

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E. A. P. DE OBSTETRICIA

**Influencia de la violencia basada en género en mujeres
con parto pretérmino atendidas en el HONADOMANI
San Bartolomé en el periodo octubre 2007-enero 2008**

TESIS

para obtener el título profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR

Elsa Vela Arévalo

ASESOR

Zaida Zagaceta Guevara

Lima-Perú

2008

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a mi amada madre que esta en el cielo por darme su amor, alegría y valores que guardo en mi corazón; a mi padre y a mis tíos por su apoyo constante.

AGRADECIMIENTO

Agradezco profundamente a Dios por ser quien me guía, ilumina y permite hacer realidad mis sueños. A mí querido padre por su gran esfuerzo y cariño y a mis amados tíos Rogers y Clara por su apoyo incondicional, quienes estarán presentes en lo más profundo de mi corazón. Mi gran reconocimiento y agradecimiento al Mg. Oscar Munares García por su entrega y por compartirme sus conocimientos e ideas que permitieron el desarrollo y culminación del presente estudio. A mi asesora la Mg. Zaida Zagaceta Guevara por su apoyo y exigencia en el presente trabajo.

INDICE

RESUMEN.....	5
INTRODUCCION.....	6
MATERIAL YMETODOS.....	15
RESULTADOS.....	24
DISCUSIÓN.....	35
CONCLUSIONES.....	39
RECOMENDACIONES.....	40
BIBLIOGRAFIA.....	41
ANEXOS.....	45

RESUMEN

INFLUENCIA DE LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO EN MUJERES CON PARTO PRETÉRMINO

OBJETIVO: Analizar la influencia de la violencia basada en género en el parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé durante el año 2007

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de casos y controles, se estudió 60 púerperas; divididos en 30 casos de parto pretérmino y 30 controles púerperas de parto a término. La información fue recogida mediante la entrevista estructurada y revisión de historias clínicas. Para el análisis de los datos se utilizó para las variables cualitativas la razón de proporciones, en las cuantitativa el promedio y la desviación estándar. Para la estadística inferencial se utilizó χ^2 en las variables cualitativas y en las cuantitativas t-student significativos a un $p < 0.05$.

RESULTADOS: Se encontró diferencia significativa en no tener empleo en el grupo caso (90%) frente al 66.7 % en el grupo control. ($p=0.01$). El consumo de café como hábito nocivo mostró tener diferencia estadísticamente significativa sobre el parto pretérmino. El 31.7% presentaron violencia física, el 16.7% de violencia sexual mientras que el de violencia psicológica fue el 68.3%. No se encontró la influencia de la violencia física sobre el parto pretérmino (OR=0.63 IC 95%: 0.21 a 1.88). Se encontró que las mujeres víctimas de violencia sexual fueron 5 veces más propensas a tener un parto pretérmino que las mujeres que no habían sido agredidas, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p=0.080$ IC 95%: 0.981 a 26.430). Tampoco se encontró la influencia de la violencia psicológica sobre el parto pretérmino (OR: 0.857; IC 95%: 0.23 a 2.55).

CONCLUSIÓN: No encontramos evidencia para la influencia de la violencia psicológica y física con respecto al parto pretérmino; existió cinco veces mayor probabilidad de parto pretérmino en mujeres con violencia sexual.

PALABRAS CLAVES: Violencia basada en género, violencia física, violencia psicológica, violencia sexual, parto pretérmino.

INTRODUCCION

En el grupo de mujeres de 15 a 44 años, uno de cada 5 muere por violencia, con una particularidad muy importante, a diferencia de la muerte de los hombres la mayoría se presentan en el espacio doméstico. La violencia generalmente se presenta en el ámbito familiar, hace que la mujer pierda uno de cada cinco días saludables en su vida reproductiva⁽³⁾.

La declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1993, define la violencia contra la mujer como todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada; definición que hace mención el protocolo sobre violencia contra la mujer del Ministerio de Salud del 2006^(1,12,15,24).

La violencia contra la mujer incluye: violación, abuso y hostigamiento sexual, mutilación, maltrato y abuso contra menores, prostitución forzada, tráfico de mujeres, acceso diferencial a la alimentación y al tratamiento médico, agresiones en el ámbito doméstico y homicidio⁽²⁾.

La violencia física se refiere a todo acto de agresión intencional, en el que se utiliza alguna parte del cuerpo, objeto o sustancia con la finalidad de sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física de la contraparte, encaminado al sometimiento y control de la persona violentada, incluye bofetadas, empujones,

puñetazos, patadas, intento de ahorcamiento, golpes, jalar el cabello, mutilaciones, quemaduras, encierro domiciliario, abandono en lugares peligrosos, atacar con armas u objetos e incluso matar^(1, 2,15).

La violencia sexual se refiere a la inducción para la realización de prácticas sexuales no deseadas o que generen dolor o lesiones. Incluye el sexo forzado, la violación, el embarazo forzado y el incesto; donde generalmente uno de los padres así como diversos grados de relación y de parientes políticos mantienen prácticas sexuales con un hijo o hija menor de edad. También puede manifestarse a través de la negación de las necesidades sexo-afectivas^(2,15).

La violencia psicológica o mental es un patrón de conducta consistente en actos u omisiones repetitivos que provoquen deterioro, disminución o afectación de la estructura de la personalidad para el control, manipulación o dominio del otro, incluye el maltrato verbal, gritos, insultos, humillación, celos, críticas constantes, amenazas de daño, el acoso, reclusión, privación de los recursos físicos, financieros y personales^(1, 2,15).

Un sólo episodio de violencia física puede intensificar enormemente el significado y el impacto del maltrato emocional. Se ha informado que las mujeres opinan que el peor aspecto de los malos tratos no es la violencia misma sino la tortura mental y vivir con miedo y aterrorizada^(1,2).

La violencia durante el embarazo es una agresión que pone en peligro no sólo una sino dos vidas y se ha observado que, si en la mayor parte de los casos de

violencia familiar los golpes van dirigidos a la cabeza de la víctima, durante el embarazo estas se dirigen a los senos, abdomen y genitales^(2,8). El agresor justifica el acto violento argumentando que el embarazo representa una carga económica, o que fue provocado por otro hombre, o que recibe menos atención, además de que percibe a la mujer más vulnerable o indefensa y menos capaz de tomar represalias o defenderse. Se ha reportado que después de los accidentes vehiculares, la violencia física es la segunda causa de trauma en el embarazo. Estudios internacionales, reportan su prevalencia entre 1 y 25% según la nacionalidad, el grupo étnico, la cultura, las definiciones de violencia y los métodos utilizados para definirla⁽²⁾.

Un estudio cualitativo realizado en Colombia en el 2001 por Nubia Romero nos presenta una amplia descripción interpretativa acerca de las características predominantes que envuelve a las gestantes en una maternidad como conflicto, que hacen que este definida como una maternidad violentada, reprochada y luchada en el contexto de relaciones de poder masculino expresados en una dinámica de dominación y marginación⁽¹⁰⁾.

Valdéz en México identificó los siguientes resultados: un 33.5% de las mujeres usuarias del servicio de maternidad fueron maltratadas durante el embarazo la mayoría por parte de sus parejas, el 3% fueron violadas y el presente embarazo fue producto de esa violación, demostró en dicho trabajo que las mujeres maltratadas tienen 3 veces más complicaciones durante el parto y posparto inmediato⁽¹¹⁾.

En otro estudio realizado en el Instituto Especializado Materno Perinatal (IEMP) por Contreras Zaravia en el 2005 acerca de los resultados adversos del embarazo de madres adolescentes asociados a violencia basada en género, revela que el 54.29% terminó en parto pretérmino⁽³²⁾.

En un estudio realizado en Medellín por Medina y col. En el 2001 refiere que en el grupo de maltratadas, casi la tercera parte consumió algún tipo de tóxico (alcohol, cigarrillo o marihuana, entre otros). De las violentadas psicológicamente que consumieron tóxicos la cuarta parte aumentó la frecuencia de consumo durante el embarazo, y de las maltratadas físicamente más de la tercera parte aumento el consumo; en este estudio el grupo de maltratadas físicamente que no hicieron control prenatal correspondió al doble de las no maltratadas que no lo hicieron. En este estudio la complicación que más se presentó en el grupo de mujeres maltratadas fue la amenaza de parto pretérmino; 22.3% en las víctimas de violencia psicológica y 31.03% en las maltratadas físicamente⁽³⁾.

En otro estudio realizado en Costa Rica en 1999 citado el 2003 por Nuñez y col. el 65.7% manifestaron que la violencia empezó tres años o menos antes de que se iniciara el embarazo y continuó durante el mismo, mientras que el 28.6% se inició en el primer trimestre del embarazo, cuando el compañero se enteró de la gestación. En este estudio se encontró un incidencia del 29.7% de mujeres agredidas⁽⁵⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al parto pretérmino como aquel nacimiento de más de 20 semanas y menos de 37⁽¹⁶⁾. Cabe mencionar que la principal causa de mortalidad neonatal esta relacionada con la prematuridad, además contribuye con una parte considerable de la morbilidad a corto y largo plazo con elevados costos familiares, sociales y asistencia médica^(18,19). En el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé la prevalencia de parto pretérmino corresponde a 9.5% durante el año 2005 ⁽³³⁾.

La violencia puede afectar el embarazo a través de mecanismos directos e indirectos; un golpe en el abdomen a una mujer embarazada puede causar daño o muerte fetal y trabajo de parto pretérmino. Mecanismos indirectos pueden inducir riesgos como estrés psicológico y social, que actuaría como un factor subyacente intermediario de resultados obstétricos y neonatales adversos ya que el incremento de cada evento de ansiedad durante el embarazo, independientemente del riesgo biomédico contribuye en disminuir en 3 días la duración de la gestación. Respuestas endocrinas a estrés psicosocial producen desbalances del sistema nervioso autónomo y del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, determinando una mayor secreción de hormonas que ocasionan un trabajo de parto pretérmino⁽⁴⁾.

En un estudio realizado en Chile por Arcos G. en 1998 citado el 2001 en el grupo con experiencia de violencia, la incidencia de parto prematuro fue 6.5% frente al 2% en el grupo control. Las patologías que constituyen causas de hospitalización durante el embarazo por importancia relativa fueron síndromes hipertensivos en el embarazo (36.7%), síntomas de parto prematuro (13.3%) e

infección urinaria (13.3%). Los neonatos del grupo índice presentaron una incidencia de prematuridad de 5.1% frente a un 2% en el grupo control. (4)

Shumway y col. en el año 1999 citado por Pallito, observaron tasas de prevalencia de parto prematuro de 15.4% entre las mujeres sometidas a maltrato moderado y de 17.2% entre las mujeres gravemente maltratadas. Las probabilidades de parto prematuro eran 4.1 veces más altas entre las mujeres maltratadas en comparación con las no maltratadas. La misma autora cita a Cokkinides y col. quien hizo un estudio en Carolina del Sur en 1999, donde encontró que las mujeres maltratadas presentaban un riesgo 80% mayor de hospitalización por parto prematuro en comparación con las no maltratadas⁽⁶⁾.

La OMS señala que la violencia es un problema de salud pública pues genera graves daños psíquicos, físicos, privaciones y deficiencias en el desarrollo de las personas⁽⁸⁾. Lamentablemente en América Latina la violencia contra la mujer representa más muertes y discapacidad que el cáncer, la malaria, los accidentes de tránsito e inclusive el conflicto armado⁽¹³⁾

En el 2002 se registraron 82018 denuncias por maltrato a la mujer, interpuestas a nivel nacional y 35 casos de femicidio. En el 2004 hubo 100 casos de femicidio. Además el 51% de mujeres entrevistadas en Lima y 69% en Cusco reportaron haber sufrido alguna vez violencia física o sexual por parte de su pareja. Durante el embarazo el 14.8% en Lima y 27.6% en Cusco fueron víctimas de violencia física. En Lima el 49% y en Cusco el 61% informó, mediante entrevista, que en algún momento de su vida sufrieron actos de

violencia física por parte de sus parejas. Asimismo el 51% de las mujeres de Lima padecieron actos de violencia física o sexual de parte de sus parejas. El porcentaje de mujeres víctimas de violencia física en por lo menos un embarazo fue 15% en Lima⁽²⁶⁾. En el orden de violencia en las Américas, el Perú se encuentra en el lugar 12⁽²⁷⁾.

Según la Encuestas de Demografía y Salud (ENDES) en su versión del 2004 identificó que el 42% de las mujeres alguna vez han sido agredidas; sin embargo, las mujeres embarazadas son el grupo que se encuentra en situación de mayor riesgo ya que afecta a dos seres, pudiendo ocasionar mayor riesgo de abortos espontáneos y productos de bajo peso⁽⁹⁾.

La violencia contra las mujeres embarazadas también está asociado al parto pretérmino y este a su vez ocasiona mayor riesgo de morbilidad y mortalidad en el recién nacido, debido principalmente a la inmadurez pulmonar y a la posibilidad de hemorragias cerebrales⁽²⁸⁾

Por ser la violencia considerado como problema de salud mental es responsabilidad primaria de la familia y del Estado velar por la recuperación, rehabilitación y promoción de la salud mental de las personas; además que la violencia contra la mujer está reconocida como una violación a los derechos humanos⁽¹⁰⁾. Por tanto se plantea como objetivos llevar a cabo un estudio analítico referente a la influencia de la violencia basada en género en mujeres con parto pretérmino contrastadas con pacientes de parto a término, mediante un diseño observacional de casos y controles.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente se plantea el siguiente problema: ¿Cuál es la influencia de la violencia basada en género en el parto pretérmino en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en periodo octubre del 2007 a enero del 2008? Finalmente el presente estudio traerá beneficios desde el punto de vista psicosocial, económico, familiar y de salud ya que al conocer la influencia de la violencia basada en género en el parto pretérmino nos guiará como base para su prevención y generación de estrategias de intervención en mujeres víctimas de violencia. Del mismo modo orientar a la búsqueda de desarrollo de políticas de salud tendientes a contrarrestar sus efectos deletéreos.

OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar la influencia de la violencia basada en género en el parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el periodo octubre del 2007 – enero del 2008.

Objetivos Específicos

- Determinar la influencia de la violencia física en el parto pretérmino.
- Determinar la influencia de la violencia sexual en el parto pretérmino
- Determinar la influencia de la violencia psicológica en el parto pretérmino.

HIPÓTESIS

H1: La violencia física, psicológica y sexual influye en los casos de parto pretérmino.

H0: La violencia física, psicológica y sexual no influye en los casos de parto pretérmino.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de investigación

- Retrospectivo, transversal, analítico (casos y controles)

Área de Estudio

Correspondieron a casos de pacientes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, institución hospitalaria perteneciente a la Dirección de Salud Lima V, del Ministerio de Salud del Perú, es un hospital nacional de nivel III, atiende casos de alto riesgo obstétrico, para estratos menos favorecidos de su jurisdicción.

Población

Correspondió a pacientes con diagnóstico médico de parto pretérmino, durante la realización del estudio; se estimó que en el hospital se producía 20 partos al día (*) de los cuales 2 (9.5%) eran partos pretérminos; entonces en el periodo de estudio, la población estimada fue de 240 casos.

Criterios de inclusión

a) Para los casos

1. Parto pretérmino confirmado en historia clínica
2. Acepte ingresar al estudio
3. Recién nacido vivo

(*) Oficina de Estadística del HONADOMANI San Bartolomé.

b) Para los controles

1. Parto a término
2. Acepte ingresar al estudio
3. Recién nacido vivo

Criterios de exclusión

a) Para los casos

1. Patología agregada.
2. Algún impedimento del habla.

b) Para los controles

1. Paciente con patología agregada.
2. Paciente con patología psicológica.
3. Paciente con algún impedimento del habla.

Tiempo: 4 meses

Muestra

Unidad de análisis: Casos de parto pretérmino

Tamaño de la muestra

Se seleccionaron 30 casos de parto pretérmino y 30 controles puérperas de parto a término. Teniendo una proporción de pretérminos de 9.5% y una prevalencia de violencia de 42%, con un nivel de confianza del 95% y un poder

del 90% se determinó que la muestra mínima requerida para el estudio fue de 24 casos y 24 controles; se tuvo 6 casos adicionales para cada grupo ⁽²⁹⁾.

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

$$n = \frac{\left[1.96 \sqrt{2(0.25)(1-0.25)} + 1.282 \sqrt{0.09(1-0.09) + 0.42(1-0.42)} \right]^2}{(0.09 - 0.42)^2}$$

$$n = 23.89$$

$$n = 24$$

donde

$$p = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

- La frecuencia de la exposición entre los casos (p_1) = 9.5%
- La frecuencia de la exposición entre los controles (p_2) = 42%

Disposición de los sujetos de casos y controles

Violencia basada en género	Parto Pretérmino		Total
	Si	No	
Expuestos	10	14	24
No expuestos	95	10	105
Total	105	24	129

Prevalencia de parto pretérmino = $10/105 \times 100\% = 9.5\%$

Prevalencia violencia basada en género = $10/24 \times 100\% = 41.7\%$

Tipo de muestreo: No probabilístico por conveniencia, a través del apareamiento de casos y controles por uso de métodos anticonceptivos y lugar de procedencia⁽³⁰⁾.

Variables

Variable Dependiente

- **Parto Pretérmino.** Referencia del diagnóstico de parto pretérmino registrado en historia clínica.

Variables Independientes

- **Violencia basada en género.** Identificación de todo acto de violencia contra la mujer sea física, sexual o psicológica ya sea en su vida pública o privada.
- **Violencia física.** Manifestación de la paciente de haberle causado daño con algún objeto o partes del cuerpo.
- **Violencia Sexual.** Manifestación de la paciente de haber realizado prácticas sexuales no deseados que le generen lesiones.
- **Violencia Psicológica.** Manifestación de la paciente de haber padecido actos u omisiones frecuentes que hayan deteriorado su personalidad.

Variables Intervinientes

- **Edad.** Años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento de la realización del estudio
- **Estado civil.** Estado conyugal legal de la paciente en la sociedad.
- **Grado de instrucción.**
- **Ocupación.** Manifestación de la paciente sobre si actualmente se encuentra con empleo u oficio fijo, esporádico o no lo tiene.
- **Menarquia.** Edad a la que se dio la primera menstruación.
- **Gestaciones.** Numero que ocupa el reciente embarazo.
- **Paridad.** Manifestación de la paciente del número de veces que parió.
- **Hábitos nocivos.** Manifestación de la paciente sobre constantes practicas que causen daño a su salud.
- **Lugar de nacimiento.** Manifestación de la paciente sobre el departamento donde nació.

- **Datos del recién nacido.** Edad gestacional por Capurro, Sexo del RN, Peso del RN, Perímetro cefálico, Talla, Apgar al minuto, Apgar a los 5 minutos.

Variables Control

- **Uso de métodos anticonceptivos.** Respuesta de la paciente de haber usado en algún momento algún método anticonceptivo moderno.
- **Procedencia.** Distrito donde refiere vivir la paciente.

Técnicas e instrumentos

Método: Para la adecuada recolección de los datos se procedió a la utilización del método encuesta, es decir la indagación de las variables en los sujetos de investigación de forma directa.

Técnica: Para ello, se procedió a operacionalizar las variables a través de la técnica de entrevista estructurada, es decir colocando las interrogantes de estudio y también las posibles respuestas.

Instrumentos

Hoja de selección (anexo 1). Correspondió a la identificación en un documento con respuestas cerradas (SI/NO) de los criterios de inclusión y exclusión de cada participante, fueron en número de 6.

Consentimiento informado (Anexo 2). Correspondió a la ejecución de los aspectos éticos del estudio, explicitación de los principios de autonomía, beneficio y justicia, fue un documento de dos páginas, que se entregó a cada participante, antes de iniciar la recolección de datos.

Formulario de recolección de datos (Anexo 3). Correspondió a un formulario precodificado de respuestas cerradas, de 27 ítems, divididos en 7 áreas, la primera área correspondió a datos generales de las participantes (11 ítems), la segunda área correspondió a datos de la violencia física (2 ítems), la tercera área correspondió a datos de la violencia sexual (3 ítems), la cuarta área correspondió a datos sobre violencia psicológica (3 ítems), la quinta área correspondió a datos del parto pretérmino (1 ítem) y finalmente la sexta área correspondió a datos del recién nacido (7 ítems).

Plan de procedimientos

Se procedió a realizar una solicitud de permiso a los responsables operativos del servicio de obstetricia de forma verbal y escrita. Posteriormente se inició el muestreo con una revisión del libro de sala de partos; para identificar a las

pacientes con diagnóstico de parto pretérmino y su respectivo número de historia clínica; para con estos datos indagar en el cuaderno que usan las enfermeras técnicas donde se especifica el número de cama de cada paciente en el servicio de hospitalización. Una vez ubicadas las posibles candidatas se confirmó el caso a través de la ficha de selección (Anexo 1) mediante la historia clínica y la paciente; se procedió a informarlas e invitarlas al estudio. Luego en aquellas que aceptaron ingresar al estudio y que cumplieron con los criterios de selección se informó en forma escrita a través del consentimiento informado (Anexo 2), entregándole una copia del mismo a cada participante. Posteriormente se aplicó el instrumento de recolección de datos (Anexo 3) con una duración promedio de 15 minutos.

Luego en el servicio de hospitalización se procedió a la búsqueda de los controles (casos de parto a término) mediante el apareamiento en función de las variables uso de métodos anticonceptivos y lugar de procedencia donde una vez cumplido los criterios de la ficha de selección se procedió con los mismos pasos del grupo control.

Análisis de datos

Toda la información se recolectó y colocó en forma ordenada en un archivador específico. Los instrumentos fueron procesados a través de una base de datos en Microsoft Excel y analizadas bajo el programa estadístico SPSS v 10 para Windows. En las variables cualitativas se utilizó la razón de proporciones, en las cuantitativas el promedio y la desviación estándar. Para la estadística

inferencial se utilizó χ^2 en las variables cualitativas y en las cuantitativas t-student significativos a un $p < 0.05$.

RESULTADOS

Se solicitó la participación de 30 mujeres de parto pretérmino (casos) y 30 con parto a término. En cuanto a las mujeres con parto pretérmino una no aceptó ser entrevistada, pero sin ningún impedimento se encontró una paciente más para completar el número planificado.

Se presentan los resultados en 4 áreas para tener una mejor visión de los resultados obtenidos.

La primera correspondió a las características generales del grupo de estudio (edad, estado civil, grado de instrucción, procedencia, lugar de nacimiento, rango de edad, ocupación y hábitos nocivos y su relación con el parto pretérmino)

La segunda área fue destinada a los antecedentes obstétricos (menarquia, número de gestaciones, número de partos pretérminos, número de abortos, edad gestacional, embarazo no deseado y su relación con el parto pretérmino).

El tercero se refirió a los datos del recién nacido (Edad gestacional por el método de Capurro, peso, talla, perímetro cefálico, índice de Apgar al minuto y a 5 minutos, sexo del recién nacido y su relación con el parto pretérmino) y la cuarta área correspondió a la relación de la violencia basada en género (violencia física, sexual y psicológica) y a su relación con el parto pretérmino.

I) CARACTERISTICAS GENERALES

Tabla 1

Datos generales – Hospital Nacional Docente San Bartolomé Octubre
2007- Enero 2008

Datos Generales	Caso	Control	n	%
Edad (años)				
14-19	8	6	14	23.3
20-24	9	8	17	28.3
25-29	6	7	13	21.7
30-38	7	9	16	26.7
Estado civil				
Soltera	6	6	12	20
Casada	3	8	11	18.3
Conviviente	20	16	36	60
Otro	1	0	1	1.7
Grado de instrucción				
Primaria	7	6	13	21.7
Secundaria	19	16	35	58.3
Superior técnica	3	6	9	15
Superior universitaria	1	2	3	5
Ocupación				
Empleo permanente	1	1	2	3.3
Empleo eventual	1	1	2	3.3
No tiene empleo	27	20	47	78.3
Otro	1	8	9	15
Lugar de nacimiento				
Lima	17	21	38	63.3
Arequipa	1	2	3	5
Piura	3	0	3	5
Cajamarca	1	1	2	3.3
Huánuco	1	1	2	3.3
Otros	7	5	12	20.1
Total	30	30	60	100.0

Con respecto a las características de la población, el 60% de las mujeres que participaron en el estudio tenían como estado civil convivientes, así como el 58.3% tuvo secundaria y el 21.7% sólo tenía primaria completa; aunque no se

encontró diferencia estadísticamente significativa en el grupo caso, predominó la convivencia como estado civil y secundaria completa; la mayoría de las participantes (63.3%) nacieron en la ciudad de Lima. (Tabla 1)

Tabla 2

**Rangos de edad y ocupación según tipo de parto – Hospital Nacional
Docente San Bartolomé Octubre 2007 – Enero 2008**

	Parto pretérmino		p	OR	IC 95%
	Si (n=30) %	No (n=30) %			
Rango de edad (años)					
14-19	26.7	20.0	0.84	1.13	0.4 – 2.6
20-24	30.0	26.7		1	
25-29	20.0	23.3		0.7	0.3 – 1.8
30-34	16.7	26.7		0.5	0.2 – 1.3
35-38	6.7	3.3		2.1	0.4 – 11.5
Ocupación					
No tiene empleo	90.0	66.7	0.01	1	
Empleo permanente	6.7	6.7		0.7	0.2 – 2.5
Otro	3.3	26.7		0.8	0.02 – 0.30

Donde si se encontró diferencia significativa fue el no tener empleo en el grupo caso (90%) frente al 66.7 % en el grupo control. (p=0.01) que en el estudio hacen un total de 78.3%. (Tabla 2)

La edad de las mujeres participantes osciló entre los 14 y 38 años, el 23.3% correspondieron a adolescentes entre los 14 y 19 años y el 5% entre 35 y 38 años, el rango de edades donde hubo más porcentaje de parto pretérmino con respecto al grupo control fueron 14 a 19 años (26.7%), 20 a 24 años (30%), 35

a 38 años (6.7%), esto significa que fue entre las edades de 25 a 38 años donde hubo menos casos de parto pretérmino. (Tabla 2)

Tabla 3

Hábitos nocivos según tipo de parto – Hospital Nacional Docente San Bartolomé Octubre 2007 – Enero 2008

Hábitos nocivos	Parto pretérmino		p	OR	IC 95%
	Si n (%)	No n (%)			
Café	12 (40)	4 (13.3)		5.2	1.2 – 23.6
Otros	3 (9.9)	-		5.2	0.4 – 142.7
Ninguno	15 (50)	26 (86.7)	0.04	1	
Total	30 (100)	30 (100)			

Con respecto a los hábitos nocivos 16 mujeres (26.7%) manifestaron haber consumido café durante el embarazo. El consumo de café como hábito nocivo mostró tener diferencia estadísticamente significativa ya que en el grupo caso fue 40% y en el control 13.3% ($p=0.041$). (Tabla 3)

Una mujer (1.7%) consumió alcohol y una refirió haber consumido alcohol y café y otra más alcohol y tabaco

II) CARACTERISTICAS OBSTETRICAS

Tabla 4

**Datos Obstétricos – Hospital Nacional Docente San Bartolomé Octubre
2007 – Enero 2008**

	Caso	Control	n	%
Menarquia (años)				
9	0	2	2	3.3
10	0	2	2	3.3
11	4	3	7	11.7
12	8	3	11	18.3
13	7	8	15	25
14	7	4	11	18.3
15	3	4	7	11.7
Otros	1	4	5	8.4
Número de gesta				
1	11	11	22	36.7
2	12	10	22	36.7
3	4	87	11	18.3
Otros	3	2	5	8.3
Parto pretérmino				
0	28	29	57	95
1	2	1	3	5
Abortos				
0	24	22	46	76.7
1	2	7	9	15
2	4	1	5	8.3
Edad gestacional (sem)				
24 - 28	3	0	3	5
29 - 32	4	0	4	6.7
33 - 36	23	0	23	38.3
37 - 41	0	30	30	50
Total	30	30	60	100

El 25% tuvo su menarquia a los 13 años, siendo el promedio 13.05 años. Para el 36.7% de mujeres fue su primer embarazo, lo mismo que para el segundo embarazo. El 5% tenía como antecedente un parto pretérmino, 15% de un aborto y el 8.3% dos abortos. El 53.3% de las participantes en el estudio no

tuvo ningún hijo vivo anterior a este embarazo, mientras que el 28.3% tenían como antecedente un hijo vivo.

Tabla 5

**Embarazo deseado según parto pretérmino – Hospital Nacional Docente
San Bartolomé Octubre 2007 – Enero 2008**

Embarazo deseado	Parto Pretérmino		OR	IC (95%)	p
	SI (n=30) %	NO (n=30) %			
Si	43.3	53.3	0.67	0.24-1.85	0.61
No	56.7	46.7			

Con respecto a la edad gestacional el 38.3% tenía de 33 a 36 semanas, 6.7% de 29 a 32 semanas y 5% de 24 a 28 semanas de gestación, siendo entonces el mayor número de casos de parto pretérmino correspondiente a las 33 a 36 semanas de edad gestacional. (Tabla 4).

El embarazo no deseado representó el 51.7% en el estudio, predominando en el grupo de casos de parto pretérmino (56.7%; p=0.61). (Tabla 5)

III) DATOS DEL RECIEN NACIDO

El índice de Apgar al minuto de los recién (RN) nacidos fue como sigue 7 (20%), 8 (61.7%) y 9 (10%), siendo el promedio 7.53 con un mínimo de 2 y un máximo de 9; el 90% de los RN tuvo un Apgar de 9 a los 5 minutos. El promedio de los pesos de los recién nacidos fue 2913.17 g del perímetro cefálico fue 32.93 cm. y el de la talla 47.29 cm. (tabla 6)

Tabla 6

**Datos del recién nacido – Hospital Nacional Docente San Bartolomé
Octubre 2007 – Enero 2008**

Datos del recién nacido	Media	Mínimo	Máximo
Edad Gestacional por Capurro	37.18	24	40
Peso (g)	2913.17	795	4190
Talla (cm)	47.29	33	54
Perímetro cefálico (cm)	32.93	25	37
Índice de Apgar al minuto	7.53	2	9
Índice de Apgar a los 5 minutos	8.85	5	10

Tabla 7

**Sexo del recién nacido según parto pretérmino – Hospital Nacional
Docente San Bartolomé Octubre 2007- Enero 2008**

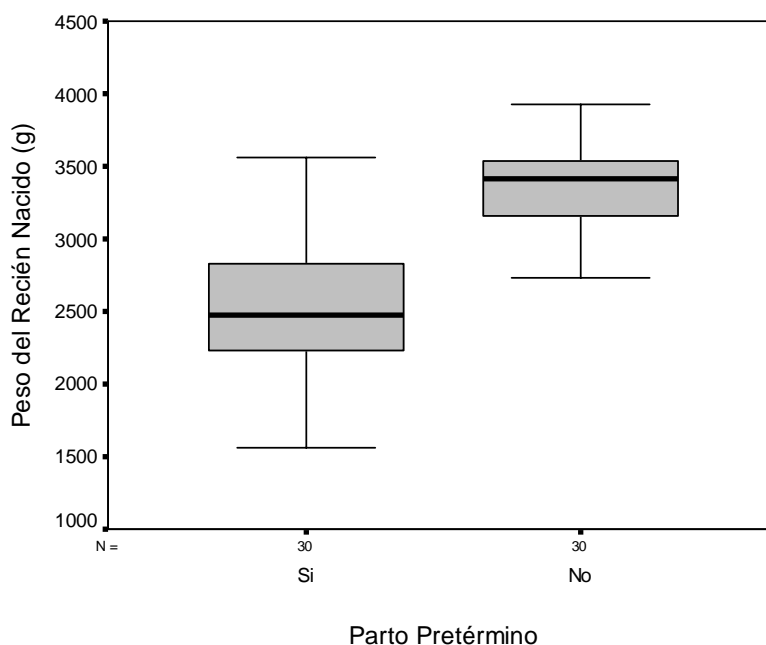
Sexo	Parto pretérmino				OR	IC (95%)	p
	SI		NO				
	n	(%)	n	(%)			
Masculino	19	(63.3)	15	(50)	1.73	0.62-4.85	0.4
Femenino	11	(36.7)	15	(50)			
Total	30	(100)	30	(100)			

El 56.7% de los recién nacidos correspondieron al sexo masculino y aunque no fue estadísticamente significativo este predominó entre el grupo de casos de parto pretérmino (63.3%; $p= 0.4$).

Figura 1

Peso del recién nacido según parto pretérmino - Hospital Nacional

Docente San Bartolomé Octubre 2007 – Enero 2008

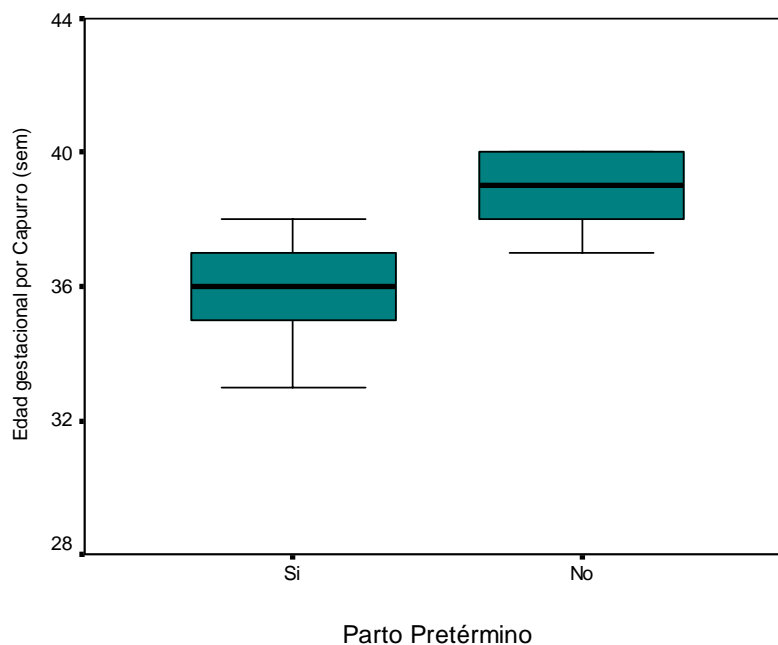


El peso de los casos de parto pretérmino fue en promedio 2414.17 g y en los que no presentaron parto pretérmino fue de 3412.17 g, estos datos fueron estadísticamente significativos ($t = -7.099$ gl 58 $p < 0.001$). Figura (1)

La edad gestacional de los casos de parto pretérmino fue de 36 semanas, mientras que los controles fue de 39 semanas, estos datos fueron estadísticamente significativos ($t = -8.832$ gl = 58 $p < 0.001$). Figura 2

Figura 2

**Edad gestacional por Capurro según parto pretérmino - Hospital Nacional
Docente San Bartolomé Octubre 2007 – Enero 2008**



IV) VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

De las 60 mujeres participantes en el estudio 19 presentaron violencia física esto es el 31.7%, el 16.7% de violencia sexual mientras que el de violencia psicológica fue el 68.3%; aunque cabe mencionar que existieron mujeres que fueron víctimas de más de un tipo de agresión, se obtuvo un total de 78.3% de mujeres que fueron víctimas de violencia.

Tabla 8

**Tipos de violencia y su relación con el parto pretérmino – Hospital
Nacional Docente San Bartolomé Octubre 2007- Enero 2008**

Violencia	Parto Pretérmino				OR	IC (95%)	p
	SI	%	NO	%			
Física							
Si	8	26.7	11	36.7	0.63	0.21-1.88	0.58
No	22	73.3	19	63.3			
Sexual							
Si	8	26.7	2	6.7	5.09	0.98-26.4	0.08
No	22	73.3	28	93.3			
Psicológica							
Si	20	66.7	21	70	0.86	0.23-2.55	1.00
No	10	33.3	9	30			
Total	30	100	30	100			

De las 30 mujeres con parto pretérmino, las que correspondieron al grupo caso, el 26.7% fueron agredidas físicamente y en el grupo control (casos de parto a término) fue 36.7% siendo esta diferencia no significativa ($p=0.58$) además no se encontró la influencia de este tipo de violencia sobre el parto pretérmino ($OR=0.63$ IC 95%: 0.21 a 1.88). Continuando con la violencia física cuatro mujeres (6.7%) fueron atacadas con armas y una (1.7%) fue víctima de ataque con armas y mutilaciones. Cinco mujeres que representan el 8.3% fueron víctimas de empujones y tres (5%) de empujones más intento de ahorcamiento.

Por otro lado las víctimas de violencia sexual en el grupo caso fueron 26.7% mientras que en el grupo control sólo 6.7%; además se encontró que las

mujeres víctimas de violencia sexual fueron 5 veces más propensas a tener un parto pretérmino que las mujeres que no habían sido agredidas, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p=0.080$ IC 95%: 0.981 a 26.430); las características de este tipo de violencia en el estudio fueron que siete mujeres (11.7%) fueron violentadas sexualmente y una sufrió de violación más tener sexo forzada económicamente, tres mujeres (5%) refirieron haber padecido un traumatismo vaginal producto de relaciones sexuales.

De todas las mujeres que fueron maltratadas psicológicamente, el 20% recibieron gritos, el 5% de abandono, un 6.7% de insultos, gritos, abandono y encierro, todo esto durante el embarazo. El 8.3% fueron privadas de recursos financieros y el 6.7% fueron privadas de recursos físicos, financieros y personales. La frecuencia de todos los actos y omisiones que manifiestan a la agresión psicológica fueron de dos veces por semana alrededor del 41.7% tres veces por semana 5% y cuatro veces por semana 13.3%. Cabe recalcar que en el grupo caso el 66.7% fue víctima de violencia psicológica mientras que en el grupo control fueron el 70% ($p=1.0$) aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas tampoco se encontró la influencia de la violencia psicológica sobre el parto pretérmino (OR: 0.857; IC 95%: 0.23 a 2.55). Tabla 8

DISCUSIÓN

Existieron mujeres que fueron víctimas de más de un tipo de violencia ya que como lo menciona la bibliografía la violencia psicológica es una constante que se acompaña, en gran parte de los casos, de diversas formas de violencia física, incluida la sexual ^(1,2).

Las adolescentes fueron uno de los grupos donde hubo más casos de parto pretérmino en comparación con el grupo control, esto se aproxima a lo indicado en un estudio acerca de que las adolescentes expuestas a violencia tuvieron mayor probabilidad de parto pretérmino⁽²⁾.

En el estudio, el no tener empleo y el consumo de café tuvo relevancia sobre el parto pretérmino, esto puede ser debido a que la violencia durante el embarazo se ha asociado con bajo nivel socioeconómico, pobre ganancia ponderal materna, retraso o ausencia de cuidado prenatal, anemia, desnutrición, infecciones de transmisión sexual, morbilidad psicológica, estrés, adicciones al tabaco, alcohol o drogas, y falta de apoyo social y el trabajo de parto pretérmino como resultado de la violencia^(2,3). Se sabe que el café es un estimulante del sistema nervioso central (trimetilxantina), se ha demostrado que la cafeína puede aumentar la actividad motora espontánea y la excitación ⁽²⁴⁾. Entre los factores que explicarían la génesis del parto pretérmino, se encuentra la sobredistención uterina, por sensibilización de la fibra muscular uterina ocasionando actividad uterina prematura ⁽²⁵⁾, también se ha podido determinar que el consumo de café de más de cuatro tazas por día puede elevar el riesgo de aborto, los mismos autores recogen estudios de Kurppa y col. en 1983, Linn

y col en 1982 y Mills en 1993, los cuales no encontraron evidencias entre el consumo de cafeína y la interrupción espontánea del embarazo⁽²²⁾, al parecer este mecanismo no trabajaría sólo, sino en asociación con la violencia ya que existen algunos factores al menos al inicio de consumo de sustancias psicoactivas estos son: alivio del estrés o de síntomas específicos como fobias ansiedad o depresión, presión de grupo, entre otros⁽³¹⁾.

Aunque en el estudio no tuvo diferencia estadísticamente significativa, más de la mitad de los partos pretérminos no fue deseado, esto podría relacionarse con la violencia sexual ya que este es una de sus consecuencias ya sea por violación o al afectar la capacidad de la mujer de negociar el uso de los métodos anticonceptivos^(1,2,7).

En el estudio hubo un mayor porcentaje de recién nacidos de sexo masculino en las que terminaron su parto en pretérmino, esto podría deberse a la acción de precursores andrógenos que están involucrados en la producción de estrógenos y que pueden estar aumentados en niños, pudiendo facilitar el trabajo de parto pretérmino. Otro mecanismo propuesto sugiere que la inducción del trabajo de parto puede ser promovida por interleuquina –1 (IL-1) en niños, desencadenado por los bajos niveles de antagonista del receptor de IL –1 encontrado en el líquido amniótico de niños pretérminos⁽¹⁷⁾.

En el estudio se encontró que el 78.3% fueron maltratadas en alguna forma el 31.7% fue víctima de violencia física, el 16.7% de violencia sexual mientras que el de violencia psicológica fue el 68.3% esto en contraposición a los datos

encontrados en un estudio hecho en Medellín que fue como sigue 1.3% fueron maltratadas físicamente y 25.9% psicológicamente, además en el 2000 en el Hospital Carlos Monje Medrano de Juliaca el 85% de gestantes sufrieron algún tipo de violencia siendo la más frecuente la psicológica con el 98.7%, con una frecuencia del maltrato de 5 veces al mes^(3,14). Estas diferencias se deben a que la violencia se manifiesta de distintas formas y magnitudes de acuerdo al contexto y las características de cada población además de las definiciones de violencia que se da en los diferentes estudios.

La violencia basada en género dividida en sus tres formas se expresan como lo enmarca la teoría a través de ataque con armas, mutilaciones, empujones, intento de ahorcamiento, violación, traumatismos vaginales, gritos, abandono y encierro que es lo que manifiesta la población estudiada, esto influye en el parto pretérmino como lo dicen los conocimientos sobre los mecanismos que explican la amenaza de parto pretérmino, el estrés provocado por el maltrato puede alterar la respuesta hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y provocar una vasoconstricción que afectaría al crecimiento y desarrollo fetal, así como la función del músculo liso uterino⁽⁶⁾.

Los niveles de Hormona Liberadora de corticotropina (CRH) aumentan progresivamente en la segunda mitad del embarazo, alcanzan su máximo en el trabajo de parto, para disminuir después del parto muy rápidamente. Los glucocorticoides inhiben la liberación de CRH por el hipotálamo pero estimulan la expresión de dicha hormona en placenta, membranas ovulares y deciduas. La CRH intensifica la producción de prostaglandinas por parte de células del

amnios, corion y decidua aislada. A su vez las prostaglandinas y la oxitocina estimulan la liberación de CRH por células placentarias aisladas y de este modo se inicia un asa de retroalimentación positiva potencial local-paracrina que incita el trabajo de parto^(20, 21), este mecanismo podría estar presente en mujeres que sufrieron algún tipo de violencia psicológica.

En el estudio se encontró la influencia de la violencia sexual sobre el parto pretérmino, para nuestra muestra; esta asociación podría explicarse debido a las prostaglandinas del semen que ayudan al movimiento de los espermatozoos a través del útero y trompas uterinas hasta el sitio de fecundación ya que las prostaglandinas E2 y F2 alfa actúan para estimular al miometrio para que se contraiga; la prostaglandina E2 provoca alteraciones en la secreción de colágeno y glicosaminoglicanos desestabilizando las fibras de colágeno y tejido conectivo haciendo al cuello uterino más blando y elástico^(22,23).

En el estudio no se encontró diferencia estadísticamente significativa de los diferentes tipos de violencia que engloba la violencia basada en género, esto probablemente por no contar con una muestra más grande. Cabero Roura menciona a la violencia basada en género como un factor social asociada al parto pretérmino aunque la relación causa efecto no es clara pero aún así existe la probabilidad de que esta influencia si fuere realidad⁽¹⁷⁾.

La información obtenida en este estudio puede servir como aporte a las guías nacionales de salud sexual y reproductiva de la mujer con el fin de prevenir el parto pretérmino.

CONCLUSION

- No encontramos evidencia para la influencia de la violencia psicológica y física con respecto al parto pretérmino; motivo por el cual no se rechaza la hipótesis nula.
- Existió cinco veces mayor probabilidad de diagnóstico de parto pretérmino en mujeres con violencia sexual; por lo que se rechaza la H₀.
- Dentro de las características generales de la población se encontró que la mayoría tenía edades entre 20 y 24 años, convivientes, grado de instrucción secundaria, lugar de procedencia Los Olivos, sin empleo y que nacieron en Lima.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda la realización de otros trabajos similares con mayor muestra para obtener resultados próximos a la situación global de nuestra realidad.
- Estudios realizados con el entorno familiar y social a fin de conocer la realidad de las mujeres sometidas a violencia.
- Realizar estudios que profundicen la actividad sexual y el parto pretérmino.
- Realizar estudios controlados con el consumo de café y su relación con la violencia y el parto pretérmino.
- Se recomienda incorporar el tema de violencia basada en género en el programa de psicoprofilaxis obstétrica, con el fin de prevenir sus consecuencias en la madre y el niño por nacer.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Violencia contra la mujer. Declaración del director general de la OMS. OMS/OPS, junio 1998.
- 2) Susana Collado Peña, Luis Alberto Villanueva Egan. Violencia familiar: una aproximación desde la ginecología y obstetricia. Rev. Ginecología y Obstetricia de México 2005; 73 (5) 250-260.
- 3) Diana Patricia medina Meza y col. Invest. edu. enferm 19 (1): 18-25 2001
- 4) Estela Arcos G. y col. Impacto de la violencia domestica sobre la salud reproductiva y neonatal. Revista medica de Chile v.129; 12 dic. 2001
- 5) Hilda Patricia Núñez Rivas y col. La violencia física, psicológica emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica. Rev. Panamericana de Salud Pública. Vol. 14, Nº 2, agosto 2003, pp. 75-83 (9).
- 6) Christina C. Pallitto, Ph.D. Violencia domestica y salud materno infantil y reproductiva: un análisis critico de la bibliografía. Presentado a la OPS. Washington, D.C. julio 2004.
- 7) Leonor Zapata. Repercusiones de la violencia basada en el género sobre el embarazo. Rev. Obstetricia y Ginecología de Venezuela 2006; 66 (1): 21-27
- 8) OPS/OMS Hoja informativa Programa salud mujer y desarrollo. Fecha de acceso 11 de noviembre de 2006. URL disponible en <http://www.ops-oms.org/Spanish/AD/ge/VAWPregnancysp.pdf>

- 9) Jennie Dador Tozzini. Construyendo la Equidad de Género Propuestas de políticas. Lima, febrero 2006. Fecha de acceso: 15 de noviembre de 2006. URL disponible en:
<http://www.consorcio.org/observatorio/publicaciones/ GÉNERO.PDF>
- 10) Maria Nubia Romero, Martha Cecilia Díaz. La maternidad como un conflicto: Una expresión de inequidad social y de género. Colombia Medica 2001; 32:35-31
- 11) Elena Patricia pandero Gonzáles. Fecha de acceso: 9 de enero de 2007. Monografía. URL disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos26/violencia-gestación.shtml>
- 12) Introduciendo la perspectiva de género en la investigación psicológica sobre violencia de género: Anales de psicología 2005; 21: nº 1
- 13) La violencia contra las mujeres: responde el sector salud. Capitulo uno. Fecha de acceso: 17 de febrero de 2007. URL disponible en:
<http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/VAWChapter.pdf>
- 14) Programa nacional contra la violencia sexual y familiar. Ministerio de la Mujer y de Desarrollo Social. Fecha de acceso: 2 de marzo 2007. URL disponible en: <http://www.mimdes.gob.pe/pncvfs/>
- 15) Protocolo sobre violencia contra la mujer. MINSA. Lima julio 2006
- 16) Goldenberg RL. The management of preterm labor. Obstet Gynecol 2002; 100:1020-37
- 17) Cabero Roura. Parto prematuro. Madrid: Editorial médica Panamericana 2004

- 18) Pedro Faneite, Clara Rivera, Rosanna Amato, Josmery Faneite, Ender Urdaneta, Fatima Rodríguez. Prematurez. Resultados perinatales. Rev. Obst Ginecol Venez v.66 n 4 Caracas 2006
- 19) Carlos Grandi, A. Miguel Larguía. Contribución de la prematurez extrema, moderada y leve a la mortalidad neonatal. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2003, 22 (1)
- 20) Cristina Laterra, S. casini, Elsa Andina, Cintya Levi Hara. Amenaza de parto pretérmino. Importancia de la contención psicológica. Rev. Hosp. Inf. Ramón Sardá 2000, 19 (1)
- 21) Iams J. Trabajo de parto pretérmino. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de EE.UU 1995; IV: 643
- 22) F. Gary Cunningham y col. Obstetricia de Williams. 22º edición. McGraw-Hill Interamericana. 2005
- 23) Moore Persaud. Embriología Clínica. 6º edición. McGraw-Hill Interamericana. 1999
- 24) Litter M. Compendio de farmacología 4º Ed. Edit. El Ateneo 1997;173
- 25) Cifuentes R. Obstetricia de Alto riesgo 4º ed. Edit. ASPROMEDICA. Colombia 1994;384
- 26) UNMSM. Diplomatura Atención Integral a víctimas de violencia: módulo IV. 1ra edición 2006.
- 27) Violencia en Latinoamérica. Actas del Seminario Taller Latinoamericano. 12 a 14 de marzo de 2004. Lima-Perú.
- 28) Claudia García Moreno. Violencia contra la mujer. OPS. Harvard Center for Population and development studies. 2000

- 29) Luis Cañedo Dorantes. Investigación Clínica. 2da edición. Edit. Interamericana McGraw - Hill 1987.
- 30) Polit Hungler. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 6ta Edición. Edit. McGraw - Hill Interamericana 2000.
- 31) OPS. Género; Mujer y Salud en las Américas. 1993
- 32) Norma Roxana Contreras Zaravia y col. Asociación de la violencia basada en género y resultados adversos del embarazo en madres adolescentes en el instituto especializado materno perinatal. Lima 2005 - 2006.
- 33) HONADOMANI San Bartolomé. Departamento de Ginec Obstetricia. Libro de resúmenes “Controversias en Ginecología y Obstetricia.” I curso de actualización. Lima-Perú 2006.

Anexo 1

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Influencia de la Violencia Basada en Género en Mujeres con Parto Pretérmino

HOJA DE SELECCIÓN

ID: _____

Fecha: ____/____/____

Versión 2.0

Hora: ____:____

Apellidos y Nombres: _____

Criterios de Inclusión	Si	No
1. Parto pretérmino confirmado en historia clínica	[]	[]
2. Parto a término	[]	[]
3. Acepte ingresar al estudio	[]	[]
4. Recién nacido vivo		
Criterios de Exclusión	[]	[]
5. Patología agregada.	[]	[]
6. Algún impedimento del habla.	[]	[]

- Para ser considerado caso, se requiere marcar “Si” en los numerales 1,3 y 4, así mismo se requiere “No” en los numerales 5 y 6.
- Para ser considerado control se requiere marcar “Si” en los numerales 2,3 y 4, así mismo se requiere marcar “No” en los numerales 5 y 6.

Anexo 2

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Influencia de la violencia basada en género en mujeres con parto pretérmino

Consentimiento Informado

Elsa Vela Arévalo Investigador Principal Universidad Nacional Mayor de San Marcos (+511) 901-61701 elsa_vela@hotmail.com	Mg. Zaida Zagaceta Guevara Asesora Universidad Nacional Mayor de San Marcos (+511) 328-1046 zzagaceta@unmsm.edu.pe	Oscar Munares García. MSP Co-asesor Universidad Nacional Mayor de San Marcos (+511) 987-19537 p011363@unmsm.edu.pe
---	--	--

Versión 2.0

16 de Noviembre 2007

Su participación en el estudio es voluntaria y no será penalizado o perderá sus beneficios si se niega a participar o decide dejar de hacerlo. Al firmar este documento significa que el estudio de investigación, han sido descritas a usted oralmente, y que usted está de acuerdo en participar voluntariamente. Estamos pidiendo que participe en un estudio de investigación, antes de que acepte, el investigador le tiene que hablar acerca de a) los propósitos, procedimientos y duración de la investigación, b) cualquier razón de incomodidad por su información, c) beneficios, y d) cómo se mantendrá la confidencialidad.

Los propósitos de la investigación

El estudio cuenta con dos tipos de objetivos denominados general y específicos; el objetivo general consistirá en analizar la asociación entre la violencia basada en género y el parto pretérmino. Así mismo los objetivos específicos planteados son: Determinar la asociación entre la violencia física, psicológica y sexual y el parto pretérmino.

Duración

Se espera para este estudio entrevistarla por única vez, así que el tiempo estimado es de 20 a 25 minutos por participante, así mismo para la adecuada recolección de los datos, el investigador hará este proceso, por lo menos dos (2) meses, pero con pacientes distintos.

Los Procedimientos

Para el adecuado entendimiento de los procedimientos, pasaremos a describir la metodología a seguir, la técnica, el instrumento, forma de recolección y utilización de datos.

La metodología por seguir

- El presente estudio es clasificado como un estudio analítico, transversal y retrospectivo. Se dice que el estudio es analítico, porque tratará de analizar y asociar variables. Se indica que es transversal, porque solamente se pedirá que participe en el estudio por una sola vez, finalmente se indica que es retrospectivo, porque la información que nos dará ya ha sucedido.
- Para la realización del estudio se plantea entrevistar a 60 participantes mujeres (30 pacientes con diagnóstico de parto pretérmino y 30 pacientes con diagnóstico de parto normal), estas personas serán tomadas por conveniencia

es decir, que las razones por las cuales usted fue elegido están determinadas por el padecimiento que llegó a tener y no por otra causa diferente a ella.

- Una vez seleccionados los participantes se procederá a aplicar el instrumento de recolección de datos.
- Posteriormente se procederá a confeccionar una base de datos con el programa Excel para Windows, se analizará los datos a través del paquete estadístico SPSS v. 10 interpretando datos a través de estadísticas Descriptivas e inferenciales, con medidas de frecuencia y de tendencia central, así como con comprobación de hipótesis estadísticas. Esto último son elementos de análisis que no se harán in situ, sino posteriormente.

Las técnicas

Para la adecuada obtención de los datos el estudio plantea como técnica la entrevista estructurada. Esta técnica es ampliamente utilizada en el mundo, la cual consiste en una serie de preguntas e interrogantes tanto personales como no personales, que el investigador le realizará y que previamente han sido validados para ser utilizados en este estudio.

Los instrumentos que se utilizarán

Para la recolección del estudio el investigador recolectará la a través de dos formularios, el primero se denominará hoja de selección y el segundo el formulario de recolección de datos, estos formatos recogerán de forma sistemática la información

Privacidad y confidencialidad de los datos

Posiblemente usted verá que la investigadora una vez recolectado los datos, lo colocará en sobres Manila o en folders, para su transporte, toda la información que se recolectará será de forma anónima (aunque en un inicio se pedirá sus apellidos y nombres, pero solo en el formato de selección), en el momento del estudio y posteriormente se guardarán en archivadores junto con una copia de este consentimiento. Con respecto a la utilización de los datos en la base de datos, estos serán con código anónimo.

La utilización de los datos

Según los preceptos éticos los datos de este estudio se utilizarán únicamente para efectos de investigación, es decir, cualquier otro uso que no sea el que se indica, tendrá que realizarse previo permiso escrito por el afectado. En este caso los datos serán utilizados en esta investigación, pudiéndose utilizar para investigaciones posteriores.

Beneficios

Los beneficios están determinados en tres áreas, el primero es para los pacientes, los cuales nos permitirán identificar con evidencias esta relación a estudiar y así poder mejorar los sistemas de atención, para la alumna, pues con ello, le permitirá realizarse en investigación y para la universidad pues así fomenta la investigación en nuestro ámbito.

Si usted está de acuerdo en participar, se le tiene que dar una copia firmada de este documento. Puede contactarse con Elsa Arévalo Elsa (+511) 90161701 para cualquier interrogante que usted tenga acerca de la investigación.

Yo _____ en mis plenas facultades mentales acepto participar en el estudio sabiendo que los datos recogidos sólo se utilizarán para fines de investigación. Comprendo que seré parte de un estudio de investigación que se enfoca en estudiar sobre la influencia de la violencia basada en género sobre el parto pretérmino. Sé que mis respuestas a las preguntas serán

utilizadas para fines de investigación. También se me informó que si participo o no, mi negativa a responder no afectará los servicios que yo o cualquier miembro de mi familia puedan recibir de los proveedores de salud. Comprendo que el resultado de la investigación será presentado a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, y con el cuál la señorita Elsa Vela Arévalo alumna de dicha casa de estudio obtendrá su título profesional de Licenciada en Obstetricia.

Una vez leído este documento, paso a autorizar mediante mi firma y nombre completo mi participación

Nombre investigador

Firma Investigador

Fecha hora

Nombre participante

Firma Participante

Anexo 3

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Influencia de la Violencia Basada en Género en Mujeres con Parto Pretérmino

FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS

ID: _____
Versión 2.0

Fecha: ____/____/____
Hora: ____:____

I. DATOS GENERALES

- | | |
|---|---------------------------------|
| 1. Historia clínica: _____ | 2. Edad: _____ (años) |
| 3. Estado civil: | 4. Grado de instrucción |
| Soltera [1] | Ninguna [0] |
| Casada [2] | Primaria [1] |
| Conviviente [3] | Secundaria [2] |
| Otro [4] | Superior técnica [3] |
| | Superior universitaria [4] |
| 5. Procedencia
_____ | 6. Ocupación: |
| | Empleo permanente [1] |
| | Empleo eventual [2] |
| | No tiene empleo [3] |
| 7. Menarquia: _____ (años) | 8. G ____ P ____/____/____/____ |
| 9. Uso de métodos anticonceptivos modernos | 10. Hábitos nocivos |
| Si [1] No [2] | Fumar [1] |
| | Bebidas alcohólicas [2] |
| | Café [3] |
| | Drogas [4] |
| 11. Lugar de nacimiento (departamento): _____ | |

II. DATOS DE VIOLENCIA FISICA

- | | |
|---|---|
| 12. marque con una "x" la alternativa de la cual UD. Ha sido víctima: | 13. Marque con una "x" la alternativa de la cual UD. Ha sido víctima: |
| Ataque con armas [1] | Patadas [1] |
| Mutilaciones [2] | Puñetazos [2] |
| Quemaduras [3] | Jalones de cabello [3] |
| | Bofetadas [4] |
| | Empujones [5] |
| | Intento de ahorcamiento [6] |

III. DATOS DE VIOLENCIA SEXUAL

14. Marque con una “x” la alternativa de la cual Ud. ha sido víctima:

- Sexo forzado económicamente [1]
Violación marital [2]
Incesto [3]

15. Marque con una “x” si UD. Presento cualquiera de las siguientes lesiones producto de violencia:

- Traumatismo vaginal [1]
Traumatismo anal [2]
Traumatismo uretral [3]

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

IV. DATOS DE VIOLENCIA PSICOLOGICA

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

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

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

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

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

V. DATOS DEL PARTO PRETÉRMINO

20. Diagnostico de parto pretérmino en sala de partos Si [1] No [2]

VI. DATOS DEL RECIEN NACIDO

21. Edad gestacional por Capurro:

_____ semanas

22. Sexo del recién nacido:

- Masculino [1]
Femenino [2]

23. Peso del recién nacido: _____ gr.

24. Perímetro cefálico: _____ cm.

25. Talla: _____ cm.

26. Apgar al minuto _____

27. Apgar 5 minutos _____

VII. VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

Violencia	Si	No
Física	[1]	[2]
Sexual	[1]	[2]
Psicológica	[1]	[2]