológica**

Es toda hecho, acción u omisión que ocasione daño, molestia, afectación emocional, alteración o daño a la autoestima de otra persona o así misma (5).

Violencia sexual

Es cualquier acto sexual, sea este consumado o no en contra de su sexualidad de la otra persona haciendo uso de coerción o la coercibilidad, ⁶ independientemente de la relación con la otra persona, en cualquier ámbito (5).

Variable dependiente: Parto pretérmino.

³⁵ Es el parto que ocurre entre las 22 y las 36 ⁷ semanas 6 días, por diversos motivos, siendo muchas veces por hechos patológicos, violencia o traumatismo (2).

Operacionalización de variables

Tabla 1
Operacionalización de variables por objetivos

objetivo específico 1

Determinar si la violencia física se asocia al parto pretérmino, "Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, enero – junio del 2022".

Variable abstracta	Variable concreta	Medio de registro	Unidad de medida
Violencia física	No violencia física Violencia física	Guía de recojo de datos	Intervalo Ordinal Nominal

Objetivo específico 2

Determinar si la violencia psicológica se asocia al parto pretérmino, "Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, enero – junio del 2022".

Variable abstracta	Variable concreta	Medio de registro	Unidad de medida
Violencia psicológica	No violencia psicológica Violencia psicológica	Guía de recojo de datos	Intervalo Ordinal Nominal

Objetivo específico 3

Determinar si la violencia sexual se asocia al parto pretérmino, "Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, enero – junio del 2022".

Variable abstracta	Variable concreta	Medio de registro	Unidad de medida
Violencia sexual	No violencia sexual Violencia sexual	Guía de recojo de datos	Intervalo Ordinal Nominal

3.3 . Procedimientos de la investigación

Fue un estudio de diseño no experimental, porque no se estimularon o no se manipularon las variables de estudio, por lo tanto, sólo se observaron los fenómenos en su medio natural; los cuales fueron analizados (43).

Además, fue de tipo correlacional porque buscó determinar el grado de relación o asociación (no causal) en las variables de estudio (violencia conyugal y parto pretérmino); donde primero se midieron las variables y luego a través de las pruebas estadísticas se estima la asociación donde se aceptan o rechazan la hipótesis (43).

Así mismo, se utilizó el enfoque cuantitativo; donde se permitió utilizar la observación y medición de la unidad de análisis y el tratamiento estadístico y finalmente la investigación, porque en un sólo momento se aplicó el instrumento de investigación (43).

El conjunto poblacional fue representado por todas las púerperas inmediatas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Santa Gema de Yurimaguas, que tuvieron

su parto durante el periodo enero – junio del 2022.

En la presente investigación se tomó como conjunto muestral a 90 púerperas; en la cual fue una muestra no probabilística; en la cual se tuvo en cuenta las decisiones del investigador, donde la unidad de análisis no depende de la probabilidad, sino de la razón relacionada con las características y el contexto de la investigación; las cuales participaron de manera voluntaria y fueron sinceras con sus respuestas (43).

Los criterios de selección fueron los siguientes:

- Criterios de inclusión:

- ✓ Mayores de 18 años y que deseen participar en la presente investigación
- ✓ Que presenten un recién nacido vivo.

- Criterios de exclusión:

- ✓ Que sean menores de 18 años de edad
- ✓ Con problemas de salud mental
- ✓ Que no deseen participar en la presente investigación
- ✓ Que sean post parto con embarazo múltiple

3.3.1 Actividades del objetivo general

- Una vez aprobado el proyecto por parte de la universidad, se presentó una solicitud dirigida al director del "Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas" para que brinde las facilidades en la ejecución del proyecto de investigación.
- Posterior a la aprobación por el Comité de Ética en Investigación en Salud, se procedió a la recolección de la información utilizando el instrumento (Anexo 1), según lo planificado.
- Para analizar el objetivo general, se tuvo en cuenta la variable parto pretérmino, donde se consideró si o no hubo parto pretérmino y en el caso de la variable violencia conyugal se categorizó si o no hubo violencia conyugal.
- Posteriormente se procesó en el software SPSS v. 25.0 en el cual se emplearon medidas de tendencia centrales, dispersión y frecuencias. Por otro lado, se aplicó el Chi cuadrado para determinar la fuerza de asociación de las variables y los resultados fueron mostrados en tablas de doble entrada, para luego ser analizados y discutidos.

3.3.2 Actividades del objetivo específico 1

- Se recolectó información sobre la variable parto pretérmino donde se consideró si o no se presentó el parto pretérmino para ser cruzado con la variable secundaria

violencia física y sus dimensiones a evaluar fueron: no violencia y violencia propiamente dicha.

2. Luego esta información será organizada y se exportó a una base de datos en el Microsoft Excel 2019.
3. Posteriormente se procesó en el software SPSS v. 25.0 en el cual se emplearon medidas de tendencia centrales, dispersión y frecuencias. Para determinar la asociación de las variables en estudio, se utilizó la prueba Chi cuadrado de homogeneidad, que ayudará a determinar la probabilidad del parto pretérmino asociado a la violencia física.
4. Los ítems que determinaron la presencia o ausencia de violencia física fueron: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 13, 16 y 19; el cual tuvo un puntaje mínimo de 0 y máximo de 249 y se estratificó de la siguiente manera: 0 a 2 puntos, no existe violencia y de 3 a 12, existe violencia física.
5. Finalmente se elaboraron tablas de doble entrada para el análisis y discusión.

3.3.3 Actividades del objetivo específico 2

1. En el objetivo específico 2, se recolectó información sobre la variable parto pretérmino donde se consideró sí o no se presentó el parto pretérmino para ser cruzado con la variable secundaria violencia psicológica y sus dimensiones a evaluar fueron: no violencia y violencia propiamente dicha.
2. Luego esta información se organizó en Microsoft Excel 2019 y se analizó en el software SPSS v. 25.0 en el cual se emplearon medidas de tendencia centrales, dispersión y frecuencias.
3. Cabe mencionar que se tomó el instrumento elaborado por Valdez-Santiago (44), de su investigación "Escala de violencia e índice de gravedad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas", con un índice de fiabilidad del 95 % y un coeficiente de Alpha de Cronbach de 0.99.
4. Los ítems que corresponden a la escala de violencia psicológica son: 8, 9, 12, 15 y 17; teniendo como puntaje mínimo 0 y máximo de 81; donde se consideró no violencia cuando los valores fueron entre 0 a 5 puntos y violencia psicológica de 6 a 81 puntos y finalmente se elaboraron tablas para su análisis y discusión.
5. Posteriormente se procesó en el software SPSS v. 25.0 a través del análisis descriptivo donde se empleó medidas de tendencia, dispersión y frecuencias. Para determinar la asociación de las variables en estudio, se utilizó la prueba Chi cuadrado

de homogeneidad, que ayudará a determinar la probabilidad del parto pretérmino asociado a la violencia psicológica.

2 3.3.4 Actividades del objetivo específico 3

1. En el objetivo específico 3, se recolectó información sobre la variable parto pretérmino donde se consideró sí o no se presentó el parto pretérmino para ser cruzado con la variable secundaria violencia sexual y sus dimensiones a evaluar fueron: no violencia y violencia propiamente dicha.
2. Luego esta información se organizó **8** en una base de datos en el Microsoft Excel 2019 y se procesó en el software SPSS v. 25.0 en el cual se emplearon medidas de tendencia centrales, dispersión y frecuencias.
3. Los ítems para determinar la presencia de violencia sexual fueron: 1, 14 y 18; el puntaje fue entre 0 a 51 puntos; donde se consideró no presencia de violencia sexual, cuando oscilaba entre 0 a 1 puntos y presencia de violencia de 2 a 51 puntos y finalmente se elaboraron tablas para su análisis y discusión.
4. Posteriormente se procesó en el software SPSS v. 25.0 a través del **3** análisis **11** descriptivo donde se empleó medidas de tendencia, dispersión y frecuencias. Para hallar la asociación de las variables en estudio, se utilizó la prueba Chi cuadrado de homogeneidad, que ayudará a determinar la probabilidad del parto pretérmino asociado a la violencia sexual.

CAPITULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Objetivo general

Tabla 2

Violencia conyugal asociado al parto pretérmino, "Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, enero – junio del 2022"

		PARTO PRETERMINO				Total	
		SI		NO		N°	%
		N°	%	N°	%		
Violencia conyugal	SI	16	35.56	5	11.11	21	23.33
	NO	29	64.44	40	88.89	69	76.67
Total		45	100.00	45	100.00	90	100.00

Interpretación

La tabla 2 evidencia que el 35.56% (16) de gestantes tienen parto pretérmino y sufrieron de violencia conyugal; mientras que el 64.44% (29), nunca sufrieron violencia conyugal.

Tabla 3

Chi-cuadrado

	Value	df	Asymp. Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.86	1	.0089
N of Valid Cases	90		

Interpretación

Con un p valor de 0,0089 y siendo $p < 0,05$; se termina por **rechazar la H0** y se llega a **aceptar la H1**. Por lo expuesto, **se** concluye que la violencia conyugal está asociada al parto pretérmino.

Prueba de hipótesis general:

H1: La violencia conyugal está asociada al parto pretérmino, "Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, enero – junio del 2022".

H0: La violencia conyugal no está asociada al parto pretérmino, "Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, enero – junio del 2022".

Discusión

Como se evidencia en la tabla 1; 35.56% de las gestantes con parto pretérmino,

sufrieron de violencia conyugal; determinándose que la violencia conyugal se asocia al parto pre término ($p=0,0089$).⁶⁰ Por su parte, Koirala¹² en su investigación evidenció que 32.7 % ha sufrido violencia de pareja en algún momento de su vida y 24 % de estas mujeres tuvieron parto pretérmino; así mismo, una de cada tres mujeres experimentó violencia de pareja íntima durante su embarazo reciente. En efecto, si tiene relación con la presente investigación y ello se debe a que la violencia conyugal influye de manera negativa o adversa en la gestación, produciendo amenaza de parto pretérmino o incluso el parto propiamente dicho.

De igual forma, Sobhani et al. (15), afirma que casi la mitad de las féminas gestantes estudiadas, habían padecido de violencia intrafamiliar; determinando una relación muy significativa entre violencia doméstica y trabajo de parto prematuro. En esa misma línea, Vásquez (45).⁶⁷ Identificó al parto pretérmino como una complicación materna en mujeres que sufren de violencia de género; determinando que la violencia de género se asocia significativamente al parto pretérmino y conlleva a complicaciones materno-perinatales, el cual queda demostrado cuando ocurre una serie de sucesos hormonales, que culminan en la liberación de prostaglandinas que reblandecen el cuello uterino, provocando el trabajo de parto propiamente dicho.

A ello, Ríos (46),⁴⁴ afirma que casi la tercera parte de los recién nacidos prematuros provienen de madres que fueron víctimas de violencia moderada y una pequeña parte de manera severa; sin embargo, no existió asociación entre violencia conyugal y el nacimiento pretérmino, manifestándose principalmente la violencia física (agresión); cabe mencionar que las mujeres mayormente violentadas son gestantes con bajo nivel educativo (primaria).

Por otro lado, Laelago (47), determina que 23 % de las mujeres sufren violencia de pareja en la gestación; 8.7 % nacen de manera prematura; pero se ha demostrado en esta investigación, que la violencia conyugal no se asocia al parto pretérmino ($COR=0.36(0.12.1.014)$); a pesar de ello, no se comprende exactamente como la violencia conduce al riesgo adverso del parto donde se plantean dos vías; la primera está orientado al efecto del trauma físico contundente que puede desencadenar el parto y la otra vía está asociado potencialmente a altos niveles de estrés y mala nutrición materna.

Por su parte, Al-Marhabi et al. (48),¹⁸ determinó una prevalencia de 42.9 % de violencia contra gestantes; demostrando una asociación significativa entre la violencia y el parto pretérmino; por lo tanto, la violencia doméstica es reconocida como un problema de⁴³

salud pública y una importante violación de los derechos humanos a escala mundial; el cual tiene un impacto negativo tanto en la salud de la madre como en la del niño; y entre los factores que condicionan su incremento está el ingreso familiar, consumo de tabaco, matrimonio forzado, número de hijos y número de gestaciones.

Sin embargo, Solís (49), identificó 37.72 % de mujeres que sufrieron violencia conyugal y parto pretérmino; sin embargo, al aplicar el modelo de regresión logística, donde no hubo relación entre el parto pretérmino y la violencia conyugal; a pesar que la violencia afecta la salud materna y sobre todo en un momento vulnerable, no se hallaron suficiente evidencia que demuestre la asociación.

4.2. Objetivo específico 1

Tabla 4

Violencia física asociada al parto pretérmino, "Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, enero – junio del 2022".

		PARTO PRETERMINO				Total	
		SI		NO		N°	%
Violencia física		N°	%	N°	%		
	SI	16	35.56	0	0.00	16	17.78
	NO	29	64.44	45	100.00	74	82.22
	Total	45	100.00	45	100.00	90	100.00

Interpretación

En la tabla 3, se evidencia que en 35.56% (16) de gestantes con parto pretérmino sufrieron de violencia física y 64.44% (29) no sufrieron violencia física.

Tabla 5

Chi-cuadrado

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	7.29	1	.0069
N of Valid Cases	90		

Interpretación

Con un p valor de 0,0069 y siendo $p < 0,05$; se llega a rechazar la H_0 y se llega a aceptar la H_1 . Por lo expuesto, se concluye que la violencia física está asociada al parto pretérmino.

Prueba de hipótesis específica:

H1: La violencia física está asociada al parto pretérmino, "Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, enero – junio del 2022".

H0: La violencia física no está asociada al parto pretérmino, "Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, enero – junio del 2022".

Discusión

¹⁵ La tabla 3, evidencia que el 35.56% de las gestantes con parto pretérmino sufrieron de violencia física y el 64.44% no sufrieron violencia física; por lo tanto, la violencia física se asocia al parto pretérmino ($p=0.0069$). No obstante, las estadísticas de esta investigación son mayores a las de Koirala (12), donde considera que la violencia física alcanzó 28.6 % y 24 % presentaron parto pretérmino; por lo tanto, al aplicar la regresión logística binaria, ²⁰ la violencia de pareja se asoció significativamente con bebé prematuro (OR-1,143, IC 95%- 0,386-3,384, $p=0,002$); esto se debe muchas veces las mujeres no reportan la violencia por miedo a tener problemas, estigmatización y evitar polemizar cuestiones matrimoniales y por otro lado, las mujeres no suelen brindar la información completa por temor a la reacción del marido o la familia.

Por su parte Correa (20), asocia a la violencia física con el parto pretérmino ($p=0.035$); es decir, la gestante que sufre ³⁴ de violencia física en la gestación tiene la probabilidad de tener dos veces y medio más de riesgo de parto pretérmino; por lo tanto, existe una asociación entre las variables en estudio; en efecto, la violencia física afecta el desarrollo integral del recién nacido, condicionándolo a morbilidades. De igual forma, Vásquez (43), refiere que dentro de las complicaciones maternas por la violencia en la gestación es el parto pretérmino en un 11 %; de las cuales, esta se asocia a la violencia física ($p: 0.043$) en un 30 %; considerado que existe una relación significativa entre ambas variables; esto probablemente se debe al uso contundente de la fuerza ocasionando un trauma físico que desencadena como efecto adverso el parto.

A ello, Meza (50), adiciona con su investigación, que la violencia física se presentó en 23.9 % de los partos pretérmino y 69 % de la violencia física es responsable la pareja; existiendo una relación altamente significativa ($p:0.013$); lo que quiere decir que la violencia familiar (conyugal) afecta el adecuado proceso normal de la gestación, ocasionando partos pretérminos, hemorragia, bajo peso al nacer; por lo tanto, tiene similitud con la presente investigación.

Por otro lado, Ríos (46), afirma que, ⁴⁴ 27.9 % de los recién nacidos prematuros provienen

de madres que fueron víctimas de violencia moderada y 5.8 %, severa; esta investigación no demuestra asociación estadísticamente significativa ($p > 0.05$) entre violencia física y psicológica y el nacimiento pretérmino; a pesar que, la violencia está presente no demuestra asociación; se evidencia que la agresión predomina en mujeres cuyo grado de instrucción es primaria; es decir son más propensas a la violencia las gestantes con bajo nivel educativo (primaria); sin embargo, En ese sentido, Laelago (47), reafirma que la violencia conyugal no se asocia al parto pretérmino; difiriendo ambas investigaciones con la presente investigación a pesar que, fisiológicamente el trauma físico puede desencadenar el trabajo de parto adverso; en efecto, se debe estudiar otras condiciones o variables que ayuden a deliberar la asociación entre violencia física y parto pretérmino.

4.3. Objetivo específico 2

Tabla 6

Violencia psicológica asociada al parto pretérmino, "Hospital II-2 Santa Gema de Yunmaguas, enero – junio del 2022".

		PARTO PRETERMINO				Total	
		SI		NO		N ^o	%
Violencia Psicológica		N ^o	%	N ^o	%		
	SI	12	26.67	2	4.44	14	15.56
	NO	33	73.33	43	95.56	76	84.44
Total		45	100.00	45	100.00	90	100.00

Interpretación

En la tabla 4, se evidencia que 26.67 % (12) de las gestantes con parto pretérmino presentaron violencia psicológica, y 73.33 % (33) no presentaron violencia psicológica.

Tabla 7

Chi-cuadrado

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.60	1	.01
N of Valid Cases	90		

Interpretación

Con un p valor de 0,01 y siendo $p < 0,05$; se llega a rechazar la H₀ y se llega a aceptar la H₁. Por lo expuesto, se concluye que la violencia psicológica está asociada al parto pretérmino.

Prueba de hipótesis específica:

H1: La violencia psicológica está asociada al parto pretérmino, "Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, enero – junio del 2022".

H0: La violencia psicológica no está asociada al parto pretérmino, "Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, enero – junio del 2022".

Discusión

La tabla 4, muestra que el 26.67 % de las gestantes con parto pretérmino presentaron violencia psicológica, y el 73.33 % no presentaron violencia psicológica; en efecto, la violencia psicológica se asocia al parto pretérmino ($p=0.01$). Esta investigación se alinea a lo propuesto por Koirala (12); donde considera que, la violencia psicológica se presentó en 30.9 % y 24 % fue parto pretérmino; existiendo relación entre las variables en estudio; esto se debe muchas veces las mujeres no reportan la violencia por miedo a tener problemas, estigmatización y evitar polemizar cuestiones matrimoniales y por otro lado, las mujeres no suelen brindar la información completa por temor a la reacción del marido o la familia; el cual afecta definitivamente la salud mental de la gestante y las implicancias son mayores en la salud materna.

Por su parte, Quevedo (7), determinó que 8.9 % de las mujeres que enfrentaron violencia durante el embarazo experimentaron un parto pretérmino, a diferencia que sólo 3 % se presentó en quienes no sufrieron violencia; sin embargo, no hubo asociación significativa; cabe mencionar que, entre los factores estudiados y con mayor riesgo de parto pretérmino está la residencia urbana, desempleo y bajo nivel económico.

Así mismo, Correa (20), considera que la violencia puede llevar a un parto pretérmino y que esta se asocia a la violencia psicológica ($p=0.01$); es decir la gestante que sufre de violencia, psicológicamente hablando, en la gestación se arriesgan casi dos veces y medio más a tener parto prematuro, esto puede conllevar a un alto riesgo de morbilidades materno y perinatal.

De igual manera, Vásquez (45), determinó que la violencia psicológica se presenta en 77 % en la gestación y ello genera complicaciones como parto pretérmino en 7 %, encontrando relación significativa del estudio ($p=0.043$); por lo tanto, existe significancia asociativa entre violencia, psicológica hablando, y parto pretérmino. Por su parte, Meza (50), considera que la violencia psicológica genera graves consecuencias en la gestación, debido a que ocasiono 55.8 % de partos pretérminos en su investigación; sin

embargo, no pudo demostrar la asociación entre las variables en mención ($p: 0.578$); esto afecta la salud materna directamente; pues se evidenció un incremento en la ganancia de peso, infecciones urinarias, hemorragia.

Solis (49), en su investigación determinó que 35.09 % de las gestantes que presentaron violencia psicológica presentaron parto pretérmino y al utilizar el modelo de regresión logística bivariado, se determinó que las gestantes que sufre violencia psicológica tienen 1.45 veces más de arriesgarse a una presencia de parto pretérmino (OR: 1.45; IC 95 %: 0.82-2.54); por lo tanto, hay un alto riesgo de prematuridad y por ende es un problema de salud pública.

4.4. Objetivo específico 3

Tabla 8

Violencia sexual asociada al parto pretérmino. "Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, enero – junio del 2022"

		PARTO PRETERMINO				Total	
		SI		NO			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Violencia Sexual	SI	17	37.78	1	2.22	18	20.00
	NO	28	62.22	44	97.78	72	80.00
Total		45	100.00	45	100.00	90	100.00

Interpretación

En la tabla 5, se evidencia que, 37.78 % (17) de las gestantes con parto pretérmino presentaron violencia sexual y 62.22 % (28) no presentaron violencia sexual.

Tabla 9

Chi-cuadrado

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	9.67	1	.0019
N of Valid Cases	90		

Interpretación

Con un p valor de 0,0019 y siendo $p < 0,05$; se llega a rechazar la H_0 y se llega a aceptar la H_1 . Por lo expuesto, se concluye que la violencia sexual está asociada al parto pretérmino.

Prueba de hipótesis específica:

H1: La violencia sexual está asociada al parto pretérmino, "Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, enero – junio del 2022".

H0: La violencia sexual no está asociada al parto pretérmino, "Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, enero – junio del 2022".

Discusión

En la tabla 5 se evidencia que, 37.78 % de las gestantes con parto pretérmino presentaron violencia sexual, y el 62.22 % no presentaron violencia sexual; por lo tanto, la violencia sexual se asocia al parto pretérmino ($p= 0.0019$). Sin embargo, esta investigación tiene estadísticas mayores a la obtenida por Koirala (12), donde considera que la violencia sexual se presentó en 22.7 % y 24 % fue parto pretérmino; determinando una asociación significativa; muchas veces consideran que no reportan por estigma social, temor, vergüenza y que ello desencadene problema en la familia.

Por su parte, Correa (20), revela que mientras respecto a violencia sexual no hubo asociación, lo cual difiere de la presente investigación. Sin embargo, en el estudio de Vásquez (43), no evidenció violencia sexual ni parto pretérmino, el cual discrepa con la presente investigación; a pesar que la asociación que existe es moderada.

Por otro lado, Meza (47), evidenció que el 4.9 % de los partos pretérminos, fueron porque la gestante sufrió de violencia sexual y demostró su asociación entre ambas variables ($p: 0.004$); sin embargo, no se determinó el riesgo relativo entre la violencia hablando sexualmente, y el parir prematuramente; por lo tanto, la violencia sexual pone en riesgo la salud materna ya que se evidencia un incremento de peso, infecciones urinarias y hemorragia durante el embarazo y culminación de la gestación propiamente dicho.

CONCLUSIONES

- Se concluye que, para el objetivo general, existe ³ relación estadísticamente significativa entre la violencia conyugal con el parto pretérmino ($p = 0.0089$) en "Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, enero – junio del 2022".
- Se concluye que, para el objetivo específico 1, 35.56% (16) de gestantes con parto pretérmino sufrieron de violencia física y 64.44% (29) no sufrieron violencia física; donde se determinó que la violencia física está asociado al parto pretérmino ($p=0.0069$) "Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, enero – junio del 2022".
- Se concluye que, para el objetivo específico 2, 26.67 % (12) de las gestantes con parto pretérmino presentaron violencia psicológica, y 73.33 % (33) no presentaron violencia psicológica; donde, se determinó que la violencia psicológica está asociado al parto pretérmino ($p=0.01$), "Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, enero – junio del 2022".
- Se concluye que, para el objetivo específico 3, 37.78 % (17) de las gestantes con parto pretérmino presentaron violencia sexual y 62.22 % (28) no presentaron violencia sexual; donde se determinó que la violencia sexual está asociado al riesgo del parto pretérmino ($p=0.0019$), "Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, enero – junio del 2022".

RECOMENDACIONES

- A las autoridades regionales de salud, tomar como referencia a la presente investigación para implementar políticas sanitarias en salud materna y fin de reducir el riesgo de violencia conyugal a corto, mediano y largo plazo.
- Al personal de salud; en especial al personal Médico, Obstetra y Psicólogo que brindan atención a las gestantes; en la cual se debe aplicar un instrumento que permita evaluar la violencia a todas las gestantes, valorando factores de riesgo a fin de prevenir el parto pretérmino.
- A los jefes del hospital; quienes se deben encargar de implementar guías y protocolos de atención en la detección y prevención de la violencia intrafamiliar; el cual permita al personal de salud brindar la atención médica integral y a través del área legal se reporte a la instancia donde se protejan los derechos de las víctimas, así como se el cuidado que deben tener durante la gestación.
- Se recomienda a las instituciones formadoras de profesionales y técnicos en salud, así como a los investigadores, utilizar el presente estudio como punto de partida para llevar a cabo investigaciones cualitativas y mixtas. Estas investigaciones deben profundizar en el estudio de la violencia y su impacto en la salud perinatal y neonatal, ampliando así nuestro entendimiento sobre este importante tema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Matos L, et al. La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. *RevSalJal*. 2020; 7(3): 179-186 <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2020/sj203h.pdf>
2. Chavarría L. Factores de riesgo relacionados con el parto prematuro en el Salvador. *Revista Alerta*. 2019; 2(2): 144- 152 DOI: <https://doi.org/10.5377/alerta.v2i2.7922>
3. Liu L, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the sustainable Development Goals. *Lancet*. 2018; 388 (10063): 3027-35
4. Walani S. Global burden of preterm birth *GO* 2020; 5(3):14-18.
5. Alemann C, Daga G, Leer J, Lopez Boo F. Violencia de pareja y desarrollo infantil temprano. *Rev Panam Salud Publica*. 2022; 46: e195. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.195>
6. Andhavarapu M, Orwa J, Temmerman M, Musana J. Maternal Sociodemographic Factors and Antenatal Stress. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(13): 6812. Doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph18136812>
7. Yaya S, Kolawole E, Kofi N, Un O. Association between intimate partner violence during pregnancy and risk of preterm birth. *BMC Salud Pública*. 2021; 21: 1610 DOI: 10.1186/s12889-021-11625-8
8. Ministerio de la Mujer. Observatorio de Violencia Región Loreto. 2022. https://observatoriodeviolencia.regionloreto.gob.pe/index.php?pagina=cem_22&id=1
9. Kallpa. Diagnóstico de la situación de violencia familia en Loreto – Provincia de Maynas – Distrito de San Juan Bautista. 2018. https://www.kallpa.org.pe/doc_investigaciones/1_es.pdf
10. Católicas por el Derecho a Decidir. Embarazo adolescente en Loreto: la otra emergencia reflejada en cifras. 2022. <https://www.cddpenu.org/es/contenido/embarazo-adolescente-en-loreto-la-otra-emergencia-reflejada-en-cifras>
11. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Sistema de Información Distrital para la Gestión Pública. 2023. <https://estadist.inei.gob.pe/dashboard/demografico>
12. Koirala S. Intimate partner violence and adverse outcomes of the pregnancy. *Universidad de Katmandú Med J*. 2022; 20(79): 290-294

13. Desta M, et al. Is preterm birth associated with gender violence? intimate partner and maternal malnutrition during the pregnancy in Ethiopia A systematic review and a meta-analysis. *Heliyon*. 2021; 7(10): e08103 DOI: 10.1016/j.heliyon.2021.e08103
14. Berhanie E, et al. Intimate partner violence during Pregnancy and adverse birth outcomes: a case-control study. *Reproductive Health*. 2019; 16: 22
DOI: <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0670-4>
15. Sobhani S, Niknami M, Mirhaghjou SN, Atrkar-e Roshan Z. Domestic Violence and its Maternal and Fetal Consequences on Pregnant Women. *J Holist Nurs Midwifery*. 2018; 28(2): 143-149. DOI: <https://doi.org/10.29252/HNMJ.28.2.143>
16. Sigalla G, et al. Intimate partner violence during pregnancy and its association with preterm birth and low birth weight in Tanzania: A prospective cohort study. *PLoS ONE* 2017; 12(2): e0172540. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal>
17. Núñez M, Moquillaza V, Diaz C. Physical violence during pregnancy in Peru: Proportion, geographical distribution and associated factors, 2016-2018. *Rev. Cuerpo Med. HNAAA*. 2022; 15(2): 199-204. DOI: <http://dx.doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2022.152.1242>.
18. Mucha L, Hernani L, Mejia C. Maltrato en la gestante adolescente y su efecto en el peso del recién nacido en la altura geográfica peruana, Huancayo, Perú. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2022; 87(3): 171-178. <https://dx.doi.org/10.24875/rechog.21000003>
19. Barzola M, Moquillaza V, Diaz "†" C. Violencia doméstica durante el embarazo en un hospital especializado del Perú: Prevalencia y factores asociados. *Rev. chil. obstet. ginecol*. 2020; 85(6): 641-653. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000600641>
20. Correa M. Maternal complications associated with physical, psychological and sexual violence during pregnancy in the Vitarte Hospital, Lima -Perú. *Rev Int Salud Materno Fetal*. 2019; 4(4): 11 -18
21. Vargas F. Violencia intrafamiliar, menarquia precoz como factores asociados al embarazo en adolescentes. Hospital II- 2 Tarapoto, 2018. (Tesis Pregrado), Universidad Cesar Vallejo, Tarapoto, Perú, 2018. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/40306>
22. Arévalo L, Azabache D. Influencia de la violencia familiar en la evolución del embarazo en adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Morales 2018. (Tesis Pregrado), (Tesis Pregrado), Universidad Nacional de San Martín, Tarapoto, Perú, 2018. <https://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/3093>

23. Calderón S, Ramírez L. Violencia intrafamiliar y su relación con la amenaza y/o parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, setiembre 2016 – enero 2017. (Tesis Pregrado), Universidad Nacional de San Martín, Tarapoto, Perú, 2017. Disponible en: <https://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11456/2453>
24. Gebrehana H, et al. Intimate partner violence during pregnancy and adverse birth outcomes in Ethiopia: a review systematic and meta-analysis. POS ONE. 2022; 17(22): e0275836. DOI: 10.1371/journal.pone.0275836.
25. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. ¿Qué es la violencia familiar y cómo contrarrestarla? Todos los seres humanos nacemos libres e iguales en dignidad y en derechos. Edición agosto, 2016. Ciudad de México.
26. Dasi V. Definición de violencia de pareja íntima y formación inicial del profesorado. (Tesis Doctoral), Universitat de Valencia, Valencia, España, 2022. https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/84980/Tesis%20virginia_para%20deposito_rev%202410.pdf?sequence=2&isAllowed=y
27. Grijalba E. Mujeres víctimas de violencia doméstica con trastorno de estrés postraumático: validación empírica de un programa de tratamiento. (Tesis doctoral) Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España, 2007. <http://biblioteca.ucm.es/tesis/psi/ucm-t29877.pdf>
28. De las Heras S, Saeed K, Velasco C, Caño A, De Dios J, Rubio L. Propensity score analysis of psychological intimate partner violence and preterm birth. Sci Rep 2022; 12: 2942 DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-022-06990-2>
29. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables - MIMP. Guía de Atención Integral de los Centros "Emergencia Mujer". 2019. https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgcvglibro_mujeres_varones_15_a_59.pdf
30. Hernández W. Violencias contra las Mujeres La necesidad de un doble plural. Ed. Grade. 2019. <https://www.grade.org.pe/wp-content/uploads/LibroGRADEViolenciaSMujeres.pdf>
31. Hernández A. Maternaje: mujeres en construcción. Estudio sobre mujeres gestantes en contextos de violencia conyugal. (Tesis Posgrado). Universidad Externado de Colombia, Bogotá, Colombia, 2020. <https://bdig@al.uexternado.edu.co/server/api/core/bitstreams/fe83b1d9-d1ea-4145-abde-95d3e1d59a51/content>

32. Mayory S, Salazar C. La violencia intrafamiliar. Un problema de salud actual. *Gaceta Médica Espirituana*. 2019; 21: 96-105.
33. Molina E. Factores de riesgo y consecuencias de la violencia de género en Colombia. *Tempus Psicológico*, 2019; 2: 15-36. <https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/>.
34. Chaves K, Eastwood J, Ogbo F, et al. Intimate partner violence identified through routine antenatal screening and maternal and perinatal health outcomes. *BMC Embarazo Parto*. 2019; 19: 357. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2527-9>
35. Kuntia D, et al. Domestic violence and perinatal outcomes – a prospective cohort study from Nepal. *BMC Public Health*. 2019; 19: 671, DOI: 10.1186/s12889-019-6967-y
36. Ramos S, Garces I. Association between violence during pregnancy and preterm birth and low birth weight in Colombia: Analysis of the demographic and health survey. *Health Care for Women International*, 2019; 40:11, 1149-1169, DOI: 10.1080/07399332.2019.1566331
37. Gregorio M. repercusiones perinatales tras violencia de género en la mujer embarazada. Una revisión bibliográfica actualizada. *Musas*. 2019; 4: 3-21 DOI: 10.1344/musas2019.vol4.num1.1
38. Lima S, et al. Is the Risk of Low Birth Weight or Preterm Labor Greater When Maternal Stress Is Experienced during Pregnancy? A Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies. *PLoS ONE* 2018, 13(7): e0200594, Doi: 10.1371/journal.pone.0200594.
39. Scharfau F, et al. Evaluation of Hair Cortisol and Cortisone Change during Pregnancy and the Association with Self-Reported Depression, Somatization, and Stress Symptoms. *Stress Amst. Neth.*, 2018; 21: 43–50. Doi: 10.1080/10253890.2017.1392507.
40. Musa A, Chojenta C, Loxton D. The association between intimate partner violence and low birth weight and preterm delivery in eastern Ethiopia: Findings from a facility-based study. *Midwifery*. 2021; 92: 102869 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102869>
41. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada de la 52 Asamblea General Edimburgo, Escocia, 2000. https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2010/10/declaracion_helsinki.pdf

42. Ministerio de Salud. Consideraciones Éticas para la investigación en Salud con Seres Humanos. 2020. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/662949/RM_233-2020-MINSA_Y_ANEXOS.PDF
43. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativas, cualitativa y mixta. Mc Graw Hill Education. 2018.
44. Valdez-Santiago R, et al. Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Salud Pub. Mex.* 2006; 48(2): S221-S231.
45. Vásquez C. Violencia de género y las complicaciones maternas durante el embarazo en gestantes del Centro de Salud Palmira, Huaraz – 2021. (Tesis Pregrado). Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, Huaraz, Perú, 2022. Disponible en: https://repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/UNASAM/5095/T033_7360193_4_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
46. Ríos S. Violencia física y psicológica durante el embarazo y su asociación a nacimiento pretérmino y peso bajo al nacer. (Tesis Posgrado). Universidad Nacional Autónoma de México, México, México, 2020. Disponible en: <https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TE501000803945/3/0803945.pdf>
47. Laelago T, Belachew T, Tamrat M. Effect of intimate partner violence on birth outcomes. *Afr Health Sci.* 2017; 17(3): 681-689. doi: <https://doi.org/10.4314/ahs.v17i3.10>.
48. Al-Marhabi B, et al. Maternal and Fetal Outcomes Among Pregnant Women Exposed to Violence. *Cureus* 2023; 15(9): e44715. doi: <https://doi.org/10.7759/cureus.44715>
49. Solís F. Violencia basada en género y su relación con el parto pretérmino en puerperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal; agosto - setiembre 2017. (Tesis Pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos; Lima, Perú, 2019. https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/11413/Solis_mf.pdf?sequence=1&isAllowed=y
50. Meza L. Consecuencias de la violencia basada en genero durante la gestación en adolescentes atendidas en Hospital Nacional Hipólito Unanue 2020. (Tesis Pregrado). Universidad Norbert Wiener, Lima, Perú, 2021. Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/4777/T061_4790_5183_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ANEXOS

Anexos 1:

INSTRUMENTO

Violencia conyugal asociado al parto pretérmino, Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, enero – junio del 2022.

Autor: Valdez-Santiago R, et al.⁴³: Violence scale and severity index: a methodological proposal for measuring violence by the partner in Mexican women

Se realizó una muestra de 26.042 mujeres de 15 años a más, con un-Alpha de Cronbach: 0.99

PROTOCOLO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha: ____/____/____

() Grupo de CASOS

() Grupo de CONTROLES

I. Características de la mujer

A. Edad:

B. Estado civil

Casada ()

Soltera ()

Viuda ()

Conviviente ()

C. Escolaridad:

Analfabeta ()

Primaria ()

Secundaria ()

Superior ()

D. Datos obstétricos

Gesta:

Paridad:

Abortos:

Infección de Transmisión Sexual en la gestación: Si () No ()

N° Atenciones Prenatales:

Edad Gestacional del 1 APN:

Uso de Métodos anticonceptivos: Si () No ()

Ansiedad Si () No ()

Depresión Si () No ()

E. Frecuencia de consumo de alcohol

Mas de 1 al mes ()

Ocasionalmente ()

No consume alcohol ()

F. Antecedentes de maltrato en la niñez

Varias veces y casi siempre ()

Ocasionalmente ()

No le pegaban ()

II. Características de la pareja

Edad:

A. Escolaridad:

Analfabeta ()

Primaria ()

Secundaria ()

Superior ()

B. Estatus económico

Alto ()

Medio ()

Bajo ()

C. Frecuencia de consumo de alcohol

Mas de 1 al mes ()

Ocasionalmente ()

No consume alcohol ()

D. Conoce sobre el periodo fértil

Si () No ()

III. Datos de Recién Nacido

Capuro:

Apar al minuto: a los 5 minutos:

Peso al nacer:

Talla:

Prematuro: Si () No ()

Sufrimiento fetal Si () No ()

Muerte Fetal Si () No ()

IV. Preguntas según escala de violencia

N°	Reactivo	Nunca	Alguna vez	Varias veces	Muchas veces
1	¿Le ha exigido tener relaciones sexuales?				
2	¿Le ha quemado con cigarro u otra sustancia?				
3	¿Le ha pateado?				
4	¿Le ha amenazado con pistola o rifle?				
5	¿Le ha empujado intencionalmente?				
6	¿Le ha golpeado con el puño o la mano?				
7	¿Le ha disparado con una pistola o rifle?				
8	¿Le ha dicho que es poco atractiva o fea?				
9	¿Se ha puesto celoso o ha sospechado de sus amistades?				
10	¿Le ha amenazado con arma, con alguna navaja, cuchillo o machete?				
11	¿Le ha intentado ahorcar o asfixiar?				
12	¿Le ha rebajado o menospreciado?				
13	¿Le ha torcido el brazo?				
14	¿Ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales?				
15	¿Le ha insultado?				
16	¿Le ha agredido con navaja, cuchillo o machete?				
17	¿Le ha rebajado o menospreciado frente a otras personas?				
18	¿Le ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales?				
19	¿Le ha sacudido, zarandeado, jaloneado?				

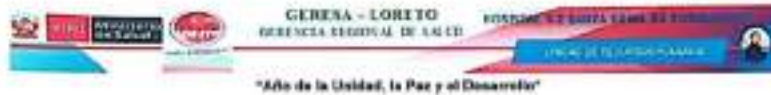
Anexo 2

PUNTAJE A LAS PREGUNTAS SEGÚN ESCALA DE VIOLENCIA

N°	Reactivo	Nunca	Alguna vez	Varias veces	Muchas veces
1	¿Le ha exigido tener relaciones sexuales?	0	6	12	18
2	¿Le ha quemado con cigarro u otra sustancia?	0	6	12	18
3	¿Le ha pateado?	0	8	16	24
4	¿Le ha amenazado con pistola o rifle?	0	6	12	18
5	¿Le ha empujado intencionalmente?	0	5	10	15
6	¿Le ha golpeado con el puño o la mano?	0	7	14	21
7	¿Le ha disparado con una pistola o rifle?	0	9	18	27
8	¿Le ha dicho que es poco atractiva o fea?	0	4	8	12
9	¿Se ha puesto celoso o ha sospechado de sus amistades?	0	4	8	12
10	¿Le ha amenazado con arma, con alguna navaja, cuchillo o machete?	0	7	14	21
11	¿Le ha intentado ahorcar o asfixiar?	0	9	18	27
12	¿Le ha rebajado o menospreciado?	0	5	10	15
13	¿Le ha torcido el brazo?	0	6	12	18
14	¿Ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales?	0	9	18	27
15	¿Le ha insultado?	0	4	8	12
16	¿Le ha agredido con navaja, cuchillo o machete?	0	9	18	27
17	¿Le ha rebajado o menospreciado frente a otras personas?	0	5	10	15
18	¿Le ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales?	0	4	8	12
19	¿Le ha sacudido, zarandeado, jaloneado?	0	5	10	15
	TOTAL	0	118	236	354

En la presente tabla se muestran los puntajes que se deben tener en cuenta, los cuales fueron asignados por el autor: Valdez-Santiago et al. (43), en su investigación "Violence scale and severity index: a methodological proposal for measuring violence by the partner in Mexican women". Además, se explica a detalle la forma como determinar la violencia psicológica en el desarrollo de las actividades del objetivo 2.

Anexo 3



N° 303 - 2023-GRU-GRSL/03.37.03.01

RESOLUCION DIRECTORAL

Yurimagas, 10 de octubre del 2023

Visto el Expediente N° 012919-2023 que concierne al Oficio N° 149-2023-GRU-GRSL/03.37.03.01, de fecha 09 de octubre del 2023, emitido por el jefe de la Unidad Apoyo a la Docencia e Investigación de este nosostorio, quien se encuentra solicitando la proyección de resolución de Aprobación del Protocolo Titulado **VIOLENCIA CONYUGAL ASOCIADO AL PARTO PRETERMINO**, del Hospital H-2 Santa Genia de Yurimagas;

CONSIDERANDO:

Que, el numeral 8 del Título Preliminar de la Ley N° 26842 – “Ley General de Salud”, establece que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 342-2013/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 117-MINSA/DGSP-V, “Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guía Práctica Clínica del Ministerio de Salud” la cual tiene como finalidad contribuir a la calidad y seguridad de las acciones de salud, respaldadas por guías de práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones de salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos en las instituciones del Sector Salud;



Que, con el documento de Visto, el Director Ejecutivo, mediante Memorando N° 1717-2023-GRU-GRSL/03.37, Autorizó la Proyección de la Resolución de Aprobación del “Protocolo de Investigación Titulado “VIOLENCIA CONYUGAL ASOCIADO AL PARTO PRETERMINO” del Hospital H-2 Santa Genia de Yurimagas;

Que la Unidad de la Unidad de Recursos Humanos, Asesoría Legal, Oficina de Administración, con la aprobación de la Dirección Ejecutiva del Hospital H-2 Santa Genia de Yurimagas, y;

En uso de las atribuciones conferidas mediante Resolución Ministerial N° 963-2017/MINSA, de fecha 11 de octubre del 2017, y del Manual de Organización y Funciones (MOF) del Hospital H-2 Santa Genia de Yurimagas, aprobada mediante Resolución Directoral N° 1899-2015-GRU-GRSL/L/00.01 de fecha 16 de noviembre del 2015.

SE RESUELVE:

Artículo 1.- APROBAR, el Protocolo de Investigación Titulado **“VIOLENCIA CONYUGAL ASOCIADO AL PARTO PRETERMINO”** del Hospital H-2 Santa Genia de Yurimagas, por los fundamentos expuestos en la parte considerativa y que se anexa consta de CUARENTA Y SEIS (46) PAGINAS, la misma que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2.- Publíquese en el Portal WEB Institucional y Portal de Transparencia estándar del Hospital H-2 Santa Genia de Yurimagas.

Regístrese, comuníquese.



GERENCIA REGIONAL DE SALUD
GERENA - LORETO
CALLE 12 DE OCTUBRE N° 100
C.P. 01151 000 YURIMAGAS

JMB/E/DC/veg

Violencia conyugal asociado al parto pretérmino, Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, enero - junio del 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

18%

INDICE DE SIMILITUD

17%

FUENTES DE INTERNET

4%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unsm.edu.pe Fuente de Internet	2%
2	tesis.unsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	1library.co Fuente de Internet	1%
4	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
5	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.unasam.edu.pe Fuente de Internet	<1%
7	Submitted to Universidad Nacional de San Martín Trabajo del estudiante	<1%
8	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	<1%

9	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1 %
10	uir.unisa.ac.za Fuente de Internet	<1 %
11	www.grafiati.com Fuente de Internet	<1 %
12	repository.javeriana.edu.co Fuente de Internet	<1 %
13	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
14	repositorio.upla.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
15	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
16	Submitted to Universidad de Alcalá Trabajo del estudiante	<1 %
17	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	<1 %
18	repositorio.udch.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
19	Submitted to Universidad Nacional del Centro del Peru Trabajo del estudiante	<1 %
20	apirepositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	

<1 %

21

ojs.revistamaternofetal.com

Fuente de Internet

<1 %

22

www.researchgate.net

Fuente de Internet

<1 %

23

www.domesticmonsters.com

Fuente de Internet

<1 %

24

repositorio.uwiener.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

25

cdn.www.gob.pe

Fuente de Internet

<1 %

26

repositorio.unu.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

27

actividadpsicobiologia.blogspot.com

Fuente de Internet

<1 %

28

documentop.com

Fuente de Internet

<1 %

29

Submitted to Universidad Catolica De Cuenca

Trabajo del estudiante

<1 %

30

eprints.uanl.mx

Fuente de Internet

<1 %

31

alerta.salud.gob.sv

Fuente de Internet

<1 %

32	catalonica.bnc.cat Fuente de Internet	<1 %
33	idus.us.es Fuente de Internet	<1 %
34	repositorio.cientifica.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
35	repositorio.ucsg.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
36	repositorio.uladech.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
37	repositorio.upa.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
38	Submitted to Universidad Privada San Juan Bautista Trabajo del estudiante	<1 %
39	Submitted to Universidad de San Buenaventura Trabajo del estudiante	<1 %
40	dspace.uniandes.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
41	eprints.ucm.es Fuente de Internet	<1 %
42	www.aulamedica.es Fuente de Internet	<1 %

43	Submitted to Universidad Internacional Isabel I de Castilla Trabajo del estudiante	<1 %
44	repositorio.untrm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
45	www.minsa.gob.ni Fuente de Internet	<1 %
46	repositorio.unan.edu.ni Fuente de Internet	<1 %
47	Becker, Tânia Alves Canata, Carla Regina de Souza Teixeira, and Maria Lucia Zanetti. "Nursing intervention in insulin administration: telephone follow-up", Acta Paulista de Enfermagem, 2012. Publicación	<1 %
48	core.ac.uk Fuente de Internet	<1 %
49	Submitted to infopes Trabajo del estudiante	<1 %
50	repositorio.umet.edu.ec:8080 Fuente de Internet	<1 %
51	Submitted to Universidad Señor de Sipan Trabajo del estudiante	<1 %
52	www.fepafem.org.ve Fuente de Internet	<1 %

53 "Inter-American Yearbook on Human Rights / Anuario Interamericano de Derechos Humanos, Volume 14 (1998)", Brill, 2001 <1 %
Publicación

54 revistas.urp.edu.pe <1 %
Fuente de Internet

55 www.who.int <1 %
Fuente de Internet

56 Submitted to Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga <1 %
Trabajo del estudiante

57 doaj.org <1 %
Fuente de Internet

58 dspace.ucacue.edu.ec <1 %
Fuente de Internet

59 es.slideshare.net <1 %
Fuente de Internet

60 fr.scribd.com <1 %
Fuente de Internet

61 libros.cidepro.org <1 %
Fuente de Internet

62 repositorio.unapiquitos.edu.pe <1 %
Fuente de Internet

63 repositorio.unheval.edu.pe <1 %
Fuente de Internet

64	www.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
65	docplayer.es Fuente de Internet	<1 %
66	encolombia.com Fuente de Internet	<1 %
67	es.readkong.com Fuente de Internet	<1 %
68	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
69	repositorio.unsaac.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
70	repositorio.upagu.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
71	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
72	uvadoc.uva.es Fuente de Internet	<1 %
73	www.consortio.org.mx Fuente de Internet	<1 %
74	www.medigraphic.com Fuente de Internet	<1 %
75	zagan.unizar.es Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas Activo

Excluir coincidencias < 10 words

Excluir bibliografía Activo