



## **ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO**

ESTRESORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA AMENAZA DE PARTO  
PREMATURO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA  
DEL HOSPITAL “JOSÉ AGURTO TELLO” DE CHOSICA, 2019

**Línea de investigación:**

**Maestría en Administración de Servicios de Salud**

Tesis para optar el Grado Académico de Maestro en Administración de  
Servicios de Salud

**Autora**

Chávez Palacín, Erica Nilda

**Asesor**

Candela Ayllón, Víctor Eduardo  
(ORCID: 0000-0003-0798-1115)

**Jurado**

Alvitez Morales, Juan Daniel  
Barreto Montalvo, Juan Francisco  
Astocondor Fuertes, Ana María

**Lima - Perú**

**2022**

**Referencia:**

Chávez, E. (2022). *Estresores psicosociales asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del hospital "José Agurto Tello", de Chosica, 2019 [Tesis de maestría en la Universidad Nacional Federico Villarreal].* <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6430>



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

**VRIN** | VICERRECTORADO  
DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

ESTRESORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA  
AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN GESTANTES  
ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL  
HOSPITAL “JOSÉ AGURTO TELLO” DE CHOSICA, 2019

**Línea de investigación**  
Salud pública

Tesis para optar el grado académico de  
Maestría en Administración de Servicios de Salud

**Autor:**

Chávez Palacín, Erica Nilda

**Asesor:**

Candela Ayllón, Víctor Eduardo  
ORCID: 0000-0003-0798-1115

**Jurado:**

Alvitez Morales, Juan Daniel  
Barreto Montalvo, Juan Francisco  
Astocondor Fuertes, Ana María

**Lima – Perú**  
**2022**

## **Dedicatoria**

A toda mi familia que han fomentado en mí el deseo de superación y perseverancia en alcanzar este logro. Por su apoyo incondicional y alentarme siempre.

## **Agradecimiento**

A Dios, por todas sus bendiciones

A mi familia por estar siempre presente, por su apoyo y paciencia, por estar siempre conmigo animándome.

A mi asesor por guiarme en el proceso de investigación

A todas las personas quienes me apoyaron en la culminación de esta tarea.

## INDICE

<b>RESUMEN</b> .....	v
<b>ABSTRACT</b> .....	vi
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>1.1. Planteamiento del problema</b> .....	2
<b>1.2. Descripción del problema</b> .....	3
<b>1.3. Formulación del problema</b> .....	4
<b>Problema general</b> .....	4
<b>Problemas específicos</b> .....	4
<b>1.4. Antecedentes</b> .....	5
<b>1.5. Justificación de la investigación</b> .....	11
<b>1.6. Limitaciones de la investigación</b> .....	12
<b>1.7. Objetivos</b> .....	13
<b>Objetivo general</b> .....	13
<b>Objetivos específicos</b> .....	13
<b>1.8. Hipótesis</b> .....	14
<b>Hipótesis General</b> .....	14
<b>II. MARCO TEÓRICO</b> .....	15
<b>2.1. Marco conceptual</b> .....	24
<b>III. MÉTODO</b> .....	25
<b>3.1. Tipo de Investigación</b> .....	25
<b>3.2. Población y muestra</b> .....	25
<b>3.3. Operacionalización de variables</b> .....	27
<b>3.4. Instrumentos</b> .....	28
<b>3.5. Procedimientos</b> .....	28
<b>3.6. Análisis de datos</b> .....	30
<b>3.7. Consideraciones éticas</b> .....	31
<b>IV. RESULTADOS</b> .....	33
<b>V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b> .....	36
<b>VI. CONCLUSIONES</b> .....	41
<b>VII. RECOMENDACIONES</b> .....	42
<b>VIII. REFERENCIAS</b> .....	43
<b>IX. ANEXOS</b> .....	50
<b>Anexo A. Matriz de consistencia</b> .....	51
<b>Anexo B. Instrumento</b> .....	52
<b>Anexo C. Validez del instrumento</b> .....	54
<b>Anexo D. Coeficiente de fiabilidad</b> .....	55

## RESUMEN

El objetivo del estudio fue identificar los principales estresores psicosociales que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital “José Agurto Tello” de Chosica, 2019. Fue un estudio cuantitativo con alcance explicativo de diseño no experimental de 41 casos y 82 controles; se empleó un documento de registro validado y confiable, que recoge información vinculada a cinco factores tales como Violencia durante el embarazo, Motivación para el embarazo, Apoyo familiar para el embarazo, Situación económica, y el proyecto de vida personal. Entre los principales resultados se tiene que el riesgo para que ocurra la amenaza de parto prematuro es siete veces más si se es víctima de violencia física (OR: 7.212 [2.858 – 18.797]), doce veces más si no se encuentra motivada para continuar con el embarazo (OR: 12.226 [3.242 – 46.104]), ocho veces más si no recibe apoyo de su familia directa (OR: 8.419 [3.573 – 19.839]), cinco veces más si su estatus económico es bajo (OR: 5.635 [2.281 – 13.920]) y siete veces más si la relación con su familia es mala (OR: 4.608 [1.636 – 12.976]). A modo de conclusión, los estresores psicosociales asociados a la amenaza de parto prematuro, proceden de aspectos relacionados a la Violencia durante el embarazo, Motivación para el embarazo, Apoyo familiar para el embarazo, Situación económica, y el proyecto de vida personal.

**Palabras clave:** estresores, psicosociales, amenaza, parto, prematuro

## ABSTRACT

The objective of the study was to identify the main psychosocial stressors that are associated with the threat of premature delivery in pregnant attended in the Obstetrics service of the Hospital "José Agurto Tello" in Chosica, 2019. It was a quantitative study with an explanatory scope of design non-experimental of 41 cases and 82 controls; A validated and reliable registration document was used, which collects information related to five factors such as violence during pregnancy, motivation for pregnancy, family support for pregnancy, financial situation, and the personal life project. Among the main results is that the risk for the threat of premature labor to occur is seven times more if you are a victim of physical violence (OR: 7,212 [2,858 - 18,797]), twelve times more if you are not motivated to continue with pregnancy (OR: 12,226 [3,242 - 46,104]), eight times more if she does not receive support from her immediate family (OR: 8,419 [3,573 - 19,839]) and five times more if her economic status is low (OR: 5,635 [2,281 - 13,920]) and seven times more if the relationship with their family is bad (OR: 4.608 [1.636 - 12.976]). By way of conclusion, the psycho-social stressors associated with the threat of preterm birth come from aspects related to violence during pregnancy, motivation for pregnancy, family support for pregnancy, financial situation, and the personal life project.

**Key words:** stressors, psychosocial, threat, childbirth, premature



## I. INTRODUCCIÓN

La amenaza de parto en el embarazo continúa siendo un problema de salud pública, a pesar de la capacitación e implementación de nuevos procesos asociados al avance tecnológico de hoy en día (Huertas, 2018; Labanda, 2016). Los antecedentes disponibles evidencian una mayor incidencia de patologías del embarazo, encontrándose entre las más frecuentes el síndrome hipertensivo del embarazo (SHE), no considerándose aspectos de carácter psicosocial que surgen durante la gestación que intervienen como un factor condicionante que facilita la expresión de factores de riesgo.

Es por ello que esta investigación está dividido en nueve capítulos que sintetizan la importancia del conocimiento de los estresores psicosociales en las gestantes, encontrando en el primer capítulo una breve explicación del problema que motiva el realizar la investigación, los problemas, una síntesis de investigaciones realizadas por diversos autores relacionados con el tema, la justificación, las limitaciones que trae consigo la investigación, los objetivos y las hipótesis, si es que fueran necesarias. En el segundo capítulo, se describe el apartado teórico dando énfasis en las teorías brindadas por los diferentes autores, así como sus respectivas conceptualizaciones de términos. En el tercer capítulo, se explicará la metodología empleada, se identificará la población a evaluar, la muestra que resultará del tipo de muestreo y la aplicación de diversos instrumentos utilizados, esquematizará la definición de la medición de las variables y se explicarán las consideraciones éticas que se han tenido en cuenta para realizar la investigación. En el capítulo número cuatro se esquematizarán, en tablas o figuras, los datos consignados por la muestra que darán respuesta a los objetivos. En el capítulo número cinco, se contrastarán los resultados consignados por otros autores. En los capítulos seis y siete se redactarán las conclusiones del estudio además de las recomendaciones y, para terminar, en los capítulos ocho y nueve se presentarán las referencias empleadas en la investigación y los anexos.

## 1.1. Planteamiento del problema

Hasta la fecha, existen diversos estudios acerca de los factores de riesgo para la amenaza de parto prematuro, cuyos objetivos referían a causas fisiológicas y biológicas, encontrándose resultados significativamente útiles para la ciencia; sin embargo hoy en día, como ya se mencionó líneas antes, se han encontrado evidencias en todo el mundo, que no solo las causas biológicas son las que influyen en el parto prematuro, sino también tienen gran influencia los factores estresantes que la madre experimenta a lo largo de su embarazo (De Ponte et al., 2016).

Dichos factores, para fines del presente estudio fueron denominados *estresores psicosociales*, los cuales hacen referencia a la violencia psicológica y/o física por parte de sus familiares o su pareja; también, si la mujer recibe el embarazo con motivación y se encuentra conforme con su pareja (Solís, 2014). También, resulta muy importante el apoyo que recibe la mujer por parte de sus familiares, de su pareja y de los familiares de su pareja. Por otro lado, estudios realizados en Estados Unidos en el año 2006 indicaron que la situación económica “baja” de la mujer embarazada en relación con una temprana edad, representa un estresor altamente significativo para que la mujer experimente amenaza de parto prematuro, así mismo, el sentimiento de frustración de proyectos a futuro, tanto académicos como personales (Zuñiga y Paredes, 2017).

En los últimos 5 años, se han observado estos factores que representan riesgo para que se desarrolle la amenaza de parto prematuro de los cuales muchos de ellos terminan en partos prematuros, dichos factores son relativamente independientes a los factores biológicos o fisiológicos que inducen a un parto prematuro (Naciones Unidas CEPAL, 2017). En el presente estudio serán denominados “estresores psicosociales” asociados a la amenaza de parto prematuro. En China se encontraron

este tipo de evidencias que representaron riesgo para una amenaza de parto prematuro, cuando las gestantes habían estado expuestas a experiencias duras en el primer y segundo trimestre (Mendoza et al., 2016).

Según el diario americano de Obstetricia y Ginecología, las gestantes que tienen problemas con su situación económica, emocionales, vivencias traumáticas y una mala relación con su pareja; tienen una tendencia significativa para el desarrollo de amenaza de parto prematuro, partos prematuros propiamente dichos y bebés con bajo peso, posteriormente se realizaron observaciones en América Latina, los cuales afirmaban de manera similar, cuanto más temprana había sido la experiencia estresante, mayor era el riesgo de complicaciones en el embarazo (Zuñiga y Paredes, 2017).

## **1.2. Descripción del problema**

En el Perú, según el INEI, la tasa de fecundidad adolescente ha aumentado de 59% en el año 2006 al 65% en el año 2010 (INEI, 2014). El estrés crónico puede ser un factor determinante en los partos prematuros (Aguilera et al., 2014). Los estudios sugieren, por ejemplo, que las mujeres sin hogar o con serios problemas económicos tienen más probabilidades de tener un parto prematuro (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 2015). Asimismo, el hecho de trabajar fuera de la casa no se ha relacionado con un parto prematuro en la mayoría de los estudios. Sin embargo, las mujeres a las que el trabajo les resulta particularmente estresante desde el punto de vista físico o emocional pueden estar expuestas a cierto riesgo (Aravena et al., 2015). El racismo es otra forma de estrés crónico que puede contribuir a un parto prematuro, ya que se afirmó que las mujeres negras experimentan estrés a causa del racismo durante todas sus vidas; esto puede explicar

en parte por qué estas mujeres tienen más probabilidades de tener un parto prematuro que las mujeres de otros grupos raciales o étnicos (Quirós et al., 2015).

### **1.3. Formulación del problema**

#### **Problema general**

¿Cuáles son los principales estresores psicosociales que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital “José Agurto Tello” de Chosica, 2019?

#### **Problemas específicos**

- 1) ¿Cuáles serán los estresores psicológicos derivados de la Violencia durante el embarazo que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes?
- 2) ¿Cuáles serán los estresores psicológicos derivados de la Motivación para el embarazo, que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes?
- 3) ¿Cuáles serán los estresores sociales derivados del Apoyo familiar para el embarazo, que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes?
- 4) ¿Cuáles serán los estresores sociales derivados de la Situación económica para el embarazo, que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes?
- 5) ¿Cuáles serán los estresores sociales derivados de la frustración de Proyecto personal, que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes?

## 1.4. Antecedentes

### Internacionales

Avalos (2010) realizó una investigación en Ecuador denominada “Factores de riesgo materno en pacientes con amenaza de parto pretérmino atendidas en el hospital José María Velasco Ibarra; Tena 2008”; con el propósito de determinar los factores de riesgo materno en pacientes con amenaza de parto pretérmino atendidas en el Hospital José María Velasco Ibarra de Tena durante el 2008. El estudio se realizó en 116 pacientes. Entre los resultados más relevantes se encontró que la madre con mayor riesgo de amenaza de parto pretérmino es: primigesta joven 48%, proveniente de zona urbana 49%, instrucción secundaria incompleta 47%, vive en unión libre 56%, nulípara 48%, sin control prenatal 36%, con intervalo intergenésico acortado 88%, cuya edad gestacional oscila entre 25 - 34 semanas 60%. Las patologías asociadas en orden decreciente fueron infecciones del tracto urinario 53,2 %, infecciones del tracto genital 23,3 %, anemia 16,4 %, hemorragias obstétricas 16,4 %, ruptura prematura de membranas 15,5 %, preeclampsia 10,3% placenta previa 9,5 %, desprendimiento prematuro de placenta 0,9 %, polihidramnios 0,9 %. Los autores concluyeron que la variedad de factores asociados a la amenaza de parto pretérmino tiene implicaciones socio- económicas y culturales intrínsecas.

Calderón et al. (2005) realizaron una investigación en México denominada “Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino”; con el propósito de determinar los factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino en el Hospital Regional 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Querétaro. El estudio se realizó 138 mujeres. Entre los resultados se encontró que en el periodo de estudio se atendieron 8910 eventos obstétricos, de los cuales 600 (6.73%) fueron pretérmino. No hubo diferencia estadísticamente significativa en la edad, vía de

interrupción del embarazo e incidencia de preeclampsia-eclampsia. Los factores asociados al parto pretérmino con diferencia significativa ( $p \leq 0.05$ ) fueron el peso y la talla materna, la ruptura prematura de membranas, la cervicovaginitis, la hiperemesis gravídica, la infección de vías urinarias y la anemia.

González et al. (2005) realizaron una investigación en Colombia denominada “Asociación entre la cervicometría y el parto prematuro en pacientes con sospecha de trabajo de parto pretérmino inicial”; con el propósito de determinar en gestantes que fueron hospitalizadas con diagnóstico clínico de trabajo de parto pretérmino (TPP) inicial, embarazo único entre las 20 y 36 semanas de gestación y membranas íntegras, la asociación de la cervicometría y otros factores de riesgo, con el parto prematuro por TPP idiopático en nuestra comunidad. El estudio se realizó 156 pacientes. Entre los resultados se encontró. En el análisis bivariado del parto prematuro con las variables independientes estudiadas, sólo la longitud del cérvix menor 30 mm y la infección vaginal tuvieron asociación estadísticamente significativa. La única variable que en presencia de todas las demás presentó un valor estadísticamente significativo en el análisis multivariado fue la longitud cervical menor de 30 mm con OR 11,1 (IC95% 4,55 – 27,05).

Grandi et al. (2008) realizaron una investigación en Argentina denominada “Relación entre estrés psicosocial y parto prematuro. Una investigación interdisciplinaria en el área urbana de Buenos Aires”; con el propósito de evaluar la asociación entre el estrés psicosocial y el parto prematuro. El estudio se realizó en 202 mujeres. Entre los resultados más relevantes se encontró. Las madres de RNPT se sintieron más frecuentemente estresadas o angustiadas ( $p= 0,014$ ) y reaccionaron llorando ( $p= 0,021$ ) o fumando ( $p=0,047$ ) más que las madres de RNT. Entre las situaciones de vida las madres de RNPT refirieron “llorar mucho” ( $p=0,021$ ) y “estar

nerviosa” ( $p= 0,043$ ) y mostraron una frecuencia elevada de eventos estresantes como “mudanza” (34% vs. 26%), “episodios de violencia en casa” (15% vs. 9%) y “mala relación familiar” (15,6% vs. 13%) en comparación con las madres de RNT, aunque estadísticamente no significativas. En el análisis de regresión logística persistieron significativamente asociadas al parto prematuro “estar muy estresada” (OR 1,70, IC 95% 1,08-2,31) y “llorar” (OR 1,98, IC 95% 1,32-2,65).

Parada et al. (2012) realizaron una investigación en España denominada “Violencia emocional como factor de riesgo en la amenaza de parto pretérmino” con el propósito de identificar la asociación de la violencia intrafamiliar de tipo emocional con la amenaza de parto pretérmino, así como evaluar su repercusión en el embarazo. El estudio se realizó en 50 mujeres. Entre los principales resultados se encontró que 19 sufrían violencia emocional. Se determinaron las características de residencia, edad gestacional, dinámica uterina, condiciones cervicales, escolaridad, ocupación de las pacientes y de su pareja, así como si eran víctimas de violencia emocional. Los autores concluyeron que se encontró que en el grupo de estudio con violencia la existencia de esta variable no es tan frecuente como para ser determinante de amenaza de parto pretérmino.

Romo (2007) realizó una investigación en México denominada “Factores de riesgo de parto pretérmino en pacientes que presentaron amenaza de parto pretérmino”; con el propósito de determinar los factores de riesgo de parto pretérmino en pacientes con parto pretérmino en el Hospital Regional Universitario del 1° de Marzo al 30 de agosto del 2006. El estudio se realizó en 77 pacientes. Entre los resultados más relevantes a pesar de ser considerados como factores de riesgos para parto pretérmino no se encontró diferencia significativa en nuestro estudio. Los autores concluyeron que los factores de riesgo de contractilidad uterina, sangrado

transvaginal, dilatación cervical, y ruptura prematura de membranas, fueron los más importantes para parto pretérmino.

Samartino et al. (2011) realizaron una investigación en Argentina denominada “Parto prematuro: factores y marcadores de riesgo Hospital Sub Zonal A. Isola. Puerto Madryn Chubut. Argentina periodo 1996- 2001.”; con el propósito de conocer las causas prevalentes de cada factor y marcador de riesgo para parto prematuro en el hospital donde nos desarrollamos como residentes de Medicina General, para posteriormente establecer asociación entre los mismos y su capacidad de aumentar el riesgo relativo de prematurez. El estudio se realizó en 245 pacientes. Entre los resultados más relevantes se encontró que la prevalencia del parto prematuro resultó 6%. La frecuencia de los factores de riesgo sobre los marcadores de riesgo fue 66% Vs 34%. De los datos expuestos se evidencia que la anemia materna y control prenatal inadecuado representan el 50% del total de los factores de riesgo para parto prematuro; y dentro de los marcadores de riesgo, RPM, antecedente de RN < a 2.500gr y periodo intergenésico < a 1 año constituyen el 76.5%.

### **Nacionales**

Zuñiga y Paredes (2017) desarrollaron un estudio en Tarapoto que tuvo como finalidad determinar los estresores psicosociales relacionados a la amenaza de parto y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, Agosto – diciembre 2016. Fue un estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional en donde se evaluó a 140 gestantes encontrando que, entre los estresores de violencia psicológica, el hostigamiento por parte de la pareja se encuentra en un 40% y en un 35.7% por familiares de la pareja; respecto a la violencia física el 27.2% procede de la pareja y



el 9.3% por autolesión; en los estresores sociales por parte de la familia, el 29.3% está asociado a la insinuación del aborto, 60.1% al compromiso; por parte de familiares directos, 74.3% apoyo materno, 72.8% apoyo de la familia; y, por familiares de la pareja; el 53.6% de apoyo maternal y el 58.6% de apoyo emocional. Respecto al proyecto personal la frustración educativa se encuentra en un 50% y la frustración del proyecto de vida en un 30%. A modo de conclusión, los autores mencionan que los estresores Psicológicos y Sociales tienen relación estadísticamente significativa ( $P < 0,05$ ), con edad gestacional, amenaza de parto y parto pre término y tipo de parto.

Ramos (2019) realizó un estudio en Lima, con el objetivo de determinar los factores clínicos asociados a amenaza de parto pre-termino en gestantes del servicio de Gineco – Obstetricia; para ello se realizó un estudio retrospectivo, observacional, analítico y longitudinal en 100 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino. Se obtuvo como resultado que los factores de riesgo estadísticamente significativos para desarrollar amenaza de parto pretérmino fueron la edad materna de alto riesgo Obstétrico ( $OR = 2.48$   $p = 0.034$  IC 95% 1.05 - 5.85), la hemorragia de la segunda mitad del embarazo ( $OR = 3.91$   $p = 0.037$  IC 95% 1.00 – 15.22) y la presencia de infección del tracto urinario ( $OR = 3.22$   $p = 0.005$  IC 95% 1.41 - 7.35). El tipo de edad gestacional en el que se presentan con mayor frecuencia es de tipo moderado [rango 30 – 33.6 semanas]. El autor concluye que los principales factores de riesgo para desarrollar amenaza de parto pretérmino fueron edad materna mayor de 19 años, presencia de Infección del tracto urinario y presencia de hemorragia de la segunda mitad del embarazo.

Solís (2014) elaboró una investigación en Lima con la finalidad de identificar los principales estresores psicosociales asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el periodo de Enero – Marzo en el año 2014. Fue un estudio analítico de casos y controles de diseño no experimental, realizado en 41 casos y 82 controles, encontrando que la amenaza de abandono por parte de la pareja [OR=12,642]; violencia física por parte de la pareja [OR=9,621]; intento de autolesión [OR=9,667]; decepción por el embarazo [OR=8,662]; ausencia de amor hacia su pareja cuando se embarazó [OR=7,243]; ausencia de amor en este momento del embarazo [OR=6,315]; falta de apoyo parental [OR=8,403]; falta de sentimiento de bienvenida de la familia [OR=7,095]; falta de apoyo económico de la pareja [OR=6,857]; falta de apoyo económico de su familia [OR=8,390]; frustración educativa [OR=7,212]. A modo de conclusión la autora menciona que la amenaza de parto prematuro se presenta en los siguientes casos: Cuando la gestante intenta autolesionarse, cuando su pareja amenaza con abandonarla y es golpeada a causa del mismo, cuando se embarazó no estando enamorada, cuando no recibe apoyo emocional de familiares directos; cuando no recibe apoyo económico de familiares y de su pareja durante la gestación; y cuando es consciente que sus metas académicas pueden frustrarse por el embarazo.

Salas y Salvatierra (2012) realizaron una investigación en Perú denominada “Resultados maternos de la violencia intrafamiliar en gestantes en adolescentes. Hospital San Juan de Lurigancho periodo diciembre 2011- febrero 2012”; con el propósito de determinar de analizar la asociación entre la violencia intrafamiliar durante el embarazo y los resultados maternos en puérperas adolescentes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, durante el periodo Diciembre 2011 - Febrero

2012. El estudio se realizó en 116 mujeres. Entre los resultados encontramos que el promedio de edad de las puérperas adolescentes fue  $17.1 \pm 1.2$  años. Del total de participantes, 56.9% alcanzó el nivel de instrucción de secundaria incompleta, 50.9% manifiesta estado civil de soltera. El tipo de violencia intrafamiliar más frecuente fue la violencia psicológica (94.8%), seguido de la violencia física (17.2%) y la violencia sexual (8.6%). En el grupo con violencia intrafamiliar durante el embarazo fue significativa la mayor frecuencia de resultados maternos adversos, los cuales fueron: Infección del tracto urinario (37.9%), anemia (34.5%), ruptura prematura de membranas (8.6%), preeclampsia (8.6%), parto pretérmino (8.5%), amenaza de aborto (5.2%) y la vía de culminación del embarazo fue en su mayoría parto vaginal. En presencia de violencia intrafamiliar, se obtuvo diferencia significativa para la infección del tracto urinario, anemia y parto pretérmino. La preeclampsia fue significativa en el grupo con violencia física. El parto pretérmino fue el único resultado materno con asociación significativa ( $p < 0.05$ ) para los diferentes tipos de violencia intrafamiliar. Los autores concluyeron que los resultados maternos adversos son más frecuentes en las puérperas con violencia intrafamiliar durante el embarazo. Se encontró asociación significativa para la infección de tracto urinario, anemia y parto pretérmino.

### **1.5. Justificación de la investigación**

Existen diversos factores de riesgos asociados a parto pretérmino por lo cual es importante saber cuáles son los más frecuentes para poder prevenir o disminuir la frecuencia de estos y así evitar o aminorar la prematuridad; en el recién nacido, por las consecuencias que esto trae como morbilidad o mortalidad neonatal; es así como la identificación de los estresores psicosociales que influyen de manera significativa

para la amenaza de parto prematuro, se tendrá información útil cuya importancia radica en la prevención de este hecho cuyos desencadenantes son negativos, tanto para el bebé, para la madre y para la sociedad.

Es necesario comprender mejor las causas de la prematuridad y obtener estimaciones más precisas de la incidencia de ese problema en cada país si se desea mejorar el acceso a una atención obstétrica y neonatal eficaz. De esta manera, aportar con un dato más a la ciencia que estudia este fenómeno y disminuir la tasa de partos prematuros en nuestro país; así, los hallazgos que se puedan encontrar serán presentados en forma de datos tangibles que servirán de base, no solo para posteriores investigaciones; sino, de ser el caso, para tomar medidas de acción, prevención y/o promoción.

#### **1.6. Limitaciones de la investigación**

Una de las principales limitaciones encontradas para la realización del estudio estuvo relacionada con la muestra debido a que, al ser un estudio de casos y controles, solo se obtendrá un estimado de los estresores psicosociales asociadas a la amenaza de parto en gestantes; por ende, no se podrá generalizar los datos obtenidos.

La segunda limitación estaría ligada a la obtención de datos confiables que tengan como base, antecedentes de investigación en el Perú, dado que los resultados de estudios que se han encontrado carecen de una garantía de selección de la muestra y se evidencian falencias en la presentación de los resultados que probablemente influenciaran en la discusión al momento del contraste de información.

## 1.7. Objetivos

### Objetivo general

Identificar los principales estresores psicosociales que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes.

### Objetivos específicos

- 1) Identificar los estresores psicológicos derivados de la Violencia durante el embarazo que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes.
- 2) Identificar los estresores psicológicos derivados de la Motivación para el embarazo, que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes.
- 3) Identificar los estresores sociales derivados del Apoyo familiar para el embarazo, que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes.
- 4) Identificar los estresores sociales derivados de la Situación económica para el embarazo, que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes.
- 5) Identificar los estresores sociales derivados de Proyecto personal, que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes.

## **1.8. Hipótesis**

### **Hipótesis General**

Existen estresores psicosociales asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital “José Agurto Tello” de Chosica, 2019.

### **Hipótesis Específica**

- 1) Los estresores psicológicos derivados de la Violencia durante el embarazo que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes son: la presencia de violencia psicológica, violencia física.
- 2) Los estresores psicológicos derivados de la Motivación para el embarazo, que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes son: motivación respecto al embarazo y motivación respecto a la pareja.
- 3) Los estresores sociales derivados del Apoyo familiar para el embarazo, que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes son: Apoyo por parte de su pareja, de sus familiares directos, y de los familiares de la pareja.
- 4) Los estresores sociales derivados de la Situación económica para el embarazo, que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes son: la dependencia económica y el bajo estatus económico.
- 5) Los estresores sociales derivados de Proyecto personal, que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes son: la frustración de su proyecto de vida académica y las relaciones de familia.

## II. MARCO TEÓRICO

### **El embarazo**

Es la gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno. Abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por la etapa de embrión y feto. En el ser humano la duración media es de 269 días (cerca de 10 meses lunares o 9 meses-calendario). El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología define como embarazo a término entre 39 semanas y 40 semanas con 6 días (Honorio, 2017).

Otras categorías son:

- Embarazo a término temprano: 37 semanas hasta 38 semanas con 6 días.
- Embarazo a término tardío: 41 semanas
- Post-término: 42 semanas o más

### ***Amenaza de parto pre término***

Es la aparición de contracciones uterinas propias del trabajo de parto en pacientes con membranas intactas entre las 20-22 y antes de las 37 semanas de embarazo, con pocas modificaciones del cuello uterino. Las contracciones uterinas deben ser clínicamente palpables, de 30 segundos o más de duración y una frecuencia de una o más en diez minutos, durante un periodo mínimo de una hora, capaces de producir modificaciones cervicales leves; borramiento del cérvix uterino del 80% o menos, y una dilatación igual o menor a 2 cm (Honorio, 2017).

El embarazo normal culmina con un trabajo de parto, y parto después de la semana 37 de gestación; sin embargo, el parto pretérmino, y la prematurez resultante de este, es la patología perinatal y complicación más común, costosa y catastrófica del embarazo (Calderon, 2017). Este escenario tiene una frecuencia de presentación aproximada del 10-15% de todos los nacimientos, presentando diferencias según el nivel de desarrollo socioeconómico de cada país; a pesar de los avances tecnológicos y del cuidado neonatal, su prevalencia no ha variado en las últimas décadas (OMS, 2018). La prematurez es de etiología multifactorial y continúa siendo la mayor causa de morbimortalidad neonatal y la responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas del recién nacido; las complicaciones neonatales tales como la enfermedad de membrana hialina, hemorragia intraventricular severa y enterocolitis necrotizante, entre otras, suelen ser graves y en muchos casos invalidantes, con repercusiones tanto a nivel individual como familiar (Castillo, 2015).

La amenaza de parto pretérmino se define clásicamente como la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 22.0 hasta las 36.6 semanas de gestación.; no obstante, estos parámetros presentan una baja sensibilidad y especificidad para predecir el parto pretérmino (Ochoa y Pérez, 2009). En la mayoría de casos en los que la paciente ingresa con el diagnóstico clásico de amenaza de parto pretérmino, el riesgo real de desencadenarse el parto es muy bajo (20- 30%). Por su bajo coste y su facilidad en la aplicación clínica la mayoría de hospitales utilizarán la medición de la longitud cervical como la exploración complementaria de primera elección (Labanda, 2016).

Se considerarán pacientes de alto riesgo cuando estén presentes uno o más de los siguientes criterios y de bajo riesgo cuando no esté presente ninguno de los criterios a continuación mencionados (Castillo, 2015).



*Crterios clínicos:*

- Bishop > 5
- Parto pretérmino anterior (espontáneo) antes de la semana 34
- Gestación múltiple
- Portadora de cerclaje cervical en gestación actual

*Crterios ecográficos:*

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

***Trabajo de parto pretérmino***

Dinámica uterina igual o mayor a la descrita para la definición de amenaza de parto prematuro (4 contracciones en 20 minutos u 8 en 1 hora), pero con modificaciones cervicales mayores, tales como borramiento del cérvix mayor al 80% y una dilatación mayor de 2 cm (Quirós et al., 2015). También llamado parto pretérmino establecido cuando la dinámica uterina es mayor.

Para un diagnóstico más adecuado y preciso se debe tener en cuenta la actividad basal y la contractibilidad normal del útero; existe un tono uterino basal de 6 a 8 mm de Hg permanentemente y la aparición de las contracciones de “Braxton-Hicks” de baja frecuencia e intensidad 10 a 15 mmHg que se hace en forma progresiva a medida que aumenta la edad gestacional en el embarazo hasta lograr preparar el útero, el segmento y el cuello, para el inicio del trabajo de parto (Artal, 2019).

## **El estrés**

El estrés es una respuesta no específica del organismo ante cualquier demanda que se le imponga, dicha respuesta puede ser de tipo psicológica (mental) o fisiológica (física/orgánica); así, la demanda se refiere a la causa del estrés (el estresor). Según la literatura científica, el estrés implica cualquier factor que actúe internamente o externamente al cual se hace difícil adaptar y que induce un aumento en el esfuerzo por parte de la persona para mantener un estado de equilibrio dentro de él mismo y con su ambiente externo (Barradas, 2018). También, puede ser un evento o cualquier estímulo ambiental que ocasiona que una persona se sienta tensa o excitada; en este sentido, el estrés es algo externo a la persona.

El estrés se caracteriza por una respuesta subjetiva hacia lo que está ocurriendo; en este sentido el estrés es el estado mental interno de tensión o excitación; es el proceso de manejo interpretativo, emotivo y defensivo del estrés que ocurre dentro de la persona; así, el concepto de estrés describe una reacción física del cuerpo hacia una demanda o a una intrusión perjudicante; además, puede significar pruebas a que un organismo vivo se ve sometido por parte de su entorno (ambiente); la respuesta del organismo a esas pruebas. En síntesis, el estrés es la respuesta fisiológica y psicológica del cuerpo ante un estímulo (estresor), que puede ser un evento, objeto o persona (Cólica, 2012).

La causa del estrés son los estresantes, los cuales son agentes que estimulan los procesos de estrés nerviosos y hormonales. Los estresantes se pueden dividir en tres categorías, a saber, psicosociales (mentales y sociales), bioecológicas (funciones orgánicas y medio ambiente) y personalidad (manejo de ansiedad/distrés) (Barradas, 2018; Cólica, 2012).

## **Estresores**

El inicio del proceso de estrés se plantea cuando el individuo se enfrenta a un estresor, pudiendo ser este un suceso vital (cuando está asociado a un aspecto determinantes y molesto), un suceso menor, el estrés crónico o la combinación de ellos enfatizados en la experiencia individual subjetiva (Cáceres et al., 2017).

### ***Valoración de la situación daño-pérdida, amenaza, desafío.***

El estrés psicológico se relaciona con la importancia o significado que la persona da a lo que está sucediendo y lucha activamente para manejar el estrés; por ende, la valoración de la situación puede ser beneficiosa o de daño asociada a la pérdida que se ha producido con anterioridad; también podemos encontrar la amenaza como un posible daño o pérdida y el desafío referido a la dificultad que puede ser superada (Cifuentes y Villegas, 2009).

### ***Valoración de los recursos propios.***

Se considera a las variables personales y sociales como moduladoras del estrés, siendo ejemplo de estas la alexitimia, la afectividad, el apoyo social y el estatus socioeconómico. Se sabe que cuando la carga ambiental excede en gran medida a los recursos de la persona, se produce una relación estresante y en el caso del estrés psicológico, este se produce entre el poder de las demandas ambientales para dañar o amenazar y los recursos de la persona para manejarlas (Cáceres et al., 2017).

### ***Valoración del apoyo ambiental.***

Como apoyo ambiental se considera al apoyo social y la valoración del mismo, por lo que se trata de apoyo social percibido y no material; siendo desde una perspectiva

funcional, más preponderante las funciones que cumplen con las relaciones sociales, enfatizando los aspectos cualitativos del apoyo y los sistemas informales del mismo (Cífuente y Villegas, 2009).

### **Estrés percibido**

Es el resultado de enfrentarse a uno o más estresores y valorar esa situación como estresante y desbordante de los recursos del individuo en cuestión; en donde se incluye la valoración de los recursos propios (autoestima y autoeficacia) y la valoración del apoyo socio-ambiental (Negrete et al., 2018).

### ***Variables sociodemográficas***

Las condiciones sociales tales como organización social, aspectos socioeconómicos, estatus marital, rol laboral, género, etc. pueden estar implicadas tanto en el origen como en las consecuencias de las experiencias estresantes; así tenemos a:

### ***Respuestas emocionales.***

Se considera que el estrés es interdependiente de las emociones y en algunos casos esta relación es a la inversa, es decir, cuando las emociones están presentes a menudo también se produce el estrés. Leahy (2018) establece que una razón por la que el individuo desarrolla patrones cognitivos negativos es la experiencia de una gran pérdida en el momento en que esta resulta abrumadora para la persona.

Así, si la proporción de demandas es muy superior a la de los recursos, la persona se siente indefensa para manejar las demandas a que está expuesta y esto puede provocar depresión, o bien, sentimientos de pánico y desesperanza. Tortello y Becerra (2017) considera la depresión y la ansiedad como respuestas emocionales ante el estrés.

Estas dos emociones se retoman en el modelo ya que ambas han sido relacionadas al estrés y a los síntomas psicósomáticos.

*Respuestas conductuales: afrontamiento.*

El afrontamiento es una de las variables que indiscutiblemente va ligada al estrés. Lazarus y Folkman (1984) definen el afrontamiento como las estrategias creadas para dominar, reducir o tolerar las exigencias internas y/o externas creadas por las transacciones estresantes. En otras palabras, el afrontamiento es un proceso psicológico, que se pone en marcha cuando en el entorno se producen cambios no deseados o estresantes, acompañados de emociones negativas, tales como ansiedad, miedo, ira, hostilidad, desagrado, tristeza, desprecio, desesperación entre otras (Sanchís Fernández, 2017).

*Respuestas fisiológicas: síntomas psicósomáticos.*

Como variable central a considerar en el modelo elaborado por Espinoza Ortíz et al. (2018) se encuentran los síntomas psicósomáticos que, como ya se mencionó, se refiere a dolencias físicas en las que los procesos emocionales y factores psicológicos, como el estrés, pueden jugar algún papel. Con base en lo anterior se planteó el objetivo del presente estudio, el cual fue estimar un modelo estructural que permitiera identificar la relación entre el estrés, el número de estresores y los niveles de depresión en primigestas divididas en cuatro grupos denominados condiciones de estado civil: solteras viviendo con la propia familia; casadas/ unidas viviendo con la propia familia; casadas/unidas viviendo con la familia de la pareja y la pareja viviendo sola (casadas/unidas que viven independientemente de los senos familiares).

### ***Estrés psicosocial***

Estos son el resultado de una interacción entre el comportamiento social y la manera en que nuestros sentidos y nuestras mentes interpretan estos comportamientos. En otras palabras, el estrés social se determina por el significado que le asignamos a los eventos de nuestras vidas. Aquí debemos, por ende, comprender que como cada persona tiene un patrón de diferente, también su estrés será diferente. Algunos ejemplos de estos tipos de estresantes que con frecuencia surgen durante el transcurso de nuestra vida son: desengaños, conflictos, cambios de trabajo, pérdidas personales, problemas económicos, presión de tiempo, jubilación, dificultades para tomar decisiones, cambios en la familia (Herrera et al., 2017).

### ***Causas del estrés***

#### ***Causantes Bioecológicos del estrés***

Las causas bioecológicas se originan de toda actividad derivada de nuestras funciones normales y anormales de los órganos y sistema del organismo humano, incluyendo a los que produce el ejercicio, y de aquellos estresantes que surgen de nuestro ambiente físico o ecológico. Existe una relación estrecha entre el estrés y nuestra salud. Se ha comprobado que definitivamente el estrés negativo afecta al bienestar general del individuo. Por otro lado. Nuestro nivel de salud afecta la habilidad para manejar el estrés. Una pobre salud reduce la capacidad individual para combatir efectivamente el estrés y le imparte más estrés al sistema (Cáceres et al., 2017).

#### ***Causantes Bioecológicos del estrés***

A medida que avanza el conocimiento de la fisiología de la gestación, también aumenta la certidumbre de que el estado emocional de la madre es primordial para el

desarrollo del bebé intraútero e incluso para su salud futura (Zuñiga y Paredes, 2017). A lo largo de los últimos años, diversos estudios han venido señalando que el estrés intenso durante el embarazo, por ejemplo, por una fuerte presión en el trabajo, maltrato en la pareja, acontecimientos vitales como la muerte de un familiar muy cercano, o incluso el rechazo a un embarazo no deseado, puede tener importantes repercusiones, como veremos (Cáceres et al., 2017).

Una de las consecuencias del estrés materno intenso que se han señalado de manera más insistente durante la última década es la mayor incidencia de partos prematuros. Los estudios sobre este tema son tan numerosos que se han realizado varios artículos de revisión donde se resumen los conocimientos acumulados hasta la fecha (Zuñiga y Paredes, 2017).

A nivel médico se considera, que algunos niveles de estrés pueden afectar el embarazo, algunos estudios sugieren una posible relación entre estrés y una labor de parto prematuro; así mismo el estrés juega un papel importante en las complicaciones durante el embarazo, aumento de la presión arterial, diabetes, condiciones que incrementan el riesgo de una labor de parto prematura (Romo, 2007). El estrés en la gestante sumado a malos hábitos, tales como, consumo de alcohol, cigarrillo, drogas ilícitas, incrementan el riesgo de complicaciones en el nacimiento.

De igual manera existen factores psicosociales de riesgo en el embarazo que conllevan a las complicaciones perinatales, estos se refieren a la carencia de soporte adecuado para la gestante, estos factores influyen significativamente sobre el resultado del embarazo y el parto. Otro tipo de estresor es aquel que va ligado al estilo de vida de la gestante, el cual se refiere a los hábitos conductuales de la persona que puede estar afectando directamente al organismo y afectan su vulnerabilidad o susceptibilidad a la activación en situaciones de estrés (Artal, 2019).

## 2.1. Marco conceptual

- Estresores psicosociales: Hace referencia al estrés que se origina en un contexto de interacción interpersonal donde hay presencia de conflicto que tiene consecuencias en áreas emotivas de la persona que puede ser fuente de diversas patologías que por lo general van a depender de una serie de factores genéticos, experiencia de la persona y la atmósfera sociocultural de la cual que procede. Específicamente, los estresores psicológicos pueden estar relacionados con la presencia de violencia física y/o psicológicos y, por otro lado, la motivación que tiene la mujer respecto al embarazo y la pareja. Asimismo, los estresores sociales, pueden estar vinculados con la ausencia de apoyo familiar, la situación económica y la posible frustración de su proyecto de vida personal.
- Amenaza de parto prematuro: la presencia de contracciones con un ritmo de 4 cada 20 minutos o de 8 en 60 minutos entre las 22 y 37 semanas de gestación.
- Gestantes: Mujeres que se encuentran en proceso de embarazo, definido por la presencia del desarrollo de un embrión o feto en el útero.



### III. MÉTODO

#### 3.1. Tipo de Investigación

El estudio fue de enfoque cuantitativo, puesto que, para dar respuesta al problema de estudio, hace falta medir y estimar magnitudes de fenómenos psicológicos para lo cual se recurrirá a la recolección y cuantificación de los datos (Hernández y Mendoza, 2018).

La investigación fue de alcance explicativo puesto que se evaluarán un conjunto de predictores considerados como estresores, para determinar y cuantificar cuáles explican la presencia de riesgo significativo para ocurrencia de amenaza de parto prematuro en las gestantes (Hernández y Mendoza, 2018).

La metodología empleada sigue los lineamientos del diseño no experimental con corte transversal., dado que no se manipula deliberadamente la variable independiente para ver efectos en la dependiente bajo los criterios de estudios para casos y control (Hernández y Mendoza, 2018).

#### 3.2. Población y muestra

La población estuvo conformada por todas las gestantes atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital “José Agurto Tello” de Chosica, 2019.

El número necesario de las personas que participarán en el estudio, será determinado mediante un planteamiento bilateral para casos y controles, dicho cálculo se hará mediante la fórmula:

$$n = \frac{\left[ Z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{(c+1)p(1-p)} + Z_{1-\beta} \sqrt{cp_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{c(p_1 - p_2)^2}$$

**Cálculo del tamaño muestral mínimo necesario para detectar un odds ratio significativamente diferente de 1**

Frecuencia de exposición entre los casos	0.15		
Frecuencia de exposición entre los controles	0.38	p1	0.15
Odds ratio a detectar	2.00	p2	0.38
Nivel de seguridad	0.95	OR	2.00
Potencia	0.80		
Número de controles por caso	2		

**TAMAÑO MUESTRAL MÍNIMO**

<b>Casos</b>	41
<b>Controles</b>	82

Donde  $p = \frac{p_1 + p_2}{2}$  y los valores  $Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$  y  $Z_{1-\beta}$  son valores que se obtienen de la distribución normal estándar en función de la seguridad y el poder elegidos para el estudio.

***Inclusión***

- Mujeres que decidan participar voluntariamente en el estudio.
- Mujeres que estén hospitalizadas en el Hospital “José Agurto Tello” de Chosica.
- Mujeres que han tenido amenaza de parto prematuro (para los casos).
- Mujeres que no han tenido amenaza de parto prematuro (para los controles).

***Exclusión***

- Que tenga problemas mentales que limite la información.
- Mujeres con menos de 20 semanas de embarazo.
- Mujeres con más de 37 semanas de embarazo.

### 3.3. Operacionalización de variables

Factor	Dimensión	Sub-dimensión	Definición	Ítems	Medida	Escala	Estadístico
ESTRESORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA AMENAZA DEL PARTO PREMATURO	Psicológico	Violencia	Psicológica	Cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación	1	Ordinal	CHI cuadrado para dos muestras
				6			
				11			
		Física	Acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas, o ambas.	16			
			21				
			25				
	Motivación	Embarazo	Señalamiento o énfasis que nace en una persona hacia un embarazo, creando o aumentando con ello el impulso necesario para que ponga en obra esa acción.	28			
			2				
		Pareja	2				
			7				
	Social	Apoyo familiar	Pareja	Favor, auxilio o protección material o moral que se recibe de su pareja.	12	Ordinal	
				17			
			Familiares directos	Favor, auxilio o protección material o moral que se recibe de sus familiares directos como el papá, la mamá, hermanos, tíos etc.	22		
				26			
Familiares de la pareja		Favor, auxilio o protección material o moral que se recibe de sus familiares de la pareja como el papá, la mamá, hermanos, tíos etc.	23				
		3					
		8					
		13					
Situación económica	Dependencia económica	Incapacidad funcional para el desarrollo de actividades de la vida diaria por requerir ayuda de ella misma, su pareja o sus padres para su desarrollo normal de su embarazo.	18	Ordinal			
		27					
	Estatus económico	El estatus es la posición, la escala social y económica a la cual pertenece la gestante o su pareja.	29				
		30					
Proyecto personal	Estudios	Actividades coordinadas e interrelacionadas que buscan cumplir con un objetivo académico en corto, mediano o largo plazo	31	Ordinal			
		4					
	Relaciones de familia	Actividades coordinadas e interrelacionadas que buscan cumplir con un objetivo de formar una familia en corto, mediano o largo plazo	9				
		14					

### **3.4. Instrumentos**

Como instrumento se utilizará un formato ad hoc estructurado de dos grandes factores los cuales están conformados por 5 dimensiones que engloban la posibilidad de riesgo para la amenaza de parto prematuro (Psicológicos [Violencia, y Motivación] y Sociales [Apoyo familiar, Situación económica, y Proyecto personal]).

#### ***Validez***

La validez será determinada mediante el criterio de jueces, obteniéndose los valores de aceptación mediante la V de Akien.

#### ***Confiabilidad***

Para determinar la fiabilidad de nuestro instrumento, se realizará un estudio piloto en 25 personas para lo cual, se utilizará el método de test y retest, el cual fue analizado con el estadístico de correlación de Pearson cuyo valor fue 0,812\*\*, el mismo que señala la fiabilidad del instrumento.

### **3.5. Procedimientos**

El procedimiento del presente estudio sigue los lineamientos del enfoque cuantitativo propuesto por Hernández y Mendoza (2018), que hace referencia al cumplimiento riguroso de diez fases:

- Fase 1: Nace la idea de investigación, basada en una problemática específica que la investigadora identificó.

- Fase 2: Se plantea el problema, profundizando en el comportamiento de la variable de investigación con el fin de conocer la problemática a nivel mundial, nacional y local.
- Fase 3: Se revisó la literatura existente sobre la variable, se recopiló estudios previos y enmarcando la información teórica que sustenta las variables.
- Fase 4: Conociendo la literatura teórica y los estudios previos, se determina el tipo de estudio que se realizará, siendo para este caso un estudio descriptivo correlacional.
- Fase 5: Una vez conocida la teoría y los estudios previos, se cuenta ya con la información como para dar una respuesta tentativa al problema planteado al inicio del estudio.
- Fase 6: Conociendo ya el tipo de estudio que se va desarrollar y las hipótesis de investigación, se puede establecer el diseño de investigación que se va a seguir, en este caso será el diseño no experimental de corte transversal.
- Fase 7: Luego de conocer el diseño del estudio y, conociendo la población de estudio en el que se desea investigar, se desarrolla un procedimiento del diseño muestral.
- Fase 8: A partir de esta etapa, las actividades serán realizadas luego de que el proyecto de investigación sea aprobado. Se trata de la recolección de la información mediante los instrumentos de medición.
- Fase 9: Luego de recolectar la información necesaria, se pasará al procesamiento y análisis de los datos empleando procedimientos matemáticos estadísticos.

- Fase 10: El informe final de los resultados de investigación presentados en tablas académicas con sus respectivas interpretaciones.

### 3.6. Análisis de datos

**A. Estadística descriptiva:** Fundamentalmente se utilizará las medidas de tendencia central, dispersión, tablas y gráficos. Esto permitirá conocer y entender la forma cómo se comportarán los datos en cada variable.

**B. Estadístico de Chi Cuadrado y Tablas de contingencia.**

**Prueba no paramétrica: Chi Cuadrado (  $X^2$  ).** Es una prueba estadística para evaluar hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas, no consideradas relaciones causales. La prueba Chi cuadrado se calcula por medio de una Tabla de contingencias o tabulación cruzada, que es una Tabla de dos dimensiones y cada dimensión contiene una variable. A su vez cada variable se subdivide en dos o más categorías.

Puesto que, en la distribución de los datos, algunos no se ajustarán a la normalidad, será necesario aplicar esta prueba para conocer la independencia o no, entre las variables y conocer, si hubiera dependencia entre las categorías identificadas.

---


$$X^2 = \sum \frac{(o - e)^2}{e}$$


---

$H_0$  = Independencia

$H_1$  = Dependencia

Si  $p \leq 0.05$  Rechazo  $H_0$

g.l. =  $(Tf - 1) ( Tc - 1)$

Coefficientes Asociación

Phi, V Cramer (Variables Nominales)

d de Somers (Variable Ordinal)

---

## Odds ratio

### Tabla de 2 x 2 en los estudios de casos y controles

	Amenaza de parto prematuro		Total	OddsRatio = $a \times d / b \times c$
	Casos	Controles		
Expuestos	a	b	a + b	$IC95\% = OR * e^{\left(\pm 1.96 * \sqrt{\frac{1}{a} + \frac{1}{b} + \frac{1}{c} + \frac{1}{d}}\right)}$
No Expuestos	c	d	c + d	
Total	a + c	b + d	a + b + c + d	

- Valor 1 = Ausencia de asociación
- Valores <1 indica asociación negativa, posible factor protector
- Valores >1 indica asociación positiva, posible factor de riesgo

### 3.7. Consideraciones éticas

Las consideraciones éticas para la ejecución del presente estudio se adoptaron desde que se concibió la idea de investigación, atendiendo rigurosamente lo estipulado en el código de ética y deontología profesional del colegio de obstetras del Perú, esencialmente en el Título I: Normas éticas específicas, Capítulo 4: De la obstetra en la función de la investigación, artículos del 18 al 22; donde se demanda el sentido de responsabilidad, generación de nuevos conocimientos acorde a las necesidades sociales, veracidad en el reporte de los resultados, y difusión de los mismos.

Del mismo modo se tuvo en cuenta los lineamientos estipulados en el código de ética de la Universidad Nacional Federico Villarreal, Capítulo III: Comportamientos esperados; Artículo 7: Responsabilidad de los investigadores y Artículo 8: Buenas prácticas de los investigadores; donde se demanda los medios

legales como el consentimiento informado, la confidencialidad de los datos y garantía de anonimato de las participantes.



## IV. RESULTADOS

Tabla 1

*Estresores psicológicos derivados de la Violencia durante el embarazo que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes*

		GRUPO		Prueba
		Caso	Control	
Violencia psicológica	<i>Sí</i>	5	2	p=0.028 OR: 5.556 [1.029 – 29.998]
	<i>No</i>	36	80	
Violencia física	<i>Sí</i>	34	33	p=0.000 OR: 7.212 [2.858 – 18.797]
	<i>No</i>	7	49	

Las valoraciones de probabilidad muestran que la amenaza de parto prematuro depende de manera significativa de la violencia, tanto psicológica (p=0.028) como física (p=0.000); Así, el riesgo para que se dé un cuadro de amenaza de parto prematuro es 6 veces más si la madre es víctima de violencia psicológica (OR: 5.556 [1.029 – 29.998]) y 7 veces más si es que es víctima de violencia física (OR: 7.212 [2.858 – 18.797]).

Tabla 2

*Estresores psicológicos derivados de la Motivación para el embarazo, que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes*

		GRUPO		Prueba
		Caso	Control	
Motivación por el embarazo	<i>No</i>	13	3	p=0.000 OR: 12.226 [3.242 – 46.104]
	<i>Sí</i>	28	79	
Motivación a continuar con la pareja	<i>No</i>	15	16	p=0.040 OR: 2.380 [1.030 – 5.501]
	<i>Sí</i>	26	66	

De acuerdo a los resultados de la prueba chi cuadrado, la presencia de amenaza de parto prematuro depende de manera significativa de la motivación que pueda tener la madre respecto del embarazo (p=0.000) y de la motivación para continuar con su pareja

( $p=0.040$ ); así, se halló que ambos predictores representaron riesgo significativo para que una mujer gestante presente amenaza de parto prematuro siendo así 12 veces más el riesgo si es que la mujer pierde la motivación por el embarazo (OR: 12.226 [3.242 – 46.104]) y 2 veces más si es que la mujer pierde la motivación de continuar con su pareja (OR: 2.380 [1.030 – 5.501]).

Tabla 3

*Estresores sociales derivados del Apoyo familiar para el embarazo, que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes*

		GRUPO		Prueba
		Caso	Control	
Apoyo de la pareja	<i>No</i>	19	12	p=0.000 OR: 5.038 [2.117 – 11.990]
	<i>Sí</i>	22	70	
Apoyo de familia directa	<i>No</i>	26	14	p=0.000 OR: 8.419 [3.573 – 19.839]
	<i>Sí</i>	15	68	
Apoyo de familia de la pareja	<i>No</i>	25	34	p=0.041 OR: 2.206 [1.025 – 4.745]
	<i>Sí</i>	16	48	

Las valoraciones de probabilidad de la prueba chi cuadrado muestran que la presencia de amenaza de parto prematuro depende de manera significativa de los tres predictores del factor Apoyo social, representando también, según la prueba odds ratio, ser de riesgo significativo para que se dé el fenómeno, así, dicho riesgo es 5 veces más la gestante tiene el apoyo de la pareja (OR: 5.038 [2.117 – 11.990]), 8 veces más si la gestante no tiene el apoyo de su familia (OR: 8.419 [3.573 – 19.839]) y 2 veces más si es que no tiene el apoyo de la familia de su pareja (OR: 2.206 [1.025 – 4.745]).

Tabla 4

*Estresores sociales derivados de Situación económica, que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes*

		GRUPO		Prueba
		Caso	Control	
Dependencia económica	<i>Sí</i>	19	14	p=0.001 OR: 4.195 [1.809 – 9.729]
	<i>No</i>	22	68	
Estatus económico	<i>Baja</i>	18	10	p=0.000 OR: 5.635 [2.281 – 13.920]
	<i>Media/alta</i>	23	72	

Las valoraciones de probabilidad de la prueba chi cuadrado muestran que la amenaza de parto prematuro depende de manera significativa de dos aspectos vinculados al proyecto de vida, tales como la dependencia económica (p=0.001) y del estatus económico (p=0.000); así, el riesgo para que ocurra el fenómeno estudiado es 4 veces más si es que la gestante depende económicamente de su familia (OR: 4.195 [1.809 – 9.729]) y 6 veces más si pertenece a un bajo estatus económico (OR: 5.635 [2.281 – 13.920]).

Tabla 5

*Estresores sociales derivados de Proyecto personal, que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes*

		GRUPO		Prueba
		Caso	Control	
Estudios	<i>Sí</i>	36	50	p=0.002 OR: 4.608 [1.636 – 12.976]
	<i>No</i>	5	32	
Relaciones con la familia	<i>Mala</i>	33	29	p=0.000 OR: 7.5398 [3.080 – 18.455]
	<i>Buena</i>	8	53	

La presencia de amenaza de parto prematuro depende de manera significativa del proyecto personal que tenga la gestante, sobre todo si se encuentra estudiando (p=0.002) y si las relaciones que llevan con sus familiares es mala (p=0.000); así, el riesgo para que se desencadene este problema es de 5 veces más si es que la gestante se encuentre estudiando (OR: 4.608 [1.636 – 12.976]) y 7 veces más si es que mantiene malas relaciones con la familia.

## V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La investigación fue desarrollada en torno a la identificación de los principales estresores psicosociales que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes; con el fin de atender a esta finalidad, se evaluaron los predictores de cinco grandes factores tales como Violencia durante el embarazo, Motivación para el embarazo, Apoyo familiar para el embarazo, la Situación económica para el embarazo y, Proyecto personal.

Así, luego de procesar la información mediante el documento de recolección de datos, se obtuvieron los resultados que atendieron al objetivo central, los mismos que en el presente apartado son discutidos respecto a los hallazgos de otros autores y la teoría que sustenta la variable central de estudio.

Como primer objetivo específico, los estresores psicológicos derivados de la Violencia durante el embarazo que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes. Los resultados muestran que las madres que han sido víctimas de violencia psicológica tienden a presentar 6 veces más de riesgo para que presenten amenaza de parto prematuro y 7 veces más si es que han sido víctimas de violencia física.

La violencia psicológica tiene un impacto altamente negativo en el embarazo, ya que no solo altera el bienestar del proceso de gestación sino también que propicia a que se den más complicaciones obstétricas, dado que este tipo de violencia impacta de manera desfavorable en el bienestar psicológico de la madre, que, dicho sea de paso, a lo largo del embarazo no se encuentra tan controlado como los aspectos tangibles. Raphael (2010) señala que la salud mental de la madre está relacionada de manera significativa con la salud del bebé, por lo tanto, resulta imperativo que se promueva el bienestar del binomio madre-bebé, donde juega un papel importante la pareja o quien haga de la figura protectora

de este binomio. Pérez señala que “La historia de los nueve meses anteriores al nacimiento del humano es, probablemente, mucho más interesante y contiene acontecimientos más trascendentales que los 70 años siguientes”.

Con respecto a la violencia física, Estefó et al. (2014), hizo un estudio sobre las formas de violencia más frecuente en Sudamérica, así, señaló lo siguiente: “Aquellas mujeres que mencionaron, al menos una vez, alguna situación en que su pareja actual o cualquier otra pareja la había abofeteado o tirado cosas que pudieran herirla, empujado, arrinconado o tirado el pelo, golpeado con su puño o con alguna otra cosa que pudiera herirla, pateado, arrastrado o dado una golpiza, intentado estrangularla, intentado quemarla o quemado, amenazado con usar o usado una pistola, cuchillo u otra arma en contra de ella.” (p. 401). Estas medias conllevan que se produzca la pérdida del bebé, que haya una ruptura prematura de membrana, o en su defecto, a escenarios de angustias y estrés, tal es así que Grandi et al. (2008), en Argentina, encontró que el parto prematuro se da con mayor frecuencia en las mujeres que están estresadas o angustiadas, o que durante el embarazo tienden a llorar mucho cuyo llanto puede estar vinculado con episodios violentos en casa, malas relaciones familiares. A diferencia de estas evidencias, en España, Parada et al. (2012) encuentra que el parto prematuro no se explica de manera significativa por la presencia de violencia en la mujer.

Cabe mencionar que, en este país (España), las acciones de los agresores, por lo general, no terminan violencia física; por lo que predomina notablemente la violencia psicológica; frente a esto, el gobierno Español cuenta con diferentes medidas de protección psicológica hacia la mujer; puede ser que sea por ello que Parada et al. (2012) no encuentra relación entre el parto prematuro y la presencia de violencia en un contexto español.

En nuestro país, las investigaciones que son coherentes con los hallazgos del presente estudio, son varias, entre ellas, Zuñiga y Paredes (2017) quienes hicieron un estudio en Tarapoto, en el cual encontraron que de un total de 140 gestantes que presentaron este problema, el 40% recae por hostigamiento de la pareja, así, el 27.2% fue víctima directa de violencia física por parte de su pareja. Por otro lado, en Lima, Solís (2014) señala que las mujeres que durante su gestación fueron víctimas de violencia física por parte de su pareja, tienen 10 veces más de riesgo para presentar amenaza de parto prematuro.

El segundo objetivo específico de investigación estuvo orientado a identificar los estresores psicológicos derivados de la Motivación para el embarazo, que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes. Los resultados mostraron que las gestantes tienen 12 veces más de riesgo para que tengan amenaza de parto prematuro si es que no tienen motivación por el embarazo, 2 veces más si es que es la pareja quien no se encuentra motivado por el embarazo.

Menéndez et al. (2012) señala que las mujeres al enterarse de su embarazo, no tienen la motivación para continuar con el mismo, así prosigan, tienen altas probabilidades de que presenten complicaciones gineco obstétricas. En nuestro país, el estudio desarrollado por Solís (2014) muestra que las mujeres que han tenido decepción por su embarazo, tienen 9 veces más de riesgo para presentar cuadros de amenaza de parto prematuro; asimismo, el riesgo es 7 veces más si es que la mujer considera no tener amor hacia su pareja cuando se embarazó. Siendo estos resultados coherentes con lo que se halló en el presente estudio.

El tercer objetivo de investigación estuvo orientado a identificar los estresores sociales derivados del Apoyo familiar para el embarazo, que se muestran asociados a la

amenaza de parto prematuro en gestantes. Los resultados muestran que el riesgo para que una mujer presente amenaza de parto prematuro, es de 5 veces más si es que no tiene apoyo de su pareja, 8 veces más si es que no tiene apoyo de su familia directa y, 2 veces más si es que no tiene apoyo de la familia de la pareja.

Estos resultados puede están relacionados con lo que estudió Grandi et al. (2008), quien señala que las malas relaciones familiares no influyen en una posible ocurrencia de la amenaza de parto prematuro; siendo de este modo un hallazgo contradictorio con lo que se encontró en el presente estudio. Mientras en nuestro país, se encuentran investigaciones que denotan similitud con los hallazgos del presente estudio, tal como el de Zuñiga y Paredes (2017) en Tarapoto, quien encuentra que la amenaza de parto prematuro puede ser explicado en un 74.3% por la ausencia de apoyo materno, y 72.8% por ausencia de apoyo de la familia directa en general, asimismo, puede ser explicado en un 53.6% si no recibe apoyo maternal por parte de la familia de la pareja y, en un 58.6% si no recibe apoyo emocional. En esta misma dirección se encuentra los hallazgos de Solís (2014), quien encuentra que el riesgo para que una gestante presente amenaza de parto prematuro, es de 8 veces más si no tiene apoyo parental, 7 veces más si hay falta de sentimiento de bienvenida por parte de la familia directa, 7 veces más si es que no tiene apoyo económico por parte de la pareja y 8 veces más si es que no cuenta con el apoyo económico de su familia.

Se puede apreciar que las investigaciones realizadas en el Perú son coherentes con los hallazgos del presente estudio, mas no la que se hizo en otro contexto socio-cultural como es España. Puede ser debido a que en este país las mujeres muestran mayor independencia, tanto emocional como económica, comparadas con las mujeres peruanas.

El cuarto objetivo específico está orientado a identificar los estresores sociales derivados de la Situación económica para el embarazo, que se muestran asociados a la

amenaza de parto prematuro en gestantes. Los resultados muestran que el riesgo para que una mujer presente amenaza de parto prematuro es de 4 veces más si es que la mujer tiene una fuerte dependencia emocional hacia su pareja y, 6 veces más si es que su estatus económico corresponde al nivel bajo.

Avalos (2010), en Ecuador, encontró que las mujeres que proceden de zonas económicamente bajas, tienden a mostrar 2 veces más de riesgo para presentar amenaza de parto prematuro; este país colinda con la frontera al norte del Perú, y es socio-culturalmente parecido a nuestro país, por ende, sus resultados no difieren de lo hallado en nuestro país.

El quinto objetivo específico de investigación estuvo centrado en identificar los estresores sociales derivados de Proyecto personal, que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes. Los resultados muestran que el riesgo para que una gestante presente amenaza de parto prematuro es de 5 veces más si es que en el momento de enterarse de su embarazo se encuentra estudiando y, 7 veces más si es que no tiene buenas relaciones con su familia.

La mujer que se encuentra en un escenario de embarazo y aún es joven y se encuentra estudiando, puede tomar su estado como una frustración de sus metas académicas o personales, lo cual puede conllevar a un cuadro de angustia o estrés, relacionándose en este caso, con los resultados que se atienden al objetivo específico uno. Del mismo modo, las relaciones con la familia pueden ser elementales debido a la naturaleza social del ser humano vinculada a recibir apoyo o soporte emocional, por lo generan en los miembros de su familia, lo cual se va a relacionar con los resultados encontrados en la tabla 2 y 3; siendo entonces resultados coherentes.



## VI. CONCLUSIONES

- a. El riesgo para que una gestante presente amenaza de parto prematuro es de 6 veces más si es que es víctima de violencia psicológica y, 7 veces más si es víctima de violencia física.
- b. El riesgo para que una gestante presente amenaza de parto prematuro es de 12 veces más si es que no se encuentra motivada a continuar con su embarazo y, 2 veces más si no está motivada a continuar una relación con su pareja.
- c. El riesgo para que una gestante presente amenaza de parto prematuro es de 5 veces más si es que no tiene apoyo o soporte emocional por parte de su pareja, 4 veces más si no cuenta con el apoyo emocional de su familia directa y 2 veces más si sucede lo mismo con la familia de su pareja.
- d. El riesgo para que una mujer embarazada presente amenaza de parto prematuro es de 4 veces más si es que la mujer es altamente dependiente emocional de su pareja y 6 veces más si pertenece a un estatus económico bajo.
- e. El riesgo para que una mujer embarazada presente amenaza de parto prematuro es de 5 veces más si es que en el momento de enterarse de su estado se encuentra estudiando (tomándolo como un evento que pueda frustrar sus estudios) y 8 veces más si es que la relación con su familia es mala.

## VII. RECOMENDACIONES

- a. Realizar estudios de réplica, empleando los mismos predictores otros en otros contextos del Perú, debido a que tenemos subculturas que puedan representar resultados distintos.
- b. Implementar actividades profesionales, tales como charlas, talleres, programas que permitan promocionar y prevenir las complicaciones en el embarazo tal como la amenaza de parto prematuro, desde una perspectiva de los factores psicosociales.
- c. En las actividades profesionales que se lleguen a implementar, desarrollar la importancia de la planificación familiar responsable, teniendo en cuenta su entorno social y familiar, a fin de evitar la presencia de factores que predispongan la ocurrencia de la amenaza de parto prematuro.

## VIII. REFERENCIAS

- Aguilera, N., Vega, G., Montañez, M., y Montesinos, L. (2014). Riesgo de Trabajo de parto pretérmino espontáneo y su relación con estrés y ansiedad. *Index de Enfermería*, 23(1-2), 21-25. ARTÍCULOS ESPECIALES: S1132-12962014000100005. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962014000100005>
- Aravena, N., Brito, F., Martínez, C., Plaza, S., y Soto, M. (2015). *Actividad física materna y su relación con el parto prematuro en las Comunas de Valparaíso y Viña del Mar en los años 2014-2015* [Tesis de licenciatura, Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina, Escuela de Obstetricia y Puerricultura, Casa Central]. Tesis Campus Reñaca: 4808. <http://repositoriobibliotecas.uv.cl/handle/uvsc1/4808>
- Artal, R. (2019). *Manejo del trabajo de parto normal—Ginecología y obstetricia* [Com]. Manual MSD versión para profesionales. <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/trabajo-de-parto-y-parto-normales/manejo-del-trabajo-de-parto-normal>
- Avalos, C. (2010). *Factores de Riesgo Materno en Pacientes con Amenaza de Parto Pretérmino Atendidas en el Hospital José María Velasco Ibarra; Tena 2008* (UDCTFSP;94T00066) [Tesis de titulación, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Facultad de Salud Pública]. DSpace ESPOCH. <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/196>
- Barradas, M. (2018). *Estrés Y Burnout Enfermedades En La Vida Actual*. Palibrio; Palibrio: IN 47403. [https://www.researchgate.net/publication/346360033\\_ESTRES\\_Y\\_BURNOUT\\_ENFERMEDADES\\_EN\\_LA\\_VIDA\\_ACTUAL](https://www.researchgate.net/publication/346360033_ESTRES_Y_BURNOUT_ENFERMEDADES_EN_LA_VIDA_ACTUAL)
- Cáceres, R., Martínez, J., Arancibia, M., y Sepúlveda, E. (2017). Efectos neurobiológicos del estrés prenatal sobre el nuevo ser. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 55(2),

103-113. ARTÍCULO DE REVISIÓN: S0717-92272017000200005.

<https://doi.org/10.4067/S0717-92272017000200005>

Calderón, J., Vega, G., Velásquez, J., Morales, R., y Vega, A. (2005). Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 43(4), 339-342. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=4946>

Calderon, S. (2017). *Violencia intrafamiliar y su relación con la amenaza y/o parto pre-termino en gestantes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, setiembre 2016 – enero 2017* (oai:repositorio.unsm.edu.pe:11458/2453) [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, Facultad de Ciencias de la Salud]. UNSM-Institucional. [https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNSM\\_16e5e61930f78e286627cdc9b1dcb233](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNSM_16e5e61930f78e286627cdc9b1dcb233)

Castillo. (2015). *Amenaza de parto prematuro con rotura prematura de membranas* [Tesis de especialidad, Universidad Privada de Ica]. Segunda Especialización - Obstetricia: 123456789/47. <http://repositorio.upica.edu.pe/xmlui/handle/123456789/47>

Cífuente, I., y Villegas, M. (2009). Estrés y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. *Revista Grafías*, 9, 37-50. Artículos: 1596. <https://revistas.ucp.edu.co/index.php/grafias/article/view/1596>

Cólica, P. (2012). *Estrés: Lo que usted querría preguntar y debe conocer* [Text]. Biblioteca Hernán Malo González de la Universidad del Azuay; Biblioteca Hernán Malo González. <https://biblioteca.uazuay.edu.ec/buscar/item/84113>

De Ponte, A., Díaz, I., y Morales, J. (2016). Cervicometría en el segundo trimestre del embarazo. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 76(1), 152-158.

TRABAJOS ORIGINALES: S0048-77322016000300002.

[http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0048-77322016000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0048-77322016000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. (2015). *¿Cuáles son los factores de riesgo del trabajo de parto y el parto prematuros?* [Gob].  
<https://espanol.nichd.nih.gov/>.

<https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/preterm/informacion/factores>

Espinoza Ortíz, A., Pernas, I., González, R., Espinoza, A., Pernas, I., y González, R.

(2018). Consideraciones teórico metodológicas y prácticas acerca del estrés.

*Humanidades Médicas*, 18(3), 697-717. REVISIÓN: S1727-81202018000300697.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1727-81202018000300697&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-81202018000300697&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Estefó, S., Mendoza, S., y Sáez, K. (2014). Violencia física en el embarazo: Realidad en el extremo sur de Chile. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 79(5), 396-407.

Trabajos Originales: 75262014000500007. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262014000500007>

González, A., Donado, J., Agudelo, D., Mejía, H., y Peñaranda, C. (2005). Asociación entre la cervicometría y el parto prematuro en pacientes con sospecha de trabajo de parto pretérmino inicial. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 56(2), Art. 2. Investigación Original: 195214313003. <https://doi.org/10.18597/rcog.544>

Grandi, C., González, M., Naddeo, S., Basualdo, N., y Salgado, M. (2008). Relación entre estrés psicosocial y parto prematuro. Una investigación interdisciplinaria en el área urbana de Buenos Aires. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 27(2), 51-69. LILACS | ID: lil-520076.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91227202>

- Hernández, R., y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación*. McGrawHill.  
<https://1drv.ms/b/s!AniSVQO4m2dOgqREjLRXkUC64qjGyA?e=cMKYMJ>
- Herrera, D., Coria, G., Muñoz, D., Graillet, O., Aranda, G. E., Rojas, F., Hernández, M., y Ismail, N. (2017). Impacto del estrés psicosocial en la salud. *Eneurobiología*, 8(17), Art. 17. <https://doi.org/10.25009/eb.v8i17.2523>
- Honorio, M. (2017). *Hiperdatia gestacional como factor de riesgo para complicaciones neonatales. Hospital Belén de Trujillo 2015* [Tesis de titulación, Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina Humana]. Medicina Humana | 20.500.12759/2246. <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/2246>
- Huertas, E. (2018). Parto pretérmino: Causas y medidas de prevención. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(3), 399-404. versión On-line: rpgo.v64i2104.  
<https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2104>
- INEI. (2014). *En el Perú existen más de 200 mil adolescentes que son madres o están embarazadas por primera vez* [Gob]. Instituto Nacional de Estadística e Informática. <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-existen-mas-de-200-mil-adolescentes-que-son-madres-o-estan-embarazadas-por-primera-vez-8703/>
- Labanda, K. (2016). *Amenaza de parto prematuro factores de riesgo estudio a realizar en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde de Hidalgo de Procel de julio del 2015 a diciembre del 2015* [Tesis de titulación, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina]. Tesis - Medicina: CD 1150.  
<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/23522>
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Pub. Co.  
<http://www.dawsonera.com/depp/reader/protected/external/AbstractView/S9780826141927>

- Leahy, R. (2018). *Science and Practice in Cognitive Therapy: Foundations, Mechanisms, and Applications*. Guilford Publications; Adult CBT.  
<https://www.guilford.com/books/Science-and-Practice-in-Cognitive-Therapy/Robert-Leahy/9781462533381>
- Mendoza, L., Claros, D., Mendoza, L., Arias, M., y Peñaranda, C. (2016). Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(4), 330-342. Artículo Especial: S0717-75262016000400012. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262016000400012>
- Menéndez, G., Navas, I., Hidalgo, Y., y Espert, J. (2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(3), 333-342. versión impresa: v38n3/gin06312.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0138-600X2012000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-600X2012000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Naciones Unidas CEPAL. (2017). *Brechas, ejes y desafíos en el vínculo entre lo social y lo productivo*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL);  
Publicación de las Naciones Unidas: LC/CDS.2/3/-\*.  
[https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/brechas\\_ejes\\_y\\_desafios\\_en\\_el\\_vinculo\\_entre\\_lo\\_social\\_y\\_lo\\_productivo.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/brechas_ejes_y_desafios_en_el_vinculo_entre_lo_social_y_lo_productivo.pdf)
- Negrete, A., Cox, C., Silberman, A., Rosenblatt, J., Reyes, M. J., Calvo, P., Flores, G., Escandón, A., Aguirre, R., Puga, R., y Rosenblatt, P. (2018). Neurociencias en acción: Las narrativas de “Conversemos Mama” con madres gestantes. *Journal of Science Communication, América Latina*, 1(1), A06.  
<https://doi.org/10.22323/3.01010206>
- Ochoa, A., y Pérez, J. (2009). Amenaza de parto prematuro: Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 32(1), 105-

119. Artículo original: S1137-66272009000200011.  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1137-66272009000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272009000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- OMS. (2018). *Nacimientos prematuros* [Org.]. Organización Mundial de la Salud.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Parada, Ó., Guerra, P., y Vázquez, A. (2012). Violencia emocional como factor de riesgo en la amenaza de parto pretérmino. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 17(1), 39-43. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado: 47323260009. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47323260009>
- Quirós, G., Alfaro, R., Bolívar, M., y Solano, N. (2015). Amenaza de Parto Pretérmino. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD*, 1(1), 75-80. TEMA 2-2016. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr161h.pdf>
- Ramos, M. (2019). *Factores maternos desencadenantes de amenaza de parto pretérmino asociado al bienestar del neonato Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao. 2019* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina , Escuela Profesional de Obstetricia]. Tesis Campus Reñaca: 4808.  
[https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/11639/Ramos\\_hm.pdf?sequence=3](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/11639/Ramos_hm.pdf?sequence=3)
- Raphael, J. (2010). Healthy Maternal Ambivalence. *Studies in the Maternal*, 2(1), Art. 1. *Studies in the Maternal*: id/4096. <https://doi.org/10.16995/sim.97>
- Romo, P. (2007). *Biblioteca virtual* [Tesis de especialidad, Universidad de Colima]. Biblioteca virtual: 3&id=5969. <http://bvirtual.ucol.mx>
- Salas, A., y Salvatierra, D. (2012). *Resultados maternos de la violencia intrafamiliar en gestantes adolescentes. Hospital San Juan de Lurigancho periodo diciembre 2011-*



- febrero 2012* [Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Académico Profesional de Psicología]. Tesis EP Obstetricia [475]: 20.500.12672/654. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/654>
- Samartino, A., Levite, J., y Brugiafreddo, C. (2011). Parto prematuro: Factores y marcadores de riesgo Hospital Sub Zonal A. *Isola. Puerto Madryn Chubut. Argentina. Periodo, 2001.*
- Sanchís Fernández, L. (2017). *Afrontamiento del miedo a la muerte* [Info:eu-repo/semantics/doctoralThesis, Universidad Complutense de Madrid, Facultad de educación, Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación]. Humanidades > Educación > Psicología de la educación: 49449. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/49449/>
- Solís, R. (2014). *Estresores psicosociales asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión: Enero-marzo 2014* [Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Académico Profesional de Obstetricia]. Tesis EP Enfermería [606]: 20.500.12672/3649. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/3649>
- Tortello, C., y Becerra, P. C. (2017). ¿Cómo se estudian las emociones en los niños? Técnicas conductuales y fisiológicas para evaluar las respuestas emocionales durante la infancia. *Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology*, 11(3), Art. 3. <https://doi.org/10.7714/CNPS/11.3.401>
- Zuñiga, A., y Paredes, J. (2017). *Estresores psicosociales relacionados a la amenaza de parto y parto pre-término en gestantes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, agosto – diciembre 2016* [Tesis de titulación, Universidad Nacional de San Martín Tarapoto]. (Br.) Obstetricia: 11458/2409. <http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/2409>

## **IX. ANEXOS**

## Anexo A. Matriz de consistencia

TÍTULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODO	INSTRUMENTO
Estresores psicosociales asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital “José Agurto Tello” de Chosica durante el periodo de septiembre a noviembre de 2019.	<b>General</b> ¿Cuáles son los principales estresores psicosociales que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital “José Agurto Tello” de Chosica 2019?	<b>General</b> Identificar los principales estresores psicosociales que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes.	<b>General</b> Existen estresores psicosociales asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital “José Agurto Tello” de Chosica, 2019	<b>Tipo y diseño</b> Enfoque cuantitativo; Causal-explicativo. Diseño no experimental de casos y controles de corte transversal.	Formato ad hoc estructurado de dos grandes factores los cuales están conformados por 5 dimensiones
	<b>Específicos</b> 1. ¿Cuáles serán los estresores psicológicos derivados de la Violencia durante el embarazo que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes?  2. ¿Cuáles serán los estresores psicológicos derivados de la Motivación para el embarazo, que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes?  3. ¿Cuáles serán los estresores sociales derivados del Apoyo familiar para el embarazo, que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes?  4. ¿Cuáles serán los estresores sociales derivados de la Situación económica para el embarazo, que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes?  5. ¿Cuáles serán los estresores sociales derivados de la frustración de Proyecto personal, que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes?	<b>Específicos</b> 1. Identificar los estresores psicológicos derivados de la Violencia durante el embarazo que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes.  2. Identificar los estresores psicológicos derivados de la Motivación para el embarazo, que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes.  3. Identificar los estresores sociales derivados del Apoyo familiar para el embarazo, que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes.  4. Identificar los estresores sociales derivados de la Situación económica para el embarazo, que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes.  5. Identificar los estresores sociales derivados de Proyecto personal, que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes.	<b>Específicos</b> 1. Los estresores psicológicos derivados de la Violencia durante el embarazo que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes son: la presencia de violencia psicológica, violencia física.  2. Los estresores psicológicos derivados de la Motivación para el embarazo, que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes son: motivación respecto al embarazo y motivación respecto a la pareja.  3. Los estresores sociales derivados del Apoyo familiar para el embarazo, que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes son: Apoyo por parte de su pareja, de sus familiares directos, y de los familiares de la pareja.  4. Los estresores sociales derivados de la Situación económica para el embarazo, que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes son: la dependencia económica y el bajo estatus económico.  5. Los estresores sociales derivados de Proyecto personal, que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes son: la frustración de su proyecto de vida académica y las relaciones de familia.	<b>Población - muestra</b> La población gestantes atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital “José Agurto Tello”.  41 casos (amenaza de parto prematuro) 82 controles (Sin amenazas)	
				<b>Estadísticos</b> ● Descriptiva ● Chi cuadrado ● T de student	<b>Confiability</b>  test y retest 0,812**

**Anexo B. Instrumento****UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL  
ESCUELA DE POST GRADO****ESTRESORES PSICOSOCIALES – PARTO PREMATURO**

Srta. /Sra. tengo el agrado de dirigirme a usted, y al mismo tiempo solicitar su participación libre en el estudio que tiene fines estrictamente académicos. Con los resultados de este estudio, se pretende Identificar los principales estresores psicológicos y sociales que se muestran asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes adolescentes

Aferrándonos a su voluntad de participar, le solicitamos firme este documento de consentimiento:

*Acepto libre y voluntariamente participar anónimamente en este estudio, cuya información otorgada será manejada de forma confidencial y comprendo que en calidad de participante voluntario, puedo dejar de participar en esta actividad en algún momento. También entiendo que no se realizará, ni recibirá algún pago o beneficio económico por la participación.*

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Día / Mes / Año)

DNI: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

±

<b>Niveles de estudio</b> <input type="checkbox"/> Ilustrada <input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Técnico	<b>Convivencia (&gt; 6 meses)</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>¿Tiene empleo remunerado?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Paridad</b> <input type="checkbox"/> Primípara <input type="checkbox"/> Múltipara (2-4) <input type="checkbox"/> Gran múltipara (>5)	<b>Identificación con la religión</b> <input type="checkbox"/> Muy identificada <input type="checkbox"/> Medianamente identificada <input type="checkbox"/> Poco identificada	

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

Gracias.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Es indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1 Mi pareja me echa la culpa del embarazo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Mi embarazo fue planificado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Mi pareja me insinúa a abortar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Puedo solventar los gastos de mi embarazo con mi trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Mis metas de estudio se han visto frustradas a causa de mi embarazo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 He recibido insultos y/o amenazas por parte de los familiares de mi pareja.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Me puse muy contenta cuando me enteré de mi embarazo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Siento que él está conmigo en este embarazo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Mi pareja me apoya con los gastos del embarazo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Mis planes a futuro se han visto seriamente afectados por mi embarazo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 El ha cambiado radicalmente conmigo a raíz de este embarazo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Estoy a gusto con mi embarazo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Por este embarazo, me siento engreída por él.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Mi familia me apoya económicamente con los gastos del embarazo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Debo de casarme o convivir con mi pareja a causa de este embarazo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Mi pareja me amenazó con abandonarme a causa de este embarazo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Estoy enamorada de mi pareja.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Algún familiar mío me ha insinuado a abortar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Siento que mi familia se avergüenza de mi pareja por su nivel educativo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Mi familia me presiona para casarme/convivir con mi pareja por el embarazo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21 Como consecuencia de este embarazo fui golpeada por mi pareja.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22 Me he desilusionado de mi pareja.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23 Siento apoyo de mis padres en este embarazo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24 Siento que mi familia se avergüenza de mi pareja por su estatus económico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25 Por mi embarazo, fui golpeada por algún familiar mío o de mi pareja.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26 Sé que mi pareja será un buen padre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27 Siento que mi familia espera con ansias a mi bebe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28 Yo he atentado contra mi integridad física a causa de este embarazo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29 Siento que los familiares de mi pareja me apoyan en este embarazo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30 Siento que los familiares de mi pareja esperan con ansias a mi bebe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31 Algún familiar de mi pareja me ha insinuado a abortar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



**Anexo D. Coeficiente de fiabilidad**

		<b>TEST_1</b>	<b>RETEST_2</b>
	Correlación de Pearson	1	0,812**
<b>TEST_1</b>	Sig. (bilateral)		,000
	N	634	634
	Correlación de Pearson	0,812**	1
<b>RETEST_2</b>	Sig. (bilateral)	,000	
	N	634	634