

Universidad de Valparaíso  
Facultad de Medicina  
Escuela de Obstetricia y Puericultura  
Casa Central

INFLUENCIA DE LA PROTECCIÓN LEGAL, FIGURAS Y REDES DE APOYO  
A LA GESTANTE EN EL RIESGO DE PARTO PREMATURO EN  
VALPARAÍSO Y VIÑA DEL MAR EN EL AÑO 2015

Tesis para optar al grado de Licenciadas en Obstetricia y Puericultura

Profesora Guía: Paulina López Orellana

Seminaristas: Macarena Brito Salvador

Silvia Fuentes Soto

María Henríquez Mondaca

Macarena Lama Guerra

Tamara Pérez Piña

Cristina Pizarro Olmos

Valparaíso, Enero de 2016

*A nuestras familias, amigos y a todos los que nos brindaron su apoyo durante este proceso.*

## ÍNDICE

I. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN .....	4
II. RESUMEN.....	5
III. INTRODUCCIÓN .....	6
III.1 PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN .....	6
III.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN .....	8
III.3 FUNDAMENTACIÓN DEL ESTUDIO .....	8
IV. MATERIAL Y MÉTODO.....	11
IV.1. ÁMBITO DE ESTUDIO .....	11
IV.1.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	11
IV.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO .....	11
IV.2.1 UNIVERSO.....	11
IV.2.2 MUESTRA.....	12
IV.2.3 DEFINICIÓN DE LOS CASOS Y DE LOS CONTROLES .....	12
IV.2.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA .....	13
IV.3 FUENTES DE INFORMACIÓN .....	13
IV.3.1 UNIDAD DE ANÁLISIS.....	13
IV.3.2 UNIDAD INFORMANTE .....	14
IV.3.3 UNIDAD REFERENCIAL.....	14
IV.4 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	14
IV.4.1 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	14
IV.4.2 ETAPAS METODOLÓGICAS (APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO).....	14
IV.5 PLAN DE PROCESAMIENTO DE LOS DATOS .....	15
IV.5.1 RECURSOS PARA EL ANÁLISIS DE LOS DATOS .....	16
IV.5.2 FUENTES DE FINANCIAMIENTO.....	16
IV.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	16
IV.7 LIMITACIONES DEL ESTUDIO GENERALES ESPERADAS .....	17
IV.7.1 PÉRDIDA DE CASOS Y/O CONTROLES .....	17
IV.7.3 LIMITACIONES LIGADAS AL DISEÑO DEL ESTUDIO.....	18
V. RESULTADOS .....	19
VI. DISCUSIÓN .....	45

VI.1 CONCLUSIONES .....	54
VII. AGRADECIMIENTOS.....	56
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
IX. DATOS SUPLEMENTARIOS .....	61
IX.1 GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	61
IX.2 MARCO TEÓRICO .....	64
IX.3 OBJETIVOS.....	83
IX.3.1 GENERAL .....	83
IX.3.2 ESPECÍFICOS .....	83
IX.4 VARIABLES DEL ESTUDIO .....	84
IX.5 HIPÓTESIS DEL ESTUDIO .....	93
IX.6 MÉTODO.....	95
IX.6.1 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	95
IX.6.2 CONSENTIMIENTOS.....	111
IX.7 RESULTADOS (TABLAS).....	124

## I. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

INFLUENCIA DE LA PROTECCIÓN LEGAL, FIGURAS Y REDES DE APOYO A LA GESTANTE EN EL RIESGO DE PARTO PREMATURO EN VALPARAÍSO Y VIÑA DEL MAR EN EL AÑO 2015

AUTORES:

Paulina López Orellana <sup>[1]</sup>

Macarena Brito Salvador <sup>[2]</sup>

Silvia Fuentes Soto <sup>[2]</sup>

María Henríquez Mondaca <sup>[2]</sup>

Macarena Lama Guerra <sup>[2]</sup>

Tamara Pérez Piña <sup>[2]</sup>

Cristina Pizarro Olmos <sup>[2]</sup>

AUTOR A QUIEN DIRIGIRSE:

Paulina López Orellana

Blanco 1911, Valparaíso.

Celular: (9) 67224853

Correo electrónico: [paulina.lopez@uv.cl](mailto:paulina.lopez@uv.cl)

[1] Profesora Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso.

[2] Estudiante de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso.

## II. RESUMEN

**Antecedentes.** El parto prematuro es la causa más importante de morbilidad y mortalidad perinatal a nivel mundial. Su etiología es multifactorial, si bien las causas biológicas son las mayoritariamente estudiadas, existen factores no biológicos provenientes del entorno psicosocial de las gestantes que no han sido suficientemente estudiados. **Propósito del estudio.** Describir el contexto psicoafectivo y socioeconómico de las gestantes que influirían en el parto prematuro, para aportar con información nueva que contribuya en la pesquisa y prevención de este evento. **Materiales y métodos.** Investigación cuantitativa-observacional perteneciente a la epidemiología analítica aplicado a la puérpera. El instrumento utilizado consiste en un cuestionario, mediante el cual se analizarán los factores de exposición que tienen relación con la ausencia de redes de apoyo y/o marcos legales protectores a través de un diseño de casos y controles en las ciudades de Valparaíso y Viña del Mar entre Agosto y Diciembre de 2015. **Resultados.** De acuerdo a los resultados obtenidos y al tamaño muestral, se establecieron las asociaciones hospitalización y antecedente de parto prematuro como factores de riesgo y contención emocional de la pareja como factor protector. **Conclusión.** La verificación de las hipótesis queda inconclusa por escasez de tamaño muestral, hacia el ámbito de pareja y el ámbito laboral, como fuentes de apego y protección que pueden influir en el riesgo de parto prematuro. **Palabras clave (Key words).** Parto prematuro, redes de apoyo, marcos legales protectores.

### III. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) <sup>[1]</sup>, se considera prematuro un recién nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación. A nivel mundial, cada año se producen 15 millones de partos prematuros, siendo la causa más importante de morbilidad y mortalidad perinatal. Incluso, el 75% de las muertes perinatales son atribuibles a prematuridad y, al menos, la mitad de las muertes neonatales en el mundo, donde el aumento de morbilidad de los prematuros dependerá del peso de nacimiento y de la edad gestacional al nacer. Además, la prematuridad menor de 32 semanas conlleva la mayor morbilidad neonatal <sup>[2]</sup>.

En Chile, nacen anualmente alrededor de 250.000 niños, de los cuales el 7% son prematuros y el 3% <sup>[3]</sup> son aquellos que nacen antes de las 34 semanas de gestación.

En la salud pública, el parto prematuro constituye un problema, el que implica un alto costo humano y monetario para las familias y los gobiernos. Por su relación con el contexto socioeconómico, la incidencia y el costo son mayores en los países de menores ingresos.

Actualmente, uno de los principales obstáculos para la prevención de este tipo de parto es la falta de conocimiento sobre el riesgo y su magnitud, además de la interacción entre los diversos factores de riesgo que conllevan a un parto prematuro. También se agregan otras dificultades como, por ejemplo, la ausencia de registros confiables durante el parto y nacimiento que afecta a gran parte de los países a nivel global.

#### III.1 PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

El propósito de esta investigación, es determinar si la protección legal, las figuras y redes de apoyo a la gestante se relacionan con el riesgo de parto prematuro, para así aportar con información nueva y relevante que pudiera contribuir en la

pesquisa, valoración pertinente de antecedentes maternos y prevención de este evento. Para esto, la hipótesis principal es: “Un contexto psicosocial carente de figuras, redes de apoyo y marcos legales protectores durante la gestación se relaciona con un aumento del riesgo de parto prematuro”, considerando los estudio precedentes realizados en Europa y América del Norte, que muestran, que la protección legal, figuras y redes de apoyo, son factores que poseen un rol importante en el proceso de gestación, los cuales finalmente también tienen una influencia en cuanto a la duración o término de ésta, considerándose que aumentaría la probabilidad de parto prematuro. En Chile, este tipo de factores poseen muy pocos estudios. El total de este grupo de factores provenientes del contexto propio de la gestante, se constituyen en una base para estudio.

Por otro lado, al ser tan poco el conocimiento de éste ámbito, pasa a ser sustancial las referencias y evidencias aportadas por estudios extranjeros, que aportan una base y noción iniciales para poder realizar un estudio que permita describir el contexto psicoafectivo y socioeconómico de las gestantes en Chile.

Al caracterizar e identificar estos factores, el desafío consiste en integrar estrategias e intervenciones eficaces para prevenir el nacimiento prematuro dentro del proceso de atención prenatal. Utilizando los resultados como base para crear nuevas políticas públicas, para implementar o mejorar los programas de salud materna y neonatal, promover ambientes saludables para la gestante considerando su entorno biopsicosocial y afectivo, brindar una atención gestacional más completa, enfocándose además en identificar las problemáticas que aquejan a la gestante y que pudieran llevar a desencadenar un parto prematuro, para de ésta forma, poder trabajar en ellas y prevenir que esto se produzca.

Para llevar a cabo este estudio se pretende responder la siguiente pregunta de investigación: ¿Existe relación entre la protección legal a la maternidad, figuras y redes de apoyo a la mujer durante su proceso gestacional y el riesgo de parto

pretérmino?

### III.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Existe relación entre la protección legal a la maternidad, figuras y redes de apoyo a la mujer gestante y el riesgo de parto pretérmino?
- Si existe relación, ¿Cuál es la magnitud y el sentido de esta asociación en términos de factor de riesgo o factor protector?
- ¿Cómo se da la asociación entre estos factores?

### III.3 FUNDAMENTACIÓN DEL ESTUDIO

#### III.3.1 SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL PARTO PREMATURO E IMPACTO EN LA SALUD PÚBLICA

Prematuro, según la OMS <sup>[1]</sup>, se considera un recién nacido vivo antes de cumplirse las 37 semanas de gestación. No obstante, es importante mencionar que existe otra nominación para el parto de pretérmino desde un punto de vista etiológico, que sería Síndrome de Parto Prematuro, el cual está determinado por una condición que se desarrolla por múltiples factores causales que pueden estar o no estar identificados.<sup>[2]</sup>

A nivel mundial, cada año se producen 15 millones de partos prematuros, de los cuales más de 1 millón de recién nacidos fallecen por complicaciones propias de este evento y, además, muchos de los que sobreviven presentan secuelas como problemas visuales, auditivos y de aprendizaje.<sup>[4]</sup>

Cabe destacar que existen desigualdades en la supervivencia que se da para los recién nacidos (RN) pretérmino, puesto que la mitad de los nacidos a las 24 semanas sobreviven en países de altos ingresos, pero en países de bajos ingresos la mitad de los nacidos a las 32 semanas mueren por una atención inadecuada en casos como pérdida de calor, apoyo a la lactancia y cuidados para las infecciones y dificultades respiratorias.<sup>[4]</sup>

A lo largo de todo el mundo, la incidencia de parto prematuro corresponde al 10% del total de nacimientos, existiendo diferencias geográficas importantes. <sup>[5]</sup> La frecuencia con que se va dando varía entre los países y zonas, de acuerdo a las diferentes características que tienen las poblaciones, por ejemplo, socioeconómicas, modelos de prevención, etc. <sup>[6]</sup>

En Chile, la tasa de parto prematuro se encuentra entre el 6-7%. <sup>[5]</sup>

El parto prematuro es un problema de salud que tiene un costo económico y social considerable para las familias y los gobiernos. Su frecuencia varía entre el 5 y el 12% en las regiones desarrolladas del mundo, pero puede llegar al 40% en las regiones más pobres. <sup>[7]</sup>

En Estados Unidos, los costos anuales por los nacimientos prematuros representan el 57% del costo total por atención neonatal y el 35% del costo total por atención médica a todos los niños. La carga económica social anual asociada con el parto prematuro en E.E. U.U., excedió los 26.200 millones de dólares, lo que representa 51.600 dólares por prematuro nacido en el año 2005. <sup>[7]</sup>

Por lo anterior, el coste económico en cuanto a la atención de un RN prematuro es grande para un país como Chile, que cuenta con un nivel de ingreso medio. Un estudio realizado en hospitales de Santiago, mostró que el coste medio para un RN <1.500 gramos, fue de \$12.019.650 (21.467 USD) en 2004 y podría llegar a \$43.932.072 (78.474 USD). <sup>[8]</sup>

Actualmente, un tema importante es la falta de conocimiento sobre la magnitud y el impacto del parto prematuro en el mundo. Una explicación para esto, es la falta de registros estadísticos de los nacimientos. <sup>[4]</sup>

El parto pretérmino es la causa más importante de morbilidad y mortalidad perinatal, dependiendo el riesgo de muerte o enfermedad de los prematuros del peso de nacimiento y de la edad gestacional al nacer. La prematurez menor de 32 semanas, que conlleva la mayor morbimortalidad neonatal y la mayor tasa de

secuelas, debe ser la que concentre el mayor esfuerzo en lograr disminuirla. <sup>[2]</sup>

### III.3.2 MORTALIDAD ATRIBUIBLE AL PARTO PREMATURO

Excluidas las malformaciones congénitas, el 75% de las muertes perinatales son atribuibles a prematurez. Un RN que pesa menos de 1.500 gramos tiene un riesgo de morir en su primer año de vida 180 veces superior al de un RN mayor de 2.500 gr. Globalmente, el riesgo de muerte de un prematuro es 20 veces mayor que el de un RN de término, en donde la situación es más grave para los casos de prematuridad extrema, donde una quinta parte no sobrevive el primer año de vida. <sup>[2]</sup> <sup>[7]</sup>

### III.3.3 MORBILIDAD ATRIBUIBLE AL PARTO PREMATURO

Los RN prematuros presentan un riesgo 17 veces mayor de morbilidad si se compara con los RN de término. Aproximadamente, del total de partos de pretérmino que se dan, un 5% ocurre antes de las 28 semanas, un 15% entre las 28 y 31 semanas, un 20% entre las 32 y 33 semanas y el 60% entre las 34 y 37 semanas. <sup>[2]</sup> <sup>[7]</sup> Las complicaciones de los prematuros aumentan mientras menor sea su edad gestacional o peso de nacimiento, presentando desde complicaciones leves, como hiperbilirrubinemia, hasta enfermedades graves como enfermedad hemolítica perinatal (EHP), hipertensión intracraneana (HIC), sepsis, enterocolitis necrotizante (ECN), y por cierto, secuelas neurológicas. El 50% de las anomalías neurológicas de la infancia son atribuibles a prematurez, secuelas que incluyen desde anomalías leves de las funciones cognitivas hasta parálisis cerebral. <sup>[5]</sup> En el caso específico de prematuros extremos (<28 semanas de gestación <sup>[4]</sup>, de aquellos que sobreviven, el 60% tiene discapacidades neurológicas (problemas de lenguaje y aprendizaje, trastorno por déficit atencional, dificultades socioemocionales, deterioro sensorial, visual y auditivo, retraso mental y parálisis cerebral). <sup>[7]</sup>

Las cifras nacionales de prematuridad se han mantenido estables durante las últimas décadas en 6,5% sobre el total de nacimientos (alrededor de 11.650 casos

anuales en beneficiarios Sistema Nacional de Servicios de Salud).<sup>[5]</sup>

Gran parte de las publicaciones respecto a variables psicoafectivas de la gestante provienen de países industrializados, sin embargo, cada país debería generar sus propias evidencias según su contexto social y jurídico.

Dado que la prematurez es una prioridad sanitaria, se hace necesaria la investigación en este aspecto debido a la poca evidencia existente en Chile, por ende, el presente estudio se centra en factores no biológicos, puesto que una mejor comprensión de los mismos es necesaria para entregar a la gestante una atención obstétrica integral; así mismo, iniciar acciones preventivas adaptadas y oportunas.

## **IV. MATERIAL Y MÉTODO**

### **IV.1. ÁMBITO DE ESTUDIO**

Investigación de tipo cuantitativa, observacional, que pertenece al ámbito de la epidemiología analítica, donde se estudian los factores de exposición que tienen relación con la ausencia de redes de apoyo y/o de marcos legales protectores a través de un diseño de casos y controles.

#### **IV.1.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

Diseño de casos y controles realizado mediante estudio multicéntrico limitado a la Quinta región, realizado en cuatro centros asistenciales en las ciudades de Valparaíso y Viña del Mar.

### **IV.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO**

#### **IV.2.1 UNIVERSO**

Madres que se encuentran hospitalizadas en la Unidad de Puerperio de distintos Centros Asistenciales de las ciudades de Valparaíso y Viña del Mar durante el período Octubre a Diciembre del 2015

## IV.2.2 MUESTRA

Para acceder a las unidades de análisis se coordinó con 4 servicios de gineco-obstetricia de cada centro de salud (Hospital Carlos Van Buren, Hospital Gustavo Fricke, Clínica Ciudad del Mar y Hospital Naval Almirante Nef). Solo en el servicio del Hospital Naval Almirante Nef no se pudo realizar esta selección por condición de tiempo y trámites correspondientes al comité de ética.

La muestra corresponde a 360 puérperas (180 casos y 180 controles). El tamaño de la muestra se determinó en base a la variable "Quiebre Psicosocial", la cual fue analizada en el seminario de tesis "Factores Psicosociales y Socioeconómicos asociados a Parto Prematuro en madres de la comuna de Valparaíso", investigación desarrollada por estudiantes de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de Valparaíso, en el año 2012<sup>[9]</sup>.

La fórmula utilizada fue la siguiente:

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

Con:

$z_{1-\alpha/2}$ : Distribución Normal Estándar Z, correspondiente a un error muestral 5%.

$p_1$ : Frecuencia de exposición entre los casos (= 37.5)

$p_2$ : Frecuencia de exposición de controles (=23.9)

Reemplazando en la fórmula:

$$n = \frac{[1.96\sqrt{2 \times 30.7(1-30.7)} + 0.84\sqrt{37.5(1-37.5) + 23.9(1-23.9)}]^2}{(37.5 - 23.9)^2} \approx 180$$

## IV.2.3 DEFINICIÓN DE LOS CASOS Y DE LOS CONTROLES

- Casos: Aquellas puérperas que tuvieron su parto con recién nacido(s)

vivo(s) o muerto(s) antes de las 37 semanas de gestación entre el 15 de Octubre y el 20 de Diciembre del 2015 y que cumplan con los criterios de inclusión establecidos.

- Controles: Aquellas puérperas que tuvieron su parto con recién nacido(s) vivo(s) o muerto(s) después de las 37 semanas de gestación entre el 15 de Octubre y el 20 de Diciembre del 2015 y que cumplan con los criterios de inclusión establecidos.

Con el fin de asegurar la comparabilidad entre casos y controles, a cada Caso le correspondió un Control de la misma edad, quedando así una muestra de Casos y Controles pareados.

#### IV.2.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

##### IV.2.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE LA MUESTRA

Puérperas de recién nacidos vivos o muertos y que acepten participar en el estudio, que tuvieron su parto en algún Centro Asistencial de las ciudades de Valparaíso y Viña del Mar y que tenga convenio con la Universidad de Valparaíso, que aceptaron participar en la investigación.

##### IV.2.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE LA MUESTRA

Mujeres que rechacen participar del estudio, mujeres que presenten estados mórbidos, incluidas todas las discapacidades o incapacidades transitorias o permanentes y mujeres que por motivos de salud (físicos o mentales) no pudieron responder el cuestionario y que le impiden la participación en el estudio.

#### IV.3 FUENTES DE INFORMACIÓN

##### IV.3.1 UNIDAD DE ANÁLISIS

Puérperas con recién nacido que se encuentran hospitalizadas en la unidad de puerperio de uno de los cuatro centros asistenciales incluidos en el estudio en las comunas de Valparaíso y Viña del Mar entre los meses Octubre y Diciembre del

año 2015.

#### IV.3.2 UNIDAD INFORMANTE

Corresponde a las fichas perinatales, ya sea escrita o computarizada, que se encuentran en los Centros de Salud seleccionados y madres en estudio a través de un cuestionario.

#### IV.3.3 UNIDAD REFERENCIAL

Servicios de salud de atención terciaria de la ciudad de Valparaíso y Viña del Mar.

### IV.4 RECOLECCIÓN DE DATOS

#### IV.4.1 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Aplicación de un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas. El tiempo de aplicación estimado es de 30 minutos. Los investigadores fueron previamente entrenados a la entrevista por la docente guía. La capacitación comprendió tres sesiones, se utilizó la técnica del estudio de casos, dramatizaciones, *rol playing* y discusión grupal.

#### IV.4.2 ETAPAS METODOLÓGICAS (APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO)

##### PRIMERA ETAPA

Corresponde a la exploración de las 360 fichas. Esta etapa permite identificar a los casos y a sus correspondientes controles definidos anteriormente.

##### SEGUNDA ETAPA

La recolección de la información se llevó a cabo en la Unidad de Puerperio de los Centros de Salud participantes en un espacio y horario propicio, según el Servicio.

Se realizó un cuestionario tanto a los casos como a los controles, con un tiempo estimado de aplicación de 30 minutos por cada una.

En suma, se consideraron los siguientes pasos previos al encuentro con la madre:

- Información acerca de los casos y controles seleccionados al miembro del equipo de salud más cercano (matrona/matrón) para obtener su consentimiento.
- Acceso a las madres preferentemente con un profesional del Centro de Salud.
- Presentación de la investigación y sus objetivos, así como el consentimiento informado y las garantías de anonimato, confidencialidad y apoyo en caso necesario.

#### IV.5 PLAN DE PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Consta de tres etapas:

- 1) Análisis descriptivo univariado y bivariado. Se incluye el cálculo de medidas de resumen para las variables cuantitativas y el uso de tablas de distribución con fines de interpretación de las mediciones numéricas. Distribuciones porcentuales para variables categóricas.
- 2) Análisis de asociación. El objetivo del análisis es examinar la relación existente entre las diferentes redes y figuras de apoyo presentes o ausentes durante la gestación y el riesgo de parto prematuro. Se basa en la comparación entre casos y controles por grupos de variables según objetivos específicos.
- 3) Medición del riesgo asociado a cada uno de los factores a través del OR y el intervalo de confianza.

Para la prueba de hipótesis los test utilizados se adaptaron a muestras pequeñas y datos pareados: test exacto de Fisher, Chi cuadrado de Mac Nemar (en caso de variables categóricas), test de T de Student y coeficiente de correlación de Spearman (en caso de variables numéricas). El umbral de significancia fue de  $p < 0,05$  (para un error  $\alpha = 0,05$ ).

Las variables que se asocian significativamente con el parto prematuro (diferencia estadísticamente significativa entre casos y controles), fueron objeto de cálculo del

OR con su respectivo intervalo de confianza, con el fin de medir el riesgo asociado a la presencia del factor o en su defecto a la ausencia de riesgo.

El parto prematuro fue medido a través de su tasa porcentual (N° de partos prematuros por 100 nacidos vivos), que es la tasa utilizada a nivel mundial.

#### IV.5.1 RECURSOS PARA EL ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los recursos utilizados para el análisis de los datos y para la elaboración de resultados fueron: planillas manuales elaboradas por el grupo, base de datos en Microsoft Excel ® Versión 2010 con compatibilidad para versiones 2003-2007, paquete estadístico STATA Versión 11.0 SE.

#### IV.5.2 FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El financiamiento fue otorgado por los propios estudiantes que realizan la investigación y por la Universidad de Valparaíso con su equipo docente e infraestructura. Esta investigación es un estudio sin fines de lucro que solo persigue el conocimiento y el aporte científico para dar base a futuras investigaciones relacionadas.

#### IV.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la construcción del presente ítem, se realizó una lectura y análisis de las principales pautas éticas que regulan las investigaciones en salud con personas. A continuación se mencionan las que fueron aplicadas:

Se consideraron los principios éticos básicos de autonomía, beneficencia y de no maleficencia. Se prioriza por sobre la investigación misma, promover el respeto, proteger la salud, los derechos personales y el bienestar para todas las mujeres participantes. La preservación del anonimato de los centros participantes, así como de cada una de las madres participantes, todo esto regido por la declaración de Helsinski.<sup>[10] [11]</sup>

A cada madre se le aplicó un consentimiento informado con los antecedentes y

objetivos de la investigación junto a sus derechos y garantías al participar en la investigación <sup>[11]</sup>.

Las condiciones de aplicación de la entrevista consideraron el resguardo a la confidencialidad de todos los datos recopilados para el estudio, priorizando la intimidad, resguardando la integridad física y mental, la privacidad e intimidad de la mujer. <sup>[12]</sup>

Los estudiantes fueron capacitados por la matrona docente guía, con experticia clínica y teórica en el tema que se investiga, para la entrega de las herramientas propias del rol profesional, para la protección de la salud, la intimidad y la dignidad de la mujer, para la contención, acogida, apoyo y derivación al nivel competente (por transmisión verbal a los profesionales del Centro de Salud), frente a situaciones de alto riesgo biopsicosocial detectadas durante la entrevista y no pesquisadas anteriormente en la clínica obstétrica. <sup>[11]</sup>

El protocolo fue presentado y aceptado ante el Comité de Ética Científico del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, Comité Científico del Hospital Carlos Van Buren, Comité de Ética de Clínica Ciudad del Mar, Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso.

#### IV.7 LIMITACIONES DEL ESTUDIO GENERALES ESPERADAS

Se consideró que los resultados podrían verse afectados por los siguientes factores:

##### IV.7.1 PÉRDIDA DE CASOS Y/O CONTROLES

- Rechazo o imposibilidad de las madres en participar del estudio, ya sea en un principio o en el transcurso de la investigación.
- La restricción de información por parte de las madres en estudio frente a las preguntas.
- Datos ausentes o incorrectos en las fichas perinatales, ya sea de papel o

computarizada.

#### IV.7.3 LIMITACIONES LIGADAS AL DISEÑO DEL ESTUDIO

- Sesgo de memoria por parte de las madres en estudio dado por el carácter retrospectivo de la información.
- Sesgo de medición, debido a que normalmente es difícil obtener mediciones exactas de exposiciones en el pasado y el grado de exactitud de estas mediciones puede ser diferente para casos y controles según el impacto del evento evocado.
- Sesgo del entrevistador, se puede producir cuando los entrevistadores conocen la condición de caso y control, lo que puede conducir a que la entrevista se realice de manera diferenciada entre los grupos, induciendo respuestas positivas sobre la exposición en el grupo de casos.

## **V. RESULTADOS**

(Ver Datos Suplementarios: “Resultados (tablas)” tabla N°1 a tabla N°80)

Para acceder a las unidades de análisis se coordinó con el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Carlos Van Buren (Octubre - Diciembre 2015), del Hospital Gustavo Fricke (Noviembre - Diciembre 2015) y la Clínica Ciudad del Mar (Noviembre - Diciembre 2015). Solo en el servicio de gineco - obstetricia del Hospital Naval Almirante Nef, no se pudo realizar esta selección por condición de tiempo y trámites correspondientes al comité de ética.

**Objetivo N° 1: Describir el contexto socioeconómico y psicoafectivo de las gestantes en estudio.**

### **Situación Laboral:**

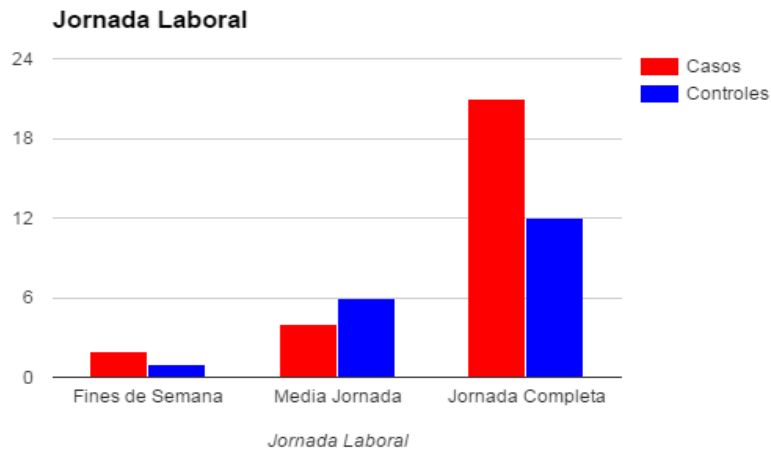
En la distribución por casos y controles de la variable Situación Laboral, predominan las gestantes con trabajo. De éstas un 56,5% corresponden a casos frente a un 43,5% de controles.

Del total de los casos, un 37,5% son dueñas de casa y un 8,3% corresponde a estudiantes. Y en el grupo de controles, un 46% pertenece a dueñas de casa y un 10,4% a estudiantes.

### **Ingreso mensual:**

Con respecto al ingreso mensual, las cifras estuvieron muy parecidas entre ambos grupos. Dentro de todo destaca el promedio del ingreso, donde en el grupo de casos fue de \$356.000 pesos mensuales y en los controles fue de \$325.611 pesos mensuales.

### Jornada Laboral:

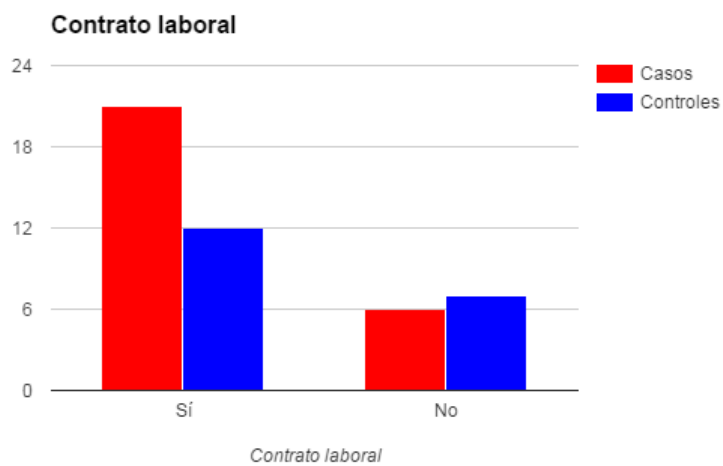


La jornada laboral completa es la más frecuente tanto en casos como en controles pero existe una proporción de 77,8% de casos con jornada laboral completa mientras que en los controles este tipo de jornada se presenta en un 63,2%.

### Ambiente Laboral:

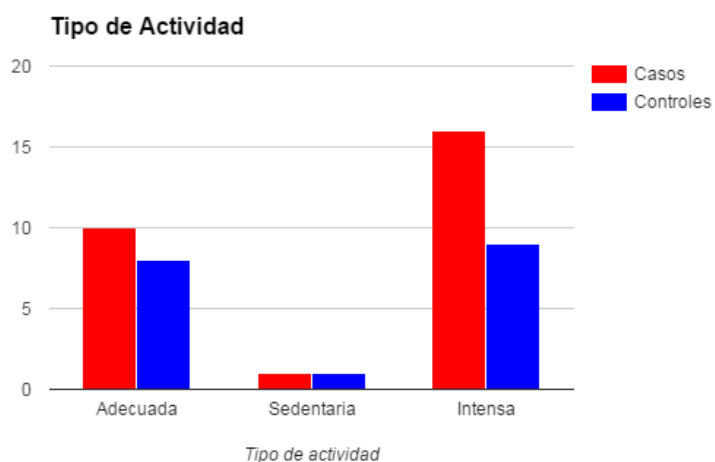
Tanto en casos como en controles la categoría más frecuente es el ambiente laboral grato con 85,7% en los controles y 88,9% en los casos. En menor número se encuentran aquellas que presentan un ambiente laboral hostil, siendo un 3,6% en los casos y un 11,1% en los controles.

### Contrato Laboral:



El gráfico muestra que hay una mayoría de casos con contrato laboral, correspondiendo a un 77,8% versus un 63,2% en los controles. Por otro lado, la cantidad de mujeres que no tuvo contrato laboral durante la gestación es de un 22,2% para los casos y un 36,8% para los controles.

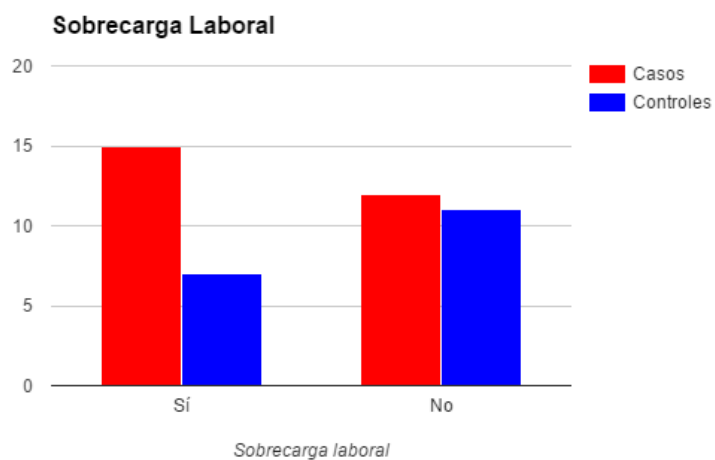
### Tipo de Actividad Laboral:



Del total de los casos analizados, el 59,3% declara realizar actividades intensas durante su jornada de trabajo. Esta situación también se evidenció en el 50% de

los controles analizados. Así mismo, el 44,4% de los controles indica tener actividades adecuadas en su jornada de trabajo, mientras que en el grupo de casos, el 37,0% declara realizar este tipo de actividad en su trabajo.

### **Sobrecarga Laboral:**

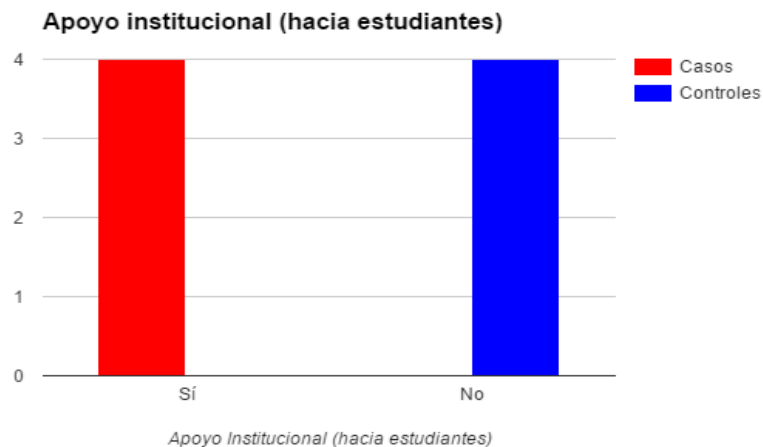


Del total de las puérperas entrevistadas, un 55,6% de casos declara sobrecarga laboral. Asimismo, un 38,9% de los controles refiere haber presentado sobrecarga laboral durante el embarazo.

### **Ayuda Económica:**

El 21% de los casos afirma haber recibido algún tipo de ayuda económica. Por su parte, en los controles, un 25% recibió ayuda económica.

### Apoyo Institucional (hacia estudiantes):



El gráfico anterior muestra la distribución de la variable Apoyo Institucional (hacia estudiantes) de la muestra en estudio. Se estudiaron sólo 8 madres estudiantes, 4 en el grupo control y 4 en los casos. El 100% de los casos refiere haber recibido apoyo institucional escolar, frente al 0% en el grupo control.

### Nivel de Escolaridad:

El 100% de la muestra es alfabeta, siendo mayor el número de casos con enseñanza media con un 62,5%, mientras que con educación superior se encuentran en un 20,83%. Con respecto a los controles, un 74,5% presenta enseñanza media y un 17,0% educación superior.

## Años de Escolaridad:



En el gráfico anterior, se muestra la distribución en casos y controles de la variable Años de escolaridad, donde la mayor concentración de personas se encuentra en los 12 años de escolaridad. Esto quiere decir que el 54,17% de los controles pertenece al grupo con 12 años de escolaridad (enseñanza media completa). El porcentaje de casos que pertenece a este grupo es el 50%.

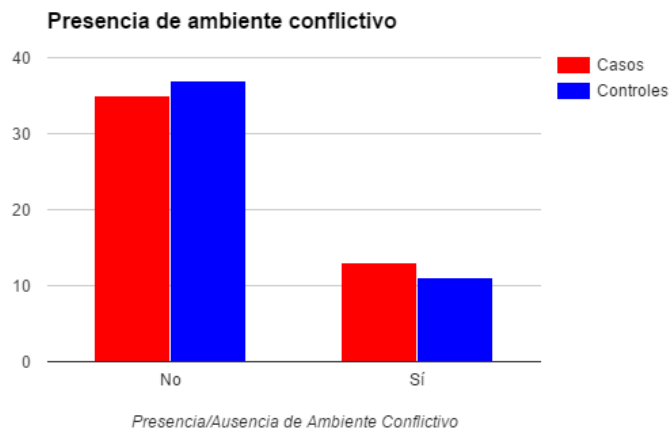
## Ingresos Propios:

Con respecto a la distribución de ingresos propios por casos y controles de la muestra refiere tener ingresos propios, de las cuales en un 57% corresponden a casos y un 43% a controles.

## Ingresos Externos:

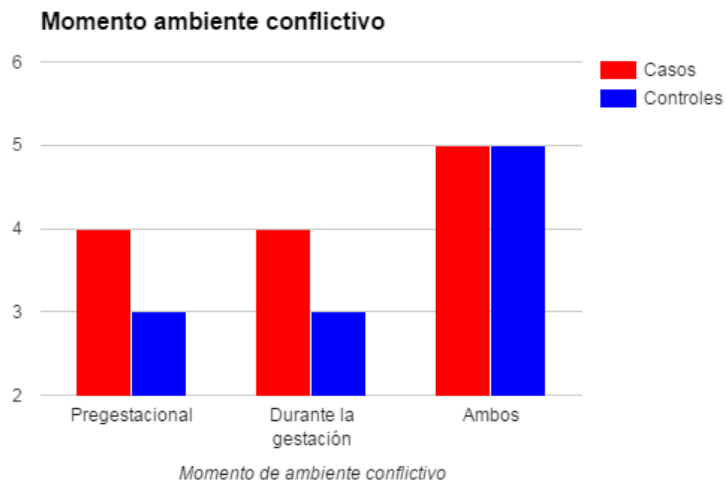
Un 72,3% de los controles recibe ingresos externos por parte de su familia. De los casos 70,2% recibe aportes económicos de su familia.

### Presencia de Ambiente Conflictivo:



Respecto a la variable “Presencia de ambiente conflictivo” el 27 % de los casos refiere presencia de este, frente a un 22% de controles.

### Momento Ambiente Conflictivo:



En el gráfico se muestra la distribución, donde ocurre una equivalencia entre el momento pregestacional y gestacional. Existe un 16,6% de casos que refieren ambiente conflictivo pregestacional y un 16,6 gestacional frente a un 12,5% de controles.

### **Discriminación:**

Solo un 6,3% de los casos refiere haber sufrido discriminación durante su gestación y de los controles un 6,5% refirió esta misma situación.

### **Rechazo:**

Con respecto al rechazo, existe un del 4,2% en el grupo de casos que declara haber percibido rechazo durante la gestación. Esta situación en los controles ocurre en un 15,2%.

### **Exclusión:**

Un 94% de los casos y un 80% de los controles declararon sentir exclusión.

### **Relación de Pareja:**

Tanto los casos como los controles, presentan una cifra similar de presencia de parejas. Los casos corresponden a un 45% con pareja y los controles un 46% se encuentra con pareja.

### **Estatus de Pareja:**

Del total de la muestra, un 32,6% de los controles se encuentra casada, mientras que un 24,4% de los casos también lo está. Un 57,8% de los casos convive con su pareja y de los controles, un 50%.

### **Relación Estable:**

Del total de la muestra, el 93,3% de los casos indica que su relación de pareja durante el embarazo fue estable, al igual que el 89,1% de los controles. El 6,7% de los casos y el 10,9% de los controles, declaró que su relación de pareja no tuvo estabilidad.

### **Vida de Pareja:**

Un 87% de los controles califica su vida de pareja como “buena”, mientras que en

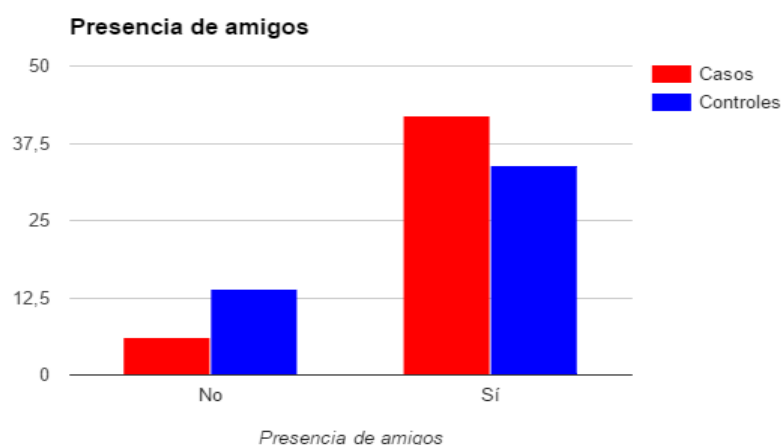
los casos esto ocurre en un 82,2%.

Un 4,3% de los casos, señala que su vida de pareja es “mala”, mientras que en los controles, un 2,2%.

### **Tipo de Apoyo de Pareja:**

Del total de la muestra, sólo un 2,2% de los casos refieren no recibir ningún tipo de apoyo de su pareja y en los controles un 6,5%. Los datos se concentraron en la opción “tres tipos de apoyo”, siendo así un 75,6% de los casos y un 63% de los controles.

### **Presencia de Amigos:**



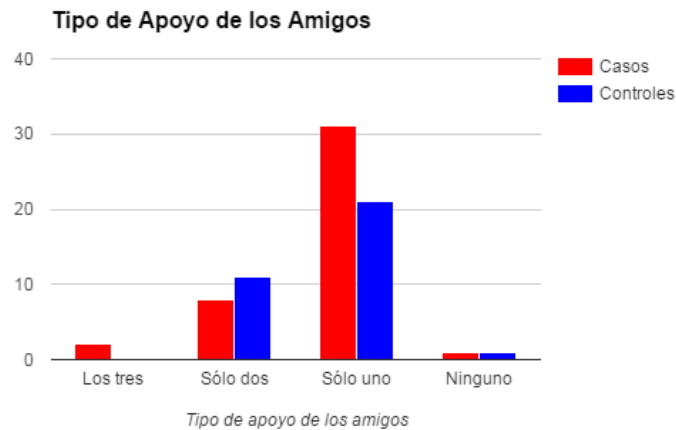
El gráfico anterior muestra la distribución por casos y controles de la variable presencia de amigos. Un 12,5% de los casos refirió ausencia de amigos frente a un 29% de los controles.

### **Tipo de Relación con los Amigos:**

Un 92,7% de los casos describe la relación con sus amigos como “buena” frente a un 90,9% del grupo control.

Un 4,9% de los casos refiere mantener una relación “regular” con sus amigo frente a un 9,1%del grupo control.

### Tipo de Apoyo de los Amigos:



Un 73,8% de los casos, señala que recibió sólo un tipo de apoyo por parte de sus amigos, lo cual en los controles ocurre en un 63,6%. Un 2,4% de los casos no recibió ningún tipo de apoyo, mientras que en los controles esto ocurre en un 3%.

### Violencia Física:

Del total de la muestra, el 100% de los casos, indica no haber sufrido violencia física, mientras que esto se da en un 97,8% en los controles.

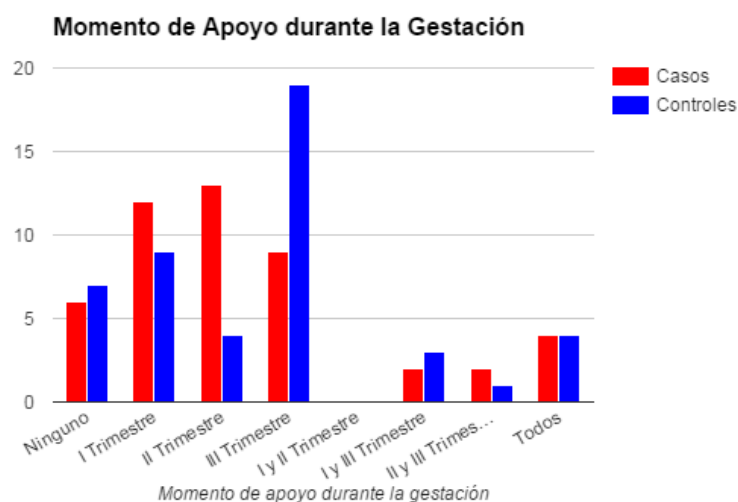
### Violencia Psíquica:

Del total de la muestra estudiada, un 6,3% de los casos refirió haber sufrido violencia psíquica y en los controles se presentó en un 8,7%.

### Violencia Sexual:

Del total de la muestra, un 100% tanto en los casos como en los controles, no sufrió algún tipo de violencia sexual durante la gestación.

## Momento de Apoyo Durante la Gestación:



Del total de la muestra, el momento en que las puérperas del grupo de controles declararon haber necesitado más apoyo durante la gestación fue en el tercer trimestre, con un 40,43%.

En el grupo de casos, los momentos en las que las gestantes necesitaron más apoyo fue el segundo trimestre de gestación con un 27,1%, seguido del primer trimestre con un 25% y el tercer trimestre, con un 18,8%.

### Tipo de Apoyo del Entorno:

Un 26,3% de los casos refiere haber recibido los cuatro tipos de apoyos (afectivo, económico, material y cuidados prenatales) durante la gestación frente a un porcentaje de 29,4% de los controles. Un 1,1% de la muestra total recibe sólo un tipo de apoyo, correspondiente a los controles.

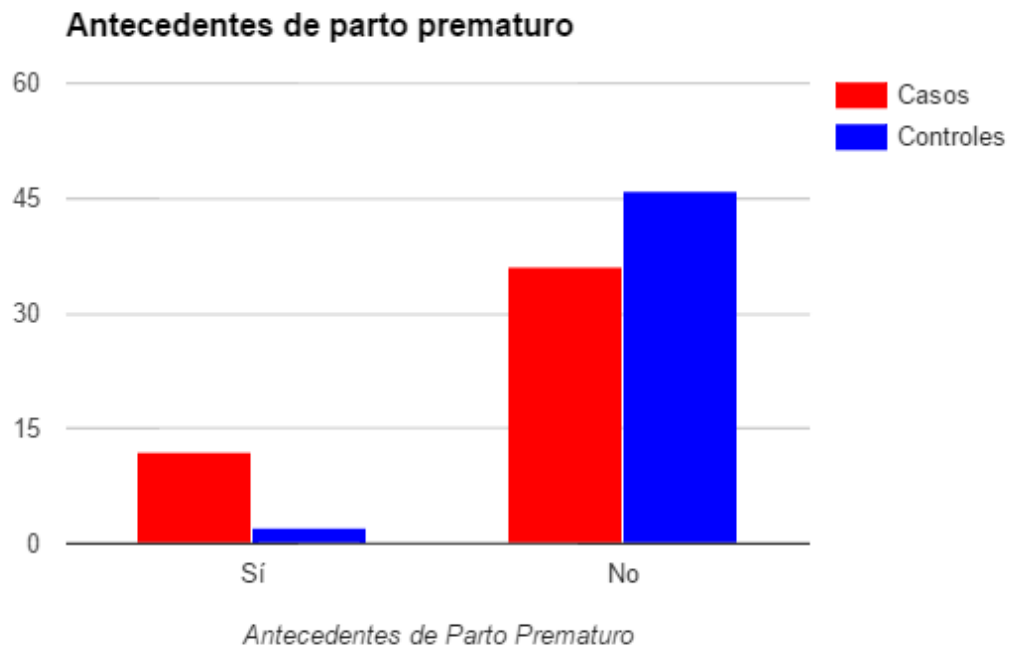
### Edad:

La edad promedio en el grupo de casos fue de 30 años y en el grupo de controles fue de 29 años. Los rangos de edades fueron de 16 a 43 años y 17 a 42 años respectivamente.

### Paridad:

El 31,3% de los casos son primigestas y en el grupo de controles el 39,6% es primípara.

### Antecedente de Parto Prematuro:



El 25% de los casos tuvo antecedente de parto prematuro frente a un 4,2% de controles.

### Método Anticonceptivo:

En la distribución de casos y controles respecto a la variable Método anticonceptivo, predominan las puérperas que no utilizaban ningún método anticonceptivo, de éstas un 54,2% corresponden a casos y un 45,9 % a controles.

De la muestra total existen 27,1% de casos que utilizan anticonceptivos orales frente a un 33,3 % de controles.

### **Ciclo Vital:**

En la etapa “Familias con hijos escolares”, un 27,1% corresponde a controles, mientras que un 33,3% a los casos.

El 25% de los casos están en la etapa “Familia con hijos adolescentes”, en tanto que los controles en esta misma etapa se presentan en un 6,3%.

En la etapa “Crianza inicial de los hijos”, los casos están en un 12,5% versus un 29,2% en los controles.

### **Acceso a Servicios Básicos:**

Un 51,2% de los casos posee acceso a servicios básicos frente a un 48,9% de controles.

**Objetivo N°2: Identificar la presencia y disponibilidad de redes de apoyo durante la gestación en las mujeres en estudio.**

### **Estructura Familiar:**

De las puérperas con familia propia un 43,2% corresponden a casos, mientras que los controles se presentan con un 39%.

### **Relación Familiar Directa:**

Un 10,4% de los casos refiere tener una relación familiar regular versus un 4,2% de los controles. Solo un control dice tener una relación indiferente (2,1%), al igual que sólo un control dice tener una mala relación (2,1%).

### **Relación Familiar Propia:**

En la distribución por casos y controles de la variable Relación familiar propia de la muestra en estudio, se presenta una mayoría de puérperas refiriendo una relación “buena”. Para ésta categoría casos y controles se corresponden a un 91,7%.

Un 6,3% de casos y controles dice tener una relación regular; y sólo un caso y

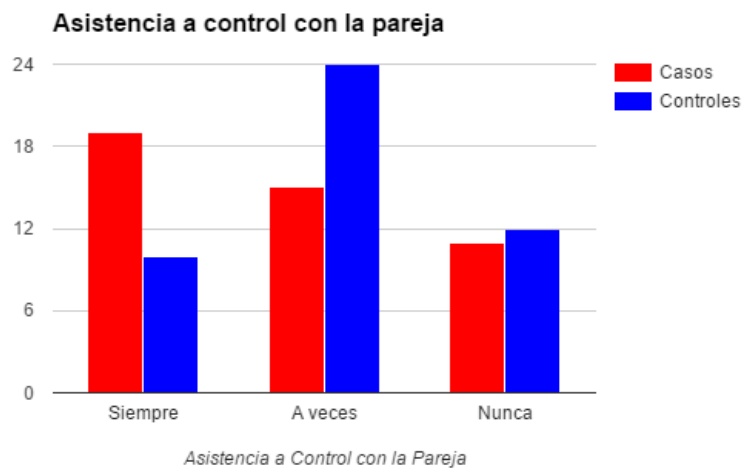
control respectivamente (2,1%) tuvo una mala relación.

### **Tipo de Familia:**

En la distribución por caso y control de la variable “Tipo de Familia”, se destacan las puérperas que poseen familia de tipo nuclear. De éstas, un 50,9% corresponden a casos, mientras que los controles se presentan con un 49%.

Un 20% de los casos posee familia extendida y un 19% corresponde a controles.

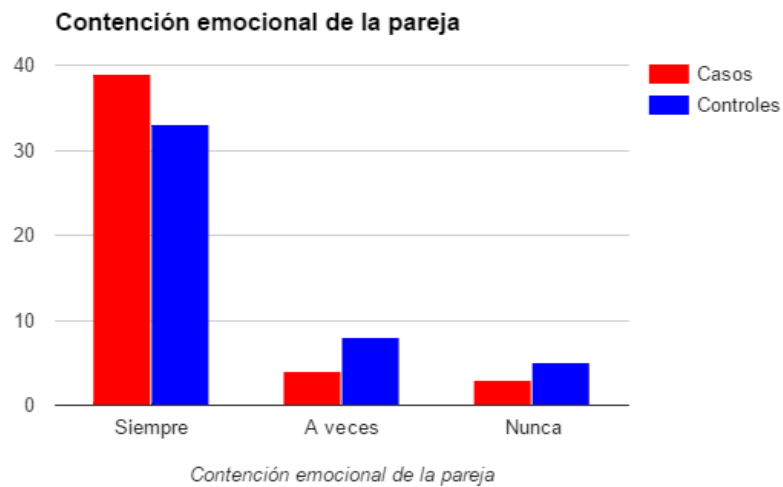
### **Asistencia a Control de la Pareja:**



En el gráfico se muestra la distribución de en casos y controles, donde predomina entre las puérperas la respuesta: “A veces”. De éstas un 38,5% corresponden a casos, mientras que los controles se presentan con un 61,5%.

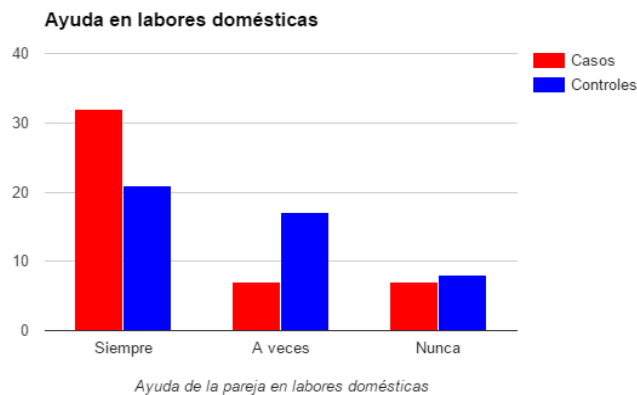
Para quienes refieren haber asistido siempre a control prenatal, un 65,5% corresponden a casos y un 34,5% a controles.

## Contención Emocional de la Pareja:



Un 54, de los casos refiere haber recibido siempre contención emocional de la pareja frente a un 45,8% de los controles.

## Ayuda en las Labores Domésticas:



El gráfico anterior muestra la distribución en casos y controles de la variable Ayuda en labores domésticas de la pareja en donde predomina la respuesta “siempre” por parte de la muestra en estudio. De ésta un 60,4% corresponden a casos y un 31,6 % a controles.

De la muestra total un 14,6 % de los casos refirió “nunca” recibir ayuda en labores

domésticas por parte de la pareja frente a un 16,7 % de controles.

#### **Relación con la Matrona:**

En la distribución por caso y control de la variable Relación con la Matrona, sobresale una relación cercana entre la puérpera y matrona. De ésta un 52,4% corresponde a casos mientras que un 47,5% a controles.

Del total de la muestra existe un 8% de los casos que refiere tener una relación distante con la matrona frente a un 12,5% correspondiente a controles.

#### **Participación en Grupo Comunitario:**

En la distribución por casos y controles de la variable Participación en Grupo comunitario, predominan la respuesta “No” en un 56,8%, de ésta proporción un 55,5 % corresponden a casos frente a un 44,4% de controles.

Un 14,6% de los casos acudía a CESFAM frente a un 18,8% de controles. Un 8,3% de los casos pertenece a un grupo Religioso frente a un 14,8 % de controles.

#### **Nivel de participación en grupo comunitario:**

En la distribución por casos y controles de la variable Nivel de participación en grupo comunitario, se analizó aquel grupo que estuvo como miembro en algún grupo. La mayor parte tuvo una participación regular, con un 57,14% en los casos y un 80% en los controles.

**Objetivo N°3: Reconocer la existencia, el acceso y la utilización de marcos legales protectores a la maternidad durante el curso de la gestación en las mujeres en estudio.**

#### **Conocimiento del Permiso Prenatal:**

El 29,2% de los casos refirió no conocerlo y en los controles, esto ocurre en un 31,9%.

### **Conocimiento Permiso Prenatal Prolongado:**

El 100% de los casos no tenían conocimiento del permiso prenatal prolongado, mientras que en los controles esto ocurre en un 97,9%.

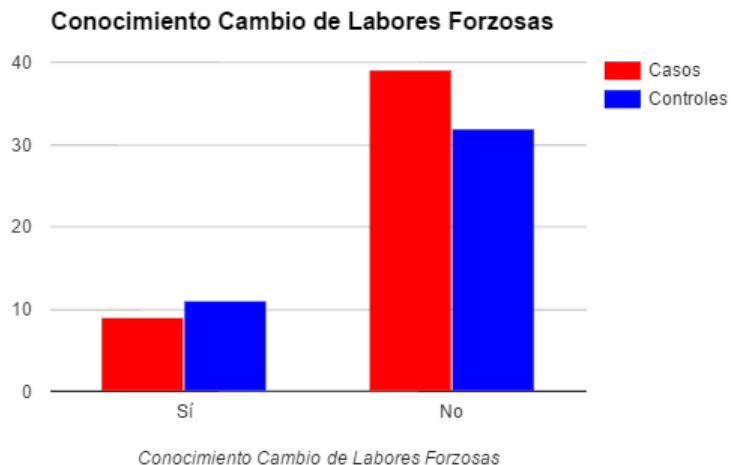
### **Conocimiento Permiso Prenatal Prorrogado:**

De los casos, el 100% no tiene conocimiento del permiso prenatal prorrogado. Con respecto a los controles, el 97,9% no tiene conocimiento de este beneficio.

### **Conocimiento Asignación/Subsidio Familiar:**

Dentro de los casos, el 54,2% de las púerperas entrevistadas tiene conocimiento de la asignación familiar o subsidio familiar. Una situación parecida se presenta en el grupo de controles, siendo el porcentaje con conocimiento de este beneficio legal, el 53,2%.

### **Conocimiento Cambio de Labores Forzosas:**



Del total de la muestra, para la variable “conocimiento cambio de labores forzosas” se manifiesta un desconocimiento de esta en un 81,3% de los casos y un 76,6% de los controles.

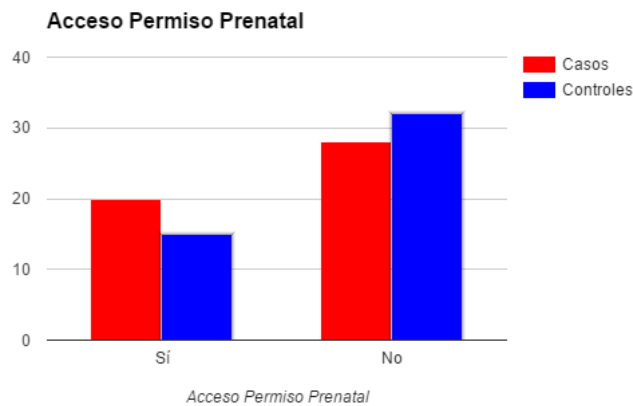
### Conocimiento PNAC:

El 58,3% de los casos conoce el beneficio PNAC, mientras que un 55,3% de los controles lo conoce.

### Conocimiento Ajuar:

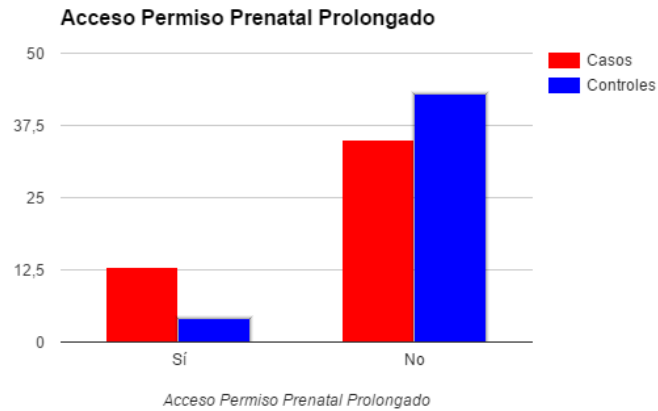
Del total de la muestra, el 56.3% de los casos tiene conocimiento del ajuar, mientras que en los controles, esto ocurre en un 70,2%.

### Acceso Permiso Prenatal:



Con respecto al acceso al permiso prenatal, la mayor concentración está en los casos con un 41,7% gestante que tuvieron este beneficio. En el grupo de controles, este porcentaje disminuye a un 31,9%.

### Acceso Permiso Prenatal Prolongado:



Un 91,5% de los controles, no tiene acceso al permiso prenatal prolongado, mientras que en los casos esto se da en un 72,9%.

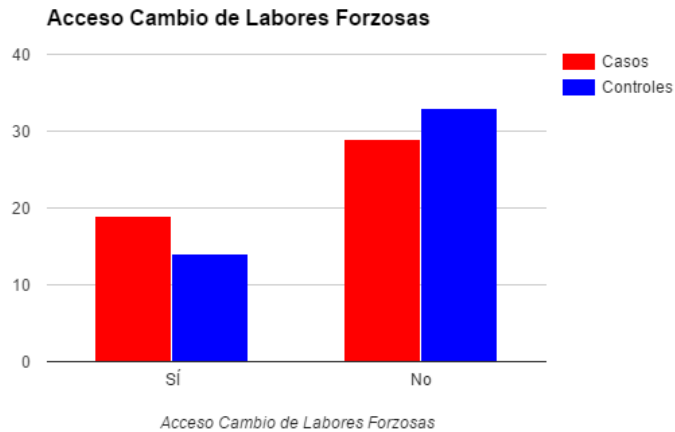
### Acceso Permiso Prenatal Prorrogado:

Un 6,2% de casos tuvo acceso al permiso prenatal prorrogado frente a un 3,2% del grupo control.

### Acceso Asignación/Subsidio Familiar:

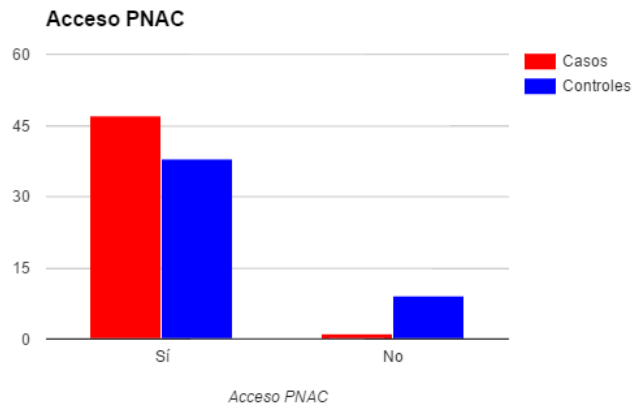
Un 72,9% de los casos tiene acceso a la asignación/subsidio familiar, mientras que en los controles, un 68,1% tiene acceso.

### Acceso Cambio de Labores Forzosas:



La mayor concentración de acceso al beneficio de cambio de labores forzosas está concentrado en el grupo de casos, con un 39,6%. En el grupo de controles, este porcentaje es menor, presentando un 29,8% de mujeres que accedieron a este beneficio.

### Acceso PNAC:

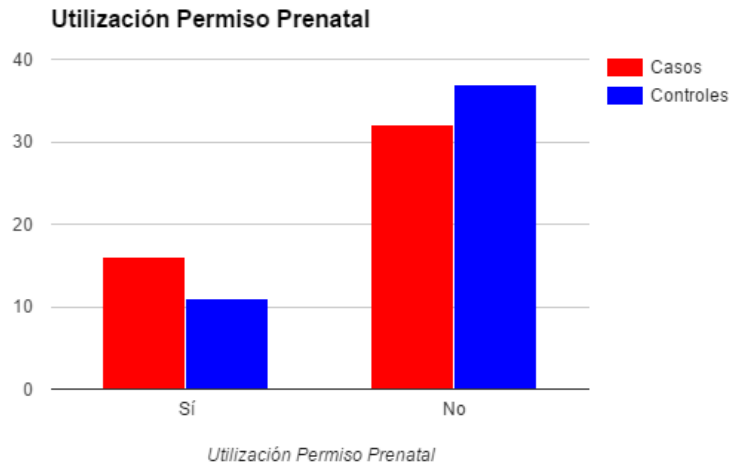


El 49,4% de casos tuvieron acceso al Programa de Alimentación Complementaria, frente a un 40% de población control.

### Acceso Ajuar:

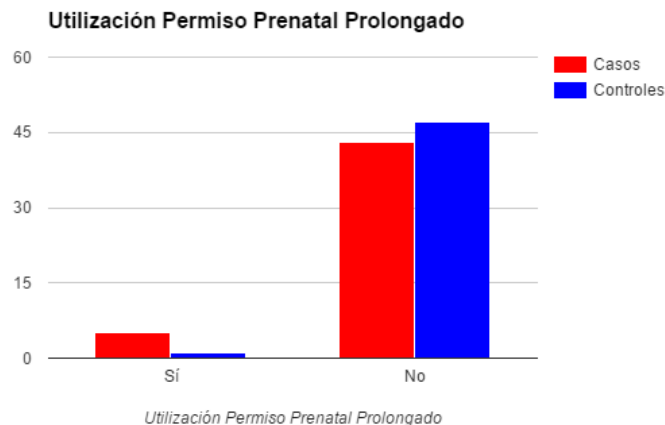
Del total de la muestra, un 93,8% de los casos tiene acceso al ajuar, mientras que los controles un 85,1%.

### Utilización Permiso Prenatal:



Un 33,3% de los casos hizo uso de su derecho al permiso prenatal, versus un 22,9% de los controles.

### Utilización Permiso Prenatal Prolongado:



Se presenta un porcentaje de 89,6% para los casos y un 97,9% para los controles

y solo lo utilizo un 10,4% de los casos y un 2,1% de los controles.

El test de hipótesis indica una diferencia significativa entre ambos grupos con  $p=0,0000$ .

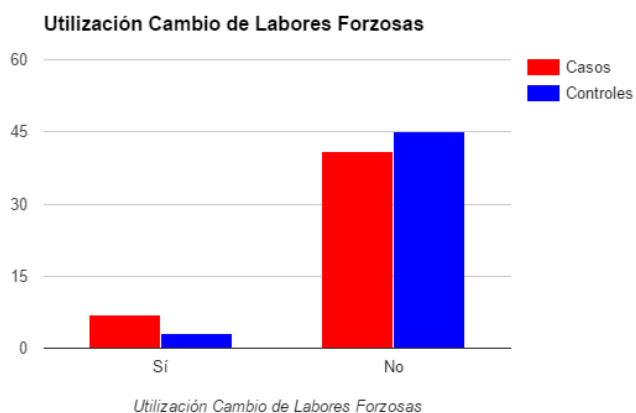
#### **Utilización Permiso Prenatal Prorrogado:**

El 100% de los controles no utilizó el permiso prenatal prorrogado y, en cuanto a los controles, un 97,9% no lo utilizó.

#### **Utilización Asignación/Subsidio Familiar:**

Del total de la muestra, el 35,4% de los casos analizados hicieron uso del beneficio de asignación familiar o subsidio familiar. En el grupo de los controles, el porcentaje de uso de este beneficio es el mismo que en el grupo de casos.

#### **Utilización Cambio de Labores Forzosas:**

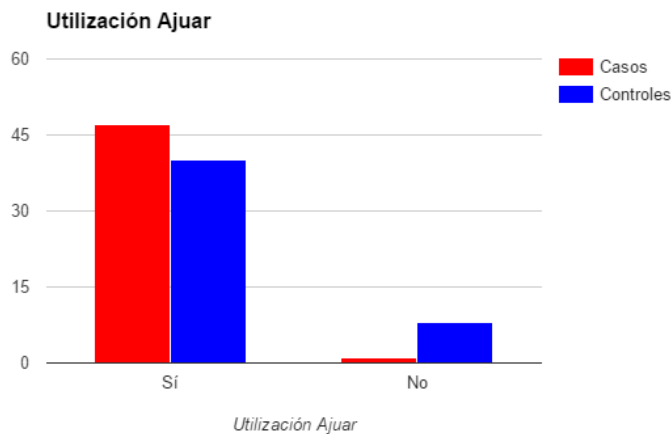


Respecto al total de la muestra un 7,4% de casos utilizó el beneficio “Cambio de labores forzosas” frente a un 3,2% de la población control. Del total de puérperas en estudio un 10,5% utilizó este beneficio.

#### **Utilización PNAC:**

De los casos, un 83,3% utilizó el beneficio PNAC, mientras que de los controles, un 64,6% hizo uso de él.

## Utilización Ajuar:



Del total de la muestra la utilización del beneficio del ajuar fue de un 97,9% para los casos y un 83,3% en los controles.

### Identificación Permiso Prenatal:

Caso contrario al conocimiento, la identificación del permiso prenatal tuvo un 89,6% en el grupo de casos del total de la muestra. En el grupo de los controles, esta identificación se dio en el mismo porcentaje.

### Identificación Permiso Prenatal Prolongado:

Del total de la muestra, un 81,3% de los controles no identifica el permiso prenatal prolongado. Por su parte, el 83,3% no lo identifica.

### Identificación Permiso Prenatal Prorrogado:

El 91,7% de los controles no identifica el permiso prenatal prorrogado y el 89,6% no lo identifica.

### Identificación Asignación/Subsidio Familiar:

El 75% de los casos identifica el beneficio de asignación/subsidio familiar, mientras que en los controles, esto sucede en un 72,9%.

### Identificación Cambio de Labores Forzosas:

El 39,6% de los casos declaró identificar el cambio de labores forzosas. Se observa una situación parecida en el grupo de controles, con un 41,7%.

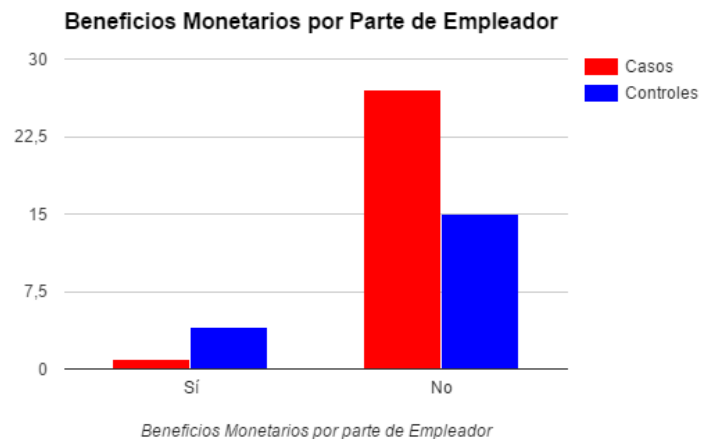
### Identificación PNAC:

De la muestra identificaron el beneficio del PNAC un 87,5% de los casos y un 91,7% de los controles.

### Identificación Ajuar:

Un 91,7% de los casos identifica el beneficio del ajuar, mismo porcentaje para los controles. Por otro lado, el 8,3% de los casos y de controles refiere no reconocer este beneficio.

### Beneficios Monetarios por Parte del Empleador:



Del total de la muestra, el 96,4% de los casos, señala no haber recibido beneficios monetarios por parte del empleador y un 3,6% sí recibió. Por otro lado, el 79% de los controles no recibió dicho beneficio, mientras que el 21,1% indica sí haberlo recibido.

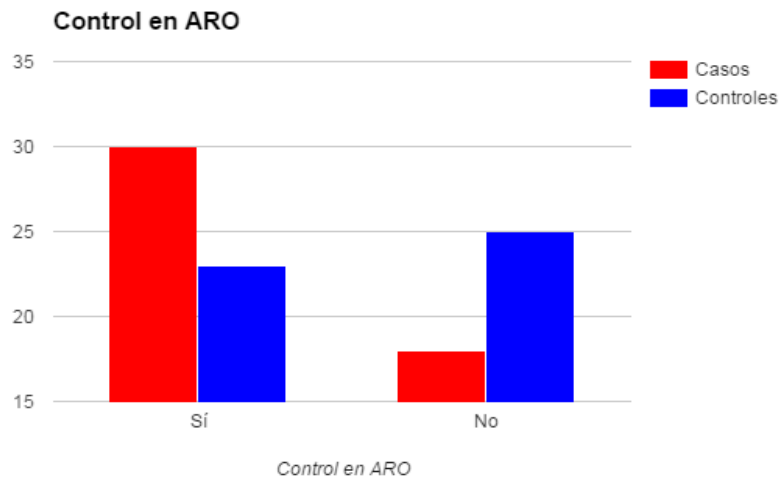
### Permisos Especiales en Trabajo:

De la muestra total en estudio un 33,7% de puérperas obtuvo permisos especiales en su trabajo durante la gestación, de ellas un 18,9% perteneciente a casos frente a un 14,7% de población control.

### Embarazo Planificado:

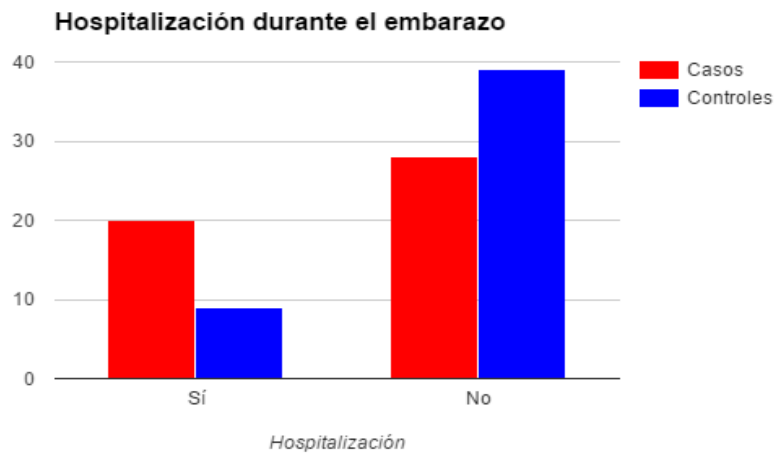
De las puérperas que refieren haber planificado su gestación, un 50% corresponde a los casos y un 44% a los controles.

### Control en Alto Riesgo Obstétrico:



El gráfico anterior muestra la distribución de la variable Control en ARO de casos y controles de la muestra en estudio, donde predominan puérperas que sí tuvieron controles en el alto riesgo obstétrico. De éstas un 63% corresponden a casos y un 48 % a controles.

## Hospitalización Durante el Embarazo:



Del total de la muestra un 42% de los casos estuvo hospitalizado frente a un 19% de los controles.

## VI. DISCUSIÓN

Como la literatura indica <sup>[4]</sup>, el parto prematuro es considerado una entidad multifactorial y por lo mismo adquiere la denominación de “síndrome”, sin embargo, usualmente se presta atención a los factores biológicos que pueden llegar a desencadenarlo, siendo la mayoría de estos, extensamente estudiado. Pese a esto, hoy en día se producen gran cantidad de partos prematuros que no responden a causales biológicos, y es aquí donde radica el problema, puesto que existe una carencia de estudios que analicen factores psicosociales, produciéndose un vacío en este ámbito. Es por esto, que este estudio se centra en investigar variables relacionadas con el apoyo psicosocial o legal y su influencia en el riesgo de parto prematuro.

Existe mayor cantidad de casos que declararon tener jornada laboral completa, si bien, no se observó asociación con el riesgo de parto prematuro, se puede explicar que la jornada laboral completa puede exponer a la gestante a un mayor estrés, esfuerzo y cansancio. También, se da una disminución considerable de casos al bajar las horas de jornada laboral, aunque si bien, el grupo de controles también disminuye, este cambio se da mayormente en los casos. Esto también se puede asociar a la relación que existe entre el aumento de la actividad física y el riesgo de parto prematuro, ya que pasar más tiempo en el lugar de trabajo significa más tiempo en esfuerzo físico y mental. Además, estas actividades al demandar gran cantidad de tiempo pueden provocar estrés y conflictos emocionales puede ocasionar un quiebre psicosocial, con asociación al parto prematuro, esto también respaldado por la literatura.

Gracias al estudio se expuso una realidad en lo que concierne al ámbito laboral. Al analizar si las madres en estudio poseían contrato laboral la mayor concentración de casos se encontraron en aquellas que sí contaban con uno, lo cual podría llegar a ser paradójico, ya que podría suponer que se encuentran más estables laboralmente; pero por otra parte el hecho de contar con un contrato establece

normas legales que se deben cumplir, lo cual conlleva un mayor compromiso y exigencias o metas que cumplir, que en ocasiones genera un mayor estrés en las madres que trabajan.

La misma situación analizada de distinta forma llevó al mismo planteamiento: En ausencia de contrato, el porcentaje de casos disminuye y el de controles aumenta. Si bien al analizarlo se observa una diferencia, esta no logra ser estadísticamente significativa.

Todo lo anteriormente descrito se relaciona con la presencia o ausencia de sobrecarga laboral, que de acuerdo con la literatura <sup>[13]</sup>, en la medida en que este factor aumenta existe un mayor riesgo de parto prematuro, lo cual en este estudio no pudo ser confirmado.

Según la literatura <sup>[13]</sup>, se reconoce una relación entre la actividad física materna y el riesgo de parto prematuro. Dentro de la muestra estudiada se establece una diferencia significativa entre las mujeres con parto prematuro y las mujeres con parto de término, sin embargo, debido al tamaño muestral no se considera como un aumento significativo.

De acuerdo al estudio, existe un mayor número de casos respecto a los controles, con presencia de ambiente conflictivo. Esto puede llevar a un nivel de estrés mayor y establecer una red de apoyo disminuida, por lo que podría aumentar el riesgo de parto prematuro, es más, la diferencia entre ambos grupos es significativa, sin embargo, por el tamaño muestral, aunque no se observa asociación con mayor riesgo de parto prematuro.

Al establecer el momento del ambiente conflictivo en las madres del estudio, no se aprecia una diferencia significativa entre los grupos en estudio, sin embargo en los casos se observa un leve aumento en el momento del ambiente conflictivo tanto pregestacional como gestacional, lo cual tiene relación con estudios llevados a cabo en otros países, donde se observa que las madres con riesgo de parto

prematureo son aquellas que presentan un ambiente conflictivo durante su gestación.<sup>[14]</sup>

Según el estudio, los casos presentaron mayor acompañamiento de la pareja a los controles prenatales, lo cual puede resultar paradójico, ya que presentaron parto prematuro pese a haber tenido un gran apoyo de la pareja en este ámbito. Sin embargo, esto lo explicamos por la mayor necesidad de compañía al presentar una gestación de riesgo, lo que llevaba a que sus parejas estuvieran más presentes en su asistencia a los controles prenatales. Pese a esta diferencia con respecto a los controles, debido al tamaño de la muestra, no se establece una diferencia significativa entre ambos grupos.

Sobre la contención emocional de la pareja, los casos presentaron mayor proporción en la opción “siempre” respecto a los controles, lo cual puede atribuirse al igual que en la variable “asistencia a control con la pareja”, a que los casos, al presentar mayor riesgo, requirieron de mayor contención emocional por parte de su pareja. Sin embargo, esta vez además de presentar diferencia significativa, sí se presenta como factor protector asociándose a una disminución significativa del riesgo de parto prematuro.

En cuanto a la ayuda en labores domésticas por parte de la pareja se observa una diferencia estadísticamente significativa en el sentido que los casos recibieron más ayuda doméstica que los controles, lo cual podría explicarse por el hecho de la condición de alto riesgo en la que se encontraban los casos, pudiendo por esto, necesitar más ayuda doméstica que los controles.

Si bien, se aprecia una diferencia significativa para la presencia de amigos, donde los casos refieren una mayoría de esta situación en comparación a los controles, no se evidencia aumento del riesgo de prematuridad con su presencia. Esto se explica por el tema de que aquellas madres de prematuros, generalmente cursan gestaciones patológicas o con alguna condición requirente de atención médica más pronunciada, de forma que se hace necesario para la gestante la presencia

constante de amigos, sin embargo, por tamaño muestral del estudio es que no se queda clara su relación con el parto prematuro.

No existe mayor riesgo de parto prematuro según el tipo apoyo de amigos hacia las mujeres en estudio, sin embargo, aquellas con presencia del evento, presentan más apoyo de ellos en comparación con aquellas que no tuvieron un parto prematuro. Esto se puede explicar por la condición de que aquellas puérperas con parto prematuro requieren de más apoyo de amistades que los controles.

Los tipos de apoyos económicos, afectivos y/o emocionales y prenatales hacia la gestante pueden contribuir hacia el bienestar de esta, viéndose reflejado en aquellas mujeres que necesitan mayores cuidados, tales como aquellas que ha tenido un parto prematuro.

Si bien una mayor proporción de puérperas refirió haber recibido solo “un tipo de apoyo” por parte de sus amigos, el apoyo de estos pueden ser definido como un factor protector ya que, configura una red de apoyo para la gestante y su familias.

Según el análisis de la variable “momento de apoyo durante la gestación” el grupo de controles declaró necesitar más apoyo durante el tercer trimestre. Esto se puede asociar a las molestias mecánicas propias de la gestación como aumento del volumen uterino, dolores y dificultades para realizar actividades cotidianas, lo que conlleva una mayor dependencia hacia el entorno. En el grupo de casos, esta preferencia se vio inclinada por el primer y segundo trimestre. Esto se puede explicar con el hecho de que muchas mujeres de este grupo no pudieron prolongar su gestación hasta llegar al tercer trimestre, por lo que, por razones obvias, no existió la instancia para necesitar apoyo en ese momento. Además, muchos de los casos tuvieron embarazos de alto riesgo, por lo que pudo existir una mayor demanda de apoyo hacia su entorno durante gran parte de la gestación debido a patologías maternas o fetales asociadas, miedo por antecedente de parto prematuro, mayor sobrecarga laboral (ya que durante estos periodos no hay cobertura de la licencia prenatal), etc.

Según la literatura, el antecedente de parto prematuro es un factor de riesgo para este evento. En el estudio se evidenció que el test de hipótesis evaluó la diferencia entre casos y controles en base al antecedente de parto prematuro, éste entregó una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, donde existe una mayor proporción de casos que posee antecedentes de parto prematuro. Sumado a esto se encontró un aumento significativo de riesgo de parto prematuro en presencia de antecedente de este evento (con OR: 6 IC: [1,34; 26,80]).

La mayor parte de puérperas que tuvieron controles en el alto riesgo obstétrico fueron del grupo de casos (con un 63%). Si bien, no existe una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, ésta puede deberse a que dentro del grupo de casos existe mayor cantidad de embarazos de alto riesgo. Sin embargo, no es menor que el grupo de casos también tiene una gran cantidad de puérperas con controles en el ARO durante su gestación (48%), por lo que podemos decir que en este país existe una gran población de gestantes que cursan embarazos de alto riesgo.

Al analizar la variable hospitalización se observa una gran proporción de casos que estuvieron hospitalizadas durante la gestación en comparación con el otro grupo en estudio. Este resultado tiene una explicación lógica y que además se sustenta con la variable “controles en ARO”, indicando que la gran mayoría de casos presentaban alguna patología concomitante, por lo que esto se vio reflejado en una mayor utilización de los servicios de salud y por ende una mayor medicalización de la gestación.

Con respecto al beneficio “cambio de labores forzosas”, tanto en controles como en casos se observó que el conocimiento es bastante bajo, siendo muy pocas puérperas de ambos grupos quienes conocían este beneficio. Esto posiblemente puede verse relacionado con la poca información que las madres relataban haber recibido sobre estas temáticas, ya sea en el consultorio o por sus mismos empleadores. Siendo esto de cierto modo preocupante ya que, el 59.3% de los

casos y el 50% de los controles manifestó tener un tipo de actividad laboral intensa, relacionándose esto, con la temática de sobrecarga laboral que, como ya se ha mencionado anteriormente el aumento de este factor puede influir en la presencia de parto prematuro.

El estudio sobre el acceso al permiso prenatal arrojó un mayor acceso en los casos, mostrando una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos (casos y controles) pero no se logra mostrar una asociación con el riesgo de parto prematuro. Este mayor acceso presentado por los casos posiblemente corresponde al gran número de madres trabajadoras las cuales representan la gran mayoría de los casos, lo cual las hace beneficiarias de este permiso a la maternidad.

En relación al acceso de las madres al permiso prenatal prolongado, en el estudio se encontró que las madres de prematuros poseen un mayor acceso a éste beneficio en comparación a los controles. Por lo que se demostró una diferencia significativa entre ambos grupos, sin embargo, esta diferencia no se asocia a un aumento del riesgo de parto prematuro en la muestra estudiada.

De acuerdo al estudio, los casos tuvieron más acceso al cambio de labores forzosas, lo que puede explicarse porque los casos fueron las que más tenían empleos, lo que lleva a un mayor acceso y por otro lado, también tuvieron una mayor jornada laboral e intensa, por lo que obligaba al empleador a cambiar sus labores. Cabe destacar que existe una diferencia significativa entre ambos grupos, no obstante se presentó al límite de la significancia estadística.

Si se analiza el acceso a PNAC, la diferencia entre ambos grupos en estudio es estadísticamente significativo, los casos tuvieron un mayor acceso a este beneficio, lo que tendría relación con el hecho de que la muestra casi en su totalidad fue tomada de servicios de salud públicos.

En el caso de la utilización del permiso prenatal, existe una mayor proporción de muestra correspondiente al grupo de casos. Esto se puede asociar a que este

grupo tiene la mayor parte de madres trabajadoras, por ende, pudieron utilizar este beneficio. Por esto, existe una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.

La utilización del permiso prenatal prolongado presenta una diferencia significativa entre casos y controles, este fue utilizado mayoritariamente por los controles ya que son las mujeres con partos prematuros quienes tienen acceso a este beneficio. Por otra parte, la utilización de este beneficio por controles se sustentaría en la posibilidad de que al hacer uso de este, el descanso dio la oportunidad de que la gestación llegase a término.

A pesar de que existe una diferencia significativa entre grupos de casos y controles con respecto a la utilización del cambio de labores forzadas, no existe una relación con el riesgo de parto prematuro entre el grupo que hizo mayor uso de esta medida de protección y las que no. Nuevamente, los casos fueron mayoritariamente las usuarias de este beneficio, por ende, este fenómeno también puede asociarse a la mayor cantidad de trabajadoras dentro de este grupo.

En cuanto a la utilización del ajuar se observó un mayor uso de este beneficio por parte de los casos. Pudiendo esto ser explicado por el hecho de que la mayor parte de las trabajadoras pertenece a este grupo y por ende tienen mayor acceso a los beneficios que los controles.

En el caso de los beneficios monetarios otorgados por el empleador, los casos fueron mayormente beneficiados por estos. Esta relación se puede asociar, además de la mayor proporción de madres trabajadoras en este grupo, al mayor cuidado que tenía el empleador hacia la gestante por encontrarse en un embarazo de mayor riesgo.

Ahora bien, las principales limitaciones de los resultados del estudio, es que durante la realización de éste faltaron investigaciones referentes a este tema en Chile, si bien se han llevado a cabo en otros países, principalmente en Europa, el

tipo de población que presentan es muy diferente a la nacional, por lo que no se puede aplicar sus resultados al del país Chileno.

Otra de las limitaciones del estudio es que por aspectos burocráticos se dificultó el acceso a los principales Centros de Salud, comenzando tardíamente la recopilación de datos, en espacios donde se encontraba la mayor cantidad de casos, lo que llevó a perder un gran número de ellos teniendo como consecuencia la obtención de una muestra pequeña.

Otro aspecto a destacar es la potencia estadística de los test, que es la capacidad de éstos para detectar diferencias significativas entre casos y controles, esperándose que aumente con un mayor tamaño de muestra.

Además, al pertenecer el estudio al ámbito psicosocial (figuras y redes de apoyo), pudieron existir sesgos por sub-declaraciones. Al analizar los estudios piloto sobre Parto Prematuro (“Factores psicosociales y socioeconómicos asociados a parto prematuro en madres en la comuna de Valparaíso” del año 2012 y “Actividad física materna y su relación con el parto prematuro en las comunas de Valparaíso y Viña del Mar en los años 2014-2015”), se llegó a la conclusión de que las preguntas referentes a violencia intrafamiliar son sub-declaradas por las puérperas en aparente riesgo por normalización de la violencia y/o negación de los hechos.

Por lo anterior, se reconoce la dificultad que esto plantea, los factores psicosociales están enlazados con la sensibilidad de la persona, lo cual resulta ser subjetivo, por lo que plantea un desafío para quien desea estudiarlo sin caer en sesgos que impiden llegar al conocimiento del origen de este fenómeno.

Según los resultados obtenidos y de acuerdo al escaso tamaño muestral, se establecieron las siguientes asociaciones:

- Factores de riesgo: hospitalización y antecedente de parto prematuro.
- Actúa como factor protector: contención emocional de la pareja.

- Factores que no influirían en el transcurso de la gestación (lo cual no se puede afirmar, ya que se trabajó con una submuestra): jornada laboral, tipo de actividad laboral, sobrecarga laboral, presencia de amigos, tipo de apoyo de los amigos, acceso prenatal, acceso permiso prenatal prolongado, utilización cambio de labores forzosas, utilización ajuar, beneficios monetarios por parte del empleador, presencia de ambiente conflictivo.

Si bien Chile cuenta con programas de salud y políticas públicas que van en apoyo a la gestante, como el control prenatal, que permite realizar una detección oportuna de riesgos que podrían llegar a desencadenar un parto prematuro, aún no se consideran los riesgos psicosociales como posibles desencadenantes de este evento, por lo que se hace menester fomentar políticas públicas orientadas a esto con el objeto de implementar y mejorar los programas existentes enfocados en disminuir la mortalidad perinatal, identificando las problemáticas que atentan contra su bienestar y de esta forma prevenir el riesgo de parto prematuro.

Por otro lado, debido a que la gran parte de las publicaciones sobre variables psicoafectivas que afectan a la gestante provienen de países industrializados, resulta fundamental que en Chile se aumente la evidencia respecto a esta área, fomentando mayor cantidad de investigaciones y logrando a través de esta forma, generar evidencias propias según su contexto social y jurídico, puesto que la prematurez consta de una prioridad sanitaria que requiere de estrategias de prevención que contribuyan a frenar su tendencia.

Finalmente, aunque no se poseen datos precedentes con los que comparar los resultados obtenidos, esta investigación servirá como base para futuros estudios relacionados al tema, sugiriendo que la protección legal, figuras y redes de apoyo, se constituye como un aspecto importante a evaluar dentro de los factores que se relacionan con el parto prematuro.

Gracias al conocimiento de aspectos biopsicosociales de la población se pueden ejecutar programas de salud desde el período prenatal orientados hacia la

prevención de diferentes eventos, dentro de estos el parto prematuro el cual tiene un gran impacto dentro de la morbimortalidad neonatal.

## VI.1 CONCLUSIONES

Si bien es cierto la verificación de las hipótesis queda inconclusa por escasez de tamaño muestral, algunos resultados orientan con base en las diferencias estadísticamente significativas siendo encontradas en ciertas hipótesis específicas como:

La hipótesis que tiene como planteamiento un contexto psicosocial carente de apoyo durante la gestación, se relaciona con un aumento del riesgo de parto prematuro, no logró ser probada en el estudio, puesto que los casos presentaron mayor apoyo por parte de la pareja y de la institución estudiantil.

Otra hipótesis que tuvo variables con diferencias estadísticamente significativas fue “un contexto laboral carente de apoyo a la mujer en edad fértil, aumenta el riesgo de parto prematuro”, ya que la variable “sobrecarga laboral” y contrato laboral” pudieron orientar a la verificación de ésta, sin embargo, al analizarlas no se encontró asociación con el riesgo de parto prematuro.

Luego de analizar a las mujeres que cursaron gestaciones patológicas y que tuvieron controles en alto riesgo obstétrico, los resultados sugieren que si bien no hay diferencias estadísticamente significativas, sí hubo diferencias en las proporciones lo cual podría orientar a que la hipótesis “las mujeres cuya gestación ha cursado con alto riesgo obstétrico, tienen mayor necesidad de apoyo que aquellas que cursan fisiológicamente la gestación” si podría tener una tendencia a cumplirse.

Es entonces, que los resultados obtenidos podrían sugerir que los casos necesitaron más apoyo al estar cursando situaciones patológicas, mayor medicalización y hospitalización.

Por otro lado, la hipótesis específica que plantea un contexto escolar carente de apoyo a la adolescente embarazada, aumenta el riesgo de parto prematuro, no se pudo evaluar en este estudio, puesto que si bien, los casos de gestantes estudiantes presentaron un mayor apoyo de la institución con respecto a los controles, fueron solo 4 observaciones.

La hipótesis: “El desconocimiento y el no acceso a beneficios legales, aumentan el riesgo de parto prematuro”, no se vio representada en los análisis obtenidos, ya que los casos en su mayoría corresponden a madres con trabajo, por lo que podían acceder y utilizar los beneficios legales relacionados a la maternidad.

El estudio apunta a que los controles tuvieron menor apoyo que los casos, contrariamente a las hipótesis del estudio, ya que en muchos de los aspectos estudiados, los controles declaran haber recibido menor apoyo, como por ejemplo en ayuda doméstica y contención emocional. Por otro lado, el estudio también apunta a que los casos tienen menos participación social, por ejemplo, menos amigos y participación comunitaria. Esto podría denotar quizás un contorno social más pobre, lo cual queda por verificar en estudios posteriores.

Al no obtener la muestra necesaria para cumplir con los objetivos y comprobar la hipótesis principal del estudio, la investigación proseguirá su curso hasta recolectar los datos necesarios para llegar a las conclusiones definitivas.

## VII. AGRADECIMIENTOS

*Agradecemos a nuestras familias, amigos y a todos quienes nos brindaron su apoyo incondicional durante este arduo proceso, con sus palabras de aliento y motivación para seguir adelante.*

*Agradecer también a los profesionales (en especial matronas) que nos acogieron en los distintos Servicios e Instituciones y facilitaron el desarrollo de nuestra investigación.*

*Especial mención a las puérperas que tuvieron la disposición de participar en el estudio, entregando información sustancial y finalmente siendo un aporte al mayor conocimiento de los factores que influirían en el Parto Prematuro.*

*Para finalizar, queremos agradecer a nuestra profesora guía, matrona y doctora Paulina López, quien nos orientó durante este largo camino y nos transmitió su pasión hacia la investigación.*

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <sup>1</sup> Ministerio de Salud. Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo. 1ª Edición. [Internet]. Santiago: 2008 [actualizado Ene 2008; citado Oct 2014] Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/795c63caff4fde9fe04001011f014bf2.pdf>
- <sup>2</sup> Ministerio de Salud. Guía Clínica Prevención Parto Prematuro. Santiago: MINSAL; 2010.
- <sup>3</sup> Ministerio de Salud. Guía Clínica Perinatal. Santiago: MINSAL; 2014. Disponible en: [http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL\\_2015\\_%20PARA%20PUBLICAR.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL_2015_%20PARA%20PUBLICAR.pdf)
- <sup>4</sup> Resumen ejecutivo de Nacidos Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros. March of Dimes, PMNCH, SavetheChildren, Organización Mundial de la Salud. 2012.
- <sup>5</sup> Ministerio de Salud. Guía Clínica Perinatal. Santiago: MINSAL; 2014.
- <sup>6</sup> Schwarz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 6° ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2005.
- <sup>7</sup> Villanueva L, Contreras A, Cuevas M, Rosales. Perfil epidemiológico del parto prematuro. México: Medigraphic Artemisa; 2008.
- <sup>8</sup> López P, Bréart G. Trends in gestational age and birthweight in Chile, 1991-2008. A descriptiveepidemiologicalstudy. Biomedcentral; 2012.
- <sup>9</sup> Bustamante Y, Hernández A, Hurtado R, Lobos P. Factores psicosociales y socioeconómicos asociados a parto prematuro en madres de la comuna de Valparaíso. Valparaíso: Escuela de Obstetricia y Puericultura; 2012.
- <sup>10</sup> Ministerio de Salud. Norma Técnica N°57: Regulación de la ejecución de

ensayos clínicos que utilizan productos farmacéuticos en seres humanos. Principios éticos y generales; 2001: 10.

<sup>11</sup> Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki: Principios Básicos para toda la investigación Ética (Doc. 17 C): 1969. 2004.

<sup>12</sup> Organización Mundial de la Salud. Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos. Pauta 2: Comité de evaluación ética. Ginebra; 2002.

<sup>13</sup> Aravena N, Brito F, Martínez C, Plaza S, Soto M. Actividad física materna y su relación con el parto prematuro en las comunas de Valparaíso y Viña del Mar en los años 2014-15. Valparaíso: Escuela de Obstetricia y Puericultura; 2015

<sup>14</sup> Pérez J, Nogareda C. Factores psicosociales: Metodología de evaluación. [Internet]. Notas técnicas de Prevención. 2014 [citado Oct 2014]; 926: 1-6. Disponible en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/NTP/NTP/926a937/926w.pdf>.

<sup>15</sup> OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. OMS; [actualizado Nov 2013; citado Nov 2013] Nacimientos Prematuros [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>

<sup>16</sup> Zaldívar D. Estrés: factores protectores. [Internet]. 2014 [citado Nov 2014]; aprox. 2 pantallas. Disponible en: <http://www.sld.cu/saludvida/psicologia/temas.php?idv=6091>

<sup>17</sup> FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia [Internet]. [Citado Oct. 2014]. Disponible en: <http://figo.org/espa%C3%B1ol>

<sup>18</sup> Montero, Leida C. Enfermería Materno Infantil. [Internet]. Venezuela: Diccionario Médico; [actualizado 29 Dic 2011; citado octubre 2014]. Disponible en: [http://www.portalesmedicos.com/diccionario\\_medico/index.php/Gestacion](http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Gestacion)

<sup>19</sup> Francisco R. Concepto de Marco Legal. [Internet]. 2014 [citado Nov 2014]; aprox. 1 pantallas. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/75951216/Concepto-de-Marco-Legal>

<sup>20</sup> Mideplan: Ministerio de Planificación. Educación, Encuesta Casen. Gobierno de Chile; 2009. Disponible en: [http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen2009/casen\\_educacion.pdf](http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen2009/casen_educacion.pdf)

<sup>21</sup> Niswander K. Obstetricia: Práctica Clínica. 2ª Edición. Barcelona: Reverté; 1987.

<sup>22</sup> Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Manual de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) Según Necesidades de Virginia Henderson. Madrid: 2013.

<sup>23</sup> Haramoto E. Un enfoque cualitativo del entorno inmediato a la vivienda social. invi [Internet]. 1990 [citado Nov 2014]; 5 (9): 20-29. Disponible en: <http://www.revistainvi.uchile.cl/index.php/INVI/article/view/97/614>

<sup>24</sup> Innatia.com [Internet]. La estructura familiar. Innatia 2013 [actualizado Ene 2013; citado Nov 2014]. Disponible en: <http://www.innatia.com/s/c-organizacion-familiar/a-estructura-de-la-familia.html>

<sup>25</sup> López P. Medidas de Riesgo en Epidemiología. En: Díaz V. Metodología de la Investigación Científica y Bioestadística. 2º ed. Santiago: Ediciones RIL; 2009. p. 349-365.

<sup>26</sup> López P. Enfoque Preventivo del Parto Pretérmino. Valparaíso: Universidad de Valparaíso, Escuela de Enfermería y Obstetricia; 2007.

<sup>27</sup> Enciclopedia Jurídica. [Internet]. Edición 2014. [Citado Oct 2014]. Disponible en: <http://www.encyclopedia-juridica.biz14.com/d/norma-jur%C3%ADdica/norma-jur%C3%ADdica.htm>.

<sup>28</sup> BCN: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile [Internet]. Santiago: BCN; [citado Oct 2014]. El poder Legislativo: La Ley [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.bcn.cl/ecivica/ley/>.

- <sup>29</sup> República de Chile. Título Preliminar 1. De la Ley: Art 1º. Código Civil. Santiago: Editorial Jurídica de Chile; 1855.
- <sup>30</sup> Carvajal J, Ralph C. Parto Prematuro. En: Manual de Obstetricia y Ginecología. 4º ed. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2013. p. 192-210.
- <sup>31</sup> López P. Parto de Pretérmino Enfoque Preventivo. Chile: Escuela de Obstetricia y Puericultura; 2014.
- <sup>32</sup> Escribà-Agüira/I. Clementea/M.J. Saurel-Cubizollesb. Factores socioeconómicos asociados al parto pretérmino. Resultados del proyecto EUROPOP en el Estado español.
- <sup>33</sup> GuyRyder, OIT: Organización Internacional del Trabajo. La maternidad y la paternidad en el trabajo: La legislación y la práctica en el mundo. 2014. [Citado Nov 2014]. Disponible en: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms\\_242618.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_242618.pdf)
- <sup>34</sup> Caamaño E. Los efectos de la protección a la maternidad para la concreción de la igualdad de trato entre hombres y mujeres en el trabajo. Valparaíso: Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. 2009; n.33: 175-214.
- <sup>35</sup> Domínguez C. Cuidado informal, redes de apoyo y políticas de vejez. Index de Enfermería [Internet]. 1998 [citado Nov 2014] 1998:23. Disponible en: [http://www.index-f.com/index-enfermeria/23revista/23\\_articulo\\_15-21.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/23revista/23_articulo_15-21.php).
- <sup>36</sup> Vega Angarita, González Escobar. Apoyo Social: Elemento Clave en el Afrontamiento de la Enfermedad Crónica. EG [Internet]. 2006 [citado Nov 2014]; 16: 1-11. Disponible en: [http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/66351/63971?origin=publication\\_detail](http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/66351/63971?origin=publication_detail)
- <sup>37</sup> CerdáNeus et al. La xarxa social i la salut en la gent gran. Barcelona Sociedad. 1996; 6:62-69
- <sup>38</sup> Gottlieb BH, 1988, citado en Gracia E. El apoyo social en la intervención

comunitaria. Barcelona: Paidós, 1997:41.

## IX. DATOS SUPLEMENTARIOS

### IX.1 GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Prematurez:** El parto prematuro es el que ocurre antes de las 37 semanas de gestación (OMS 1970-77). El límite inferior de edad gestacional (EG) que establece el límite entre parto prematuro y aborto es, de acuerdo con las OMS, 22 semanas de gestación y 500 g de peso.<sup>[15]</sup>
- **Factor protector:** Se define como aquellas características personales o elementos del ambiente o la percepción que se tiene sobre ellos, capaces de disminuir los efectos negativos de otro factor sobre la salud y el bienestar.<sup>[16]</sup>
- **Factor de riesgo:** Según la OMS <sup>[1]</sup>, es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.
- **Factor socioeconómico:** Se refiere a los factores sociales y los económicos. El bienestar socioeconómico y la satisfacción de las necesidades básicas permiten a las personas enfrentar de mejor manera los eventos vitales como el embarazo y parto.<sup>[1]</sup>
- **Red de apoyo:** Corresponde al conjunto de personas o grupos (formales y/o informales) con los cuales la madre interactúa, estableciendo relaciones por las que se interesa y están disponibles para apoyarlas, favoreciendo la sensación de seguridad y confianza con el entorno familiar y comunitario. Frecuentemente, la presencia de más de un factor de riesgo se asocia a un apoyo social insuficiente.<sup>[1]</sup>
- **Edad gestacional:** Es el tiempo transcurrido desde el primer día de la última menstruación, hasta el nacimiento o hasta el momento de la gestación que se estudie. La edad gestacional se expresa en semanas y su fracción en días.<sup>[17]</sup>

- **Gestación:** Proceso de crecimiento y desarrollo fetal intrauterino que incluye desde momento de la fecundación hasta el nacimiento, periodo que dura 280 días, o bien 40 semanas aproximadamente.<sup>[18]</sup>
- **Marco legal:** El marco legal durante la gestación proporciona las bases sobre las cuales las instituciones construyen y determinan el alcance y naturaleza de la participación política. En el marco legal, regularmente se encuentran en un buen número de provisiones regulatorias y leyes interrelacionadas entre sí.<sup>[19]</sup>
- **Escolaridad:** Se refiere a los años de estudio efectivamente cursados de la población.<sup>[20]</sup>
- **Paridad:** Número de embarazos que han durado 20 semanas o más.<sup>[21]</sup>
- **Aislamiento:** Soledad experimentada por la persona y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.<sup>[22]</sup>
- **Entorno inmediato:** Interacción entre los miembros de un grupo no muy numeroso de familias vecinas compartiendo un lugar en común.<sup>[23]</sup>
- **Estructura familiar:** Elementos que componen este sistema, distinguiendo configuraciones en términos de número de integrantes y desempeño de roles dentro del mismo espacio de convivencia, da cuenta de aspectos constitutivos del grupo.<sup>[24]</sup>
- **Factores psicosociales:** Elementos o circunstancias del entorno social (interacción con otros individuos) o del ámbito psicológico (manera de sentir, de pensar y de comportarse) relacionados con el sujeto de estudio, que pueden ocasionar una alteración directa y/o indirecta afectando el bienestar o salud de la persona, ya sean psíquica y/o socialmente sin necesidad de construir cuadros clínicos identificables, los cuales influyen o configuran situaciones de riesgo para la gestante.<sup>[25]</sup>
- **Riesgo relativo:** Es la razón entre la probabilidad de que la enfermedad ocurra en un período determinado en los expuestos a un factor y la probabilidad de que la enfermedad ocurra en los no expuestos al factor en

el mismo período de tiempo.<sup>[26]</sup>

- **Factor causal:** Es un acontecimiento, circunstancia característica o combinación de un conjunto de fenómenos que ocasionan la enfermedad o alteración fisiológica en la mujer gestante. El factor causal antecede a la enfermedad, es decir, éste puede determinar su presencia.<sup>[27]</sup>
- **Norma:** Es una regla u ordenación del comportamiento humano dictado por la autoridad competente del caso con un criterio de valor y cuyo incumplimiento lleva a una sanción. Generalmente, impone deberes y confiere derechos. Se trata de una regla o precepto de carácter obligatorio, emanado de una autoridad normativa legitimada, la cual tiene por objeto regular las relaciones sociales o la conducta del hombre que vive en sociedad.<sup>[28]</sup>
- **Ley:** Existen diversas definiciones entre las que destacan:
  - "Regla social obligatoria, establecida en forma permanente por la autoridad pública y sancionada por la fuerza".<sup>[29]</sup>
  - "Una declaración de la voluntad soberana que, manifestada en la forma prescrita por la Constitución, manda, prohíbe o permite".<sup>[29]</sup>
- **Control prenatal:** El cuidado antenatal consiste en acciones que promueven la salud de la gestante, determinan el riesgo obstétrico y perinatal y adicionan intervenciones ligadas a la prevención de tales riesgos. Estas actividades requieren de esfuerzos cooperativos y coordinados de la madre, su familia y los profesionales de la salud. Los cuidados prenatales comienzan antes de la concepción, embarazo y continúan hasta que el trabajo de parto comienza.<sup>[5]</sup>

## IX.2 MARCO TEÓRICO

### IX.2.1 PARTO PREMATURO:

#### IX.2.1.1 DEFINICIÓN

Según la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) <sup>[17]</sup> y la OMS <sup>[1]</sup>, el parto pretérmino o prematuro es definido como aquel que se produce entre las semanas 22 y 37 de la gestación, es decir, entre 154 y 258 días. Esto establece el límite entre parto prematuro y aborto, que es 22 semanas de gestación y 500 gr de peso.

Se toma en consideración esta cantidad de tiempo en función de las semanas transcurridas desde el primer día de la última fecha de menstruación, siendo más válido para las mujeres con ciclos menstruales regulares que no se encuentren tomando anticonceptivos orales por al menos 3 meses antes y que no presenten dudas de la fecha referida.<sup>[1][17]</sup>

#### IX.2.1.2 CLASIFICACIÓN

Los niños prematuros se dividen en subcategorías de acuerdo a:

1) Edad gestacional:

- Prematuros extremos (<28 semanas).
- Muy prematuros (28 a <32 semanas).
- Prematuros moderados-tardíos (32 a <36 semanas).

2) Según su entidad:<sup>[2]</sup>

- Parto prematuro espontáneo con membranas íntegras (inicio espontáneo de contracciones uterinas con membranas íntegras).
- Parto prematuro asociado a rotura prematura de membranas (inicio del trabajo de parto luego de la rotura de membranas).
- Parto prematuro médicamente indicado (resulta de la interrupción médica prematura de la gestación por causa materna y/o fetal, es decir, parto pretérmino por indicación médica).

### IX.2.1.3 EPIDEMIOLOGÍA

Con el paso de los años, la incidencia del parto prematuro ha ido aumentando a nivel mundial, sin embargo, la morbilidad neonatal secundaria al parto pretérmino se ha visto levemente reducida, esto es a causa del perfeccionamiento de los profesionales del área de salud, lo que conlleva a una mejora en los cuidados aplicados para estos casos y además, a los avances tecnológicos en el área de la medicina. Cabe destacar, que se debe exclusivamente a esto y no a medidas preventivas y terapéuticas aplicadas a aquellas gestantes con factores de riesgo y con embarazo patológico. <sup>[5]</sup>

La incidencia del parto prematuro en Chile es atribuible al 6,5% de los nacidos vivos, siendo aproximadamente un 3% para aquellos que se presentan antes de las 34 semanas de gestación. <sup>[5]</sup>

Características como el peso y la edad gestacional al nacer, en Chile, han variado significativamente en los últimos 20 años. Desde la década de 1990, las guías clínicas en el país se han enfocado en el alto riesgo obstétrico para mejorar la salud materna y perinatal; y al mismo tiempo, entre 1990 y 2000, la cobertura de la atención prenatal antes de las 20 semanas aumentó de un 74% a un 86%. Dichos cambios, probablemente aumentan la detección de trastornos y la prevención de complicaciones. <sup>[8]</sup>

Un estudio epidemiológico realizado en Chile <sup>[8]</sup>, incluyó la población en general de todos los nacidos vivos en Chile (N= 4.559.919) a partir de 1991 hasta el 2008 y reveló que:

- El número de nacimientos de término y post término disminuyó.
- El número de nacimientos múltiples aumentó.
- El total de nacimientos prematuros aumentó de un 5% a un 6,6% (aumentó desde un 5,0% en 1991 al 6,6% en 2008), con un incremento de 28% para gestaciones únicas y 31% para gestaciones múltiples.
- El Parto pretérmino <32 semanas aumentó a 32,3% para gestación única y

50,6% para gestaciones múltiples.<sup>[8]</sup>

De forma que se concluyó que tres tendencias resultantes del estudio merecen atención por su impacto en la salud perinatal: aumento de la tasa de partos prematuros (especialmente en RN <32 semanas), aumento de la prevalencia de muy bajo peso al nacer (<1.500 gramos) y aumento de los nacimientos múltiples.<sup>[8]</sup>

#### IX.2.1.4 FACTORES DE RIESGO

Según la OMS <sup>[1]</sup>, un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

En el desencadenamiento del parto prematuro, los factores de riesgo pueden ser de diversa naturaleza tanto biológicas como no biológicas. Los más descritos son los siguientes <sup>[30]</sup>:

Maternos pregestacionales:

- Edad <20 ó >40 años.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Antecedente de parto pretérmino previo.
- Hábitos (tabaco, cocaína, heroína).

Maternos gestacionales:

- Control prenatal deficiente.
- Metrorragia posterior a las 20 semanas.
- Infección sistémica o genital.
- Estrés psicológico y/o social.

Fetales:

- Gestación múltiple.

Placentarios:

- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI).

- Placenta previa oclusiva (PPO).
- Polihidroamnios (PHA).

Uterinos:

- Cuerpo extraño (Dispositivo intrauterino).
- Incompetencia cervical o cuello corto.
- Malformaciones uterinas (pacientes con útero bicorne tienen mayor riesgo de parto prematuro, mientras que pacientes con útero doble tienen mayor riesgo de aborto).
- Conización cervical.

Los principales factores de riesgo son antecedente de una gestación anterior con parto pretérmino (confiere entre un 30-50% de riesgo de parto pretérmino en gestación actual) y gestación múltiple (aumenta un 50% el riesgo de parto pretérmino).<sup>[30]</sup>

#### IX.2.1.5 ETIOLOGÍA DEL PARTO PREMATURO

En la literatura, los factores causales de parto prematuro aluden a condiciones fisiopatológicas de parto prematuro, incluso se habla de que existe una multicausalidad de situaciones que desencadenan finalmente en contracciones uterinas y dilatación cervical con un resultado de parto de pretérmino.

Estudios sugieren que entre los factores causales se encuentran infección intraamniótica, isquemia útero-placentaria, sobredistensión uterina, malformaciones fetales, factores inmunológicos y estrés. En la siguiente tabla, se clasifican las distintas causas asociadas a parto prematuro.

Tabla 1: Causas locales y/o factores de riesgo de parto prematuro

<i>Causas locales y/o factores de riesgo de parto prematuro</i>	<i>Clasificación</i>	<i>Precisiones</i>
LOCALES	A. Uterinas	<p>Malformaciones: útero doble, útero tabicado, hipoplasia uterina.</p> <p>Miomatosis: gran mioma intraparietal y mioma submucoso.</p> <p>Sobre distensión uterina: por causa fetal u ovular.</p> <p>Incompetencia istmo cervical: puede ser de tres tipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-traumática (post legrados, procedimientos quirúrgicos, dilataciones intempestivas del cuello uterino, dilataciones manuales.</li> <li>-congénita: por malformaciones uterinas.</li> <li>-funcionales: aparecen durante la gestación y están generalmente ligadas a malformaciones uterinas o hipoplasia del orificio interno.</li> <li>- DIU</li> <li>-Metrorragias (de origen placentario, ovular o traumático).</li> </ul>
	B. Placentarias	<p>Placenta previa</p> <p>DPPNI</p>
	C. Ovulares	<p>R.P.M. (la más frecuente)</p> <p>Polyhidroamnios</p> <p>Anomalías del cordón</p>
	D. Fetales	<p>Gestación múltiple</p> <p>Anomalías congénitas</p> <p>Muerte fetal</p>

(Fuente: Documento docente Profesora Paulina López O. Parto de Pretérmino Enfoque Preventivo, Revisión 2014 <sup>[31]</sup>)

Tabla 2: Causas Generales y/o factores de riesgo de parto prematuro

<i>Causas generales y/o factores de riesgo de parto prematuro</i>	<i>Clasificación</i>	<i>Precisiones</i>
GENERALES	A. Síndromes vasculo-renales: B.- Enfermedad cardio-vascular pre-existente	Síndromes hipertensivos del embarazo en todas sus formas Hipertensión crónica, Nefropatías crónicas.
	C.- Enfermedades infecciosas agudas o crónicas a nivel local y/o general.	Infecciones del tracto Urinario: pielonefritis aguda.  Todas las infecciones agudas microbianas o virales a nivel general (Sífilis, Toxoplasmosis, Brucelosis, Hepatitis viral, Rubéola, C.M.V., Chagas, Ricketsias, Listeriosis, Estreptococo B, etc.)  Infecciones del tracto: Genital - Clamidias - Gardnerella - Gonococo - Tricomonas etc.
	D.- Hábitos de consumo	Tabaquismo Alcoholismo Cocaína, pasta base.
	E.- Enfermedades metabólicas	Diabetes Pre-Diabetes
	F.-Otras causas: -Intoxicaciones	Crónicas (ej.: ambiental) Agudas (contaminación alimentaria).
	-Alimentarias	Carencias: Hipovitaminosis, bajo peso pérdida de peso durante la gestación, Excesos: Sobrepeso y obesidad materna.

(Fuente: Documento docente Profesora Paulina López O. Parto de Pretérmino Enfoque Preventivo, Revisión 2014<sup>[31]</sup>)

Si bien la mayoría de estos factores son de origen biológico, hay una serie de factores que se relacionan con lo socioeconómico y psicoafectivo. El nivel de

ingresos de la madre, el estado civil y el nivel de estudios influirían en el riesgo de parto prematuro.<sup>[32]</sup>

Tabla 3: Factores de riesgo y/o Causas Socioeconómicas de Parto Prematuro

<i>Causas y/o factores</i>	<i>Características</i>	<i>Especificaciones</i>
Malas Condiciones de la vivienda	Ausencia de Comodidades Hacinamiento.	En particular varios pisos sin ascensor
Trabajos que requieren gran esfuerzo físico	Posición de pié permanente. Sobrecarga horaria. Vibraciones de máquinas. Trayectos largos (transporte).	Riesgo aumentado en: - dueña de casa. - ciertas categorías profesionales: comerciantes obreras personal médico
Factores psicógenos	Rol del abandono materno Rol del celibato Embarazo no deseado	El embarazo no deseado duplica el riesgo de parto prematuro.

(Fuente: Documento docente Profesora Paulina López O. Parto de Pretérmino Enfoque Preventivo, Revisión 2014<sup>[31]</sup>)

#### IX.2.1.6 PROTECCIÓN A LA MATERNIDAD EN EL MUNDO

A nivel mundial, muchas son las mujeres trabajadoras que llevan adelante una gestación. El bienestar infantil y la maternidad son ejes fundamentales en el desarrollo de las sociedades, es por esto que, en distintos tratados universales se ha establecido que la protección de la maternidad es un derecho laboral. Es por lo anterior, que la Organización Internacional del Trabajo (OIT), se ha encargado de promover leyes que aseguren esta protección. Sin embargo, la aplicación de los beneficios continúa siendo un problema en distintas partes del mundo, existiendo

gestantes que carecen de la cobertura suficiente. Este hecho provoca que se les dificulte compatibilizar su rol reproductivo con el productivo, lo que trae como consecuencia la complejización de la maternidad y que a su vez, la productividad en el trabajo no sea óptima.<sup>[33]</sup>

Debido a los múltiples factores que producen complicaciones en la gestación, es que los gobiernos han implementado una serie de medidas para proteger la maternidad y de esa manera disminuir las inequidades presentes en las mujeres durante la gestación y en el periodo post parto. Una de estas complicaciones es el riesgo de parto prematuro, el cual es considerado un síndrome, debido a que se puede manifestar bajo la presencia de múltiples factores que han sido ampliamente estudiados, a diferencia de otros que han sido poco explorados, los cuales son de carácter socioeconómico y psicoafectivo que influyen en el término precoz de la gestación.<sup>[33]</sup>

#### IX.2.1.6.1 MARCOS PROTECTORES LEGALES

Uno de los factores protectores de la maternidad es la existencia de una licencia maternal que proporcione mínimo 14 semanas a las gestantes sin causal de despido y que permita que éstas puedan dedicarse exclusivamente al cuidado de su hijo(a), favoreciendo un fortalecimiento del vínculo, la lactancia materna y que el RN pueda recibir los cuidados necesarios por parte de su madre.<sup>[33]</sup>

A continuación, se detalla la licencia maternal prenatal y postnatal, es decir, el total para cada continente y país, con su remuneración respectiva.<sup>[33]</sup>

Tabla 4: Licencia maternal prenatal y postnatal en países de Asia

País	Tiempo	Remuneración	Quién paga
Nepal, Malasia y Filipinas.	7-9 semanas.	100% del salario.	Empleador. Seguridad Social.

Fiji, India, Pakistán y Sri Lanka.	12 semanas.	Varía entre un porcentaje de 25, 66.7 y 100 del salario.	Empleador. Seguridad Social.
Afganistán, China, Indonesia, Irán, República de Corea, y Tailandia.	13-14 semanas.	Varía entre un porcentaje de 50 y 100 del salario.	Empleador. Seguridad Social.
Bangladesh, Mongolia y Singapur.	16-17 semanas.	Un 70% del salario para Mongolia y 100% para Bangladesh y Singapur.	Empleador. Seguridad Social.
Vietnam.	26 semanas.	100% del salario.	Seguridad Social.

Tabla 5: Licencia maternal prenatal y postnatal en países de África.

País	Tiempo	Remuneración	Quién paga
Malawi y Sudán.	4-8 semanas.	100% para Malawi y Sudán.	Empleador.
Cabo Verde, Mozambique, Santo Tomé y Príncipe.	9-10 semanas.	90% del salario para Cabo Verde. 100% para el resto.	Empleador. Seguridad Social.
Botswana, Guinea Ecuatorial, Gambia, Ghana, Namibia, Nigeria, Rwanda, Sierra Leona, Tanzania y Zambia.	12 semanas.	Varía entre un porcentaje de 50, 75 y 100 del salario.	Empleador. Seguridad Social.
Angola, Egipto, Etiopía, Kenya.	13 semanas.	100% del salario.	Empleador. Seguridad Social.
Algeria, Camerún,	14 semanas.	Varía entre un	Empleador.

República Democrática del Congo, Guinea, Libia, Madagascar, Marruecos, Níger, Senegal, Somalia y Zimbabwe.		porcentaje de 50, 66.7 y 100 del salario.	Seguridad Social.
Congo y Sudáfrica.	15-17 semanas.	100% del salario para Congo y 60% para Sudáfrica.	Empleador. Seguridad Social.

Tabla 6: Licencia maternal prenatal y postnatal en países de Europa del Este y Asia Central

País	Tiempo	Remuneración	Quién paga
Turquía.	16 semanas.	66.7% del salario para Turquía.	Seguridad Social.
Bielorrusia, Georgia, Kazajistán, Ucrania y Uzbekistán.	18 semanas.	100% del salario.	Seguridad Social.
Armenia, Rusia, Serbia.	20 semanas.	100% del salario.	Seguridad Social.
La Antigua República Yugoslava de Macedonia.	39 semanas.	100% del salario.	Seguridad Social.
Albania, Bosnia y Herzegovina y Montenegro.	52 semanas.	80% para Albania y 100% para el resto.	Seguridad Social.
Croacia.	58 semanas.	100% del salario.	Seguridad Social.

Tabla 7: Licencia maternal prenatal y postnatal en países de Medio Oriente

País	Tiempo	Remuneración	Quién paga
Líbano, Oman y Qatar.	6-7 semanas.	100% del salario.	Empleador.
Iraq y Yemen.	9 semanas.	100% del salario.	Empleador.
Arabia Saudita.	10 semanas.	100% del salario.	Empleador.
Siria.	17 semanas.	100% del salario.	Empleador.

Tabla 8: Licencia maternal prenatal y postnatal en países de América Latina y El Caribe

País	Tiempo	Remuneración	Quién paga
Puerto Rico.	8 semanas.	100% del salario.	Empleador.
Bahamas, Barbados, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Paraguay y Uruguay.	12 semanas.	Varía entre un porcentaje de 50, 60, 75 y 100 del salario.	Empleador. Seguridad Social.
Antigua y Barbuda, Argentina, Bolivia, Granada, Guyana, Perú, Trinidad y Tobago.	13 semanas.	Varía entre un porcentaje de 65, 66.7, 70, 95 y 100 del salario.	Empleador. Seguridad Social.
Belice, Colombia y Panamá.	14 semanas.	100% del salario.	Seguridad Social.

Brasil, Chile, Costa Rica y Cuba.	17-18 semanas.	100% del salario.	Empleador. Seguridad Social.
-----------------------------------	----------------	-------------------	---------------------------------

Tabla 9: Licencia maternal prenatal y postnatal en países de Economías Desarrolladas.

País	Tiempo	Remuneración	Quién paga
Alemania, Islandia, Israel, Japón, Nueva Zelanda, Suecia, Suiza y Estados Unidos.	12-13-14 semanas.	Varía en un porcentaje entre 66.7, 80 y 100 del salario.	Empleador. Seguridad Social.
Austria, Bélgica, Francia, Letonia, Luxemburgo, Mónaco, Países Bajos y España.	15-16 semanas.	Varía en un porcentaje entre 75, 82 y 100 del salario.	Seguridad Social.
Canadá, Chipre, Dinamarca, Finlandia, Grecia, Lituania, Portugal, Rumania,	17-18 semanas.	Varía en un porcentaje entre 55, 75, 85 y 100 del salario.	Empleador. Seguridad Social.
Estonia, Hungría, Italia.	20-22-24 semanas.	70% para Hungría. 80% para Italia. 100% para del sueldo para Estonia	Seguridad Social.
República Checa y Polonia.	26-28 semanas.	70% del sueldo para República Checa. 100 % para Polonia.	Seguridad Social.
Bulgaria, Eslovaquia, Noruega.	32-34-35 semanas.	65% del salario para Eslovaquia.	Seguridad Social.

		90% para Bulgaria. 100% para Noruega.	
Irlanda.	42 semanas.	80% del salario.	Seguridad Social.
Australia y Reino Unido.	52 semanas.	Salario mínimo para Australia. Un 90% del salario para Reino Unido.	Empleador. Seguridad Social.

"En diversas regiones del mundo, las trabajadoras embarazadas están expuestas a perder su puesto de trabajo y sus ingresos, y corren mayores riesgos sanitarios debido a la falta de garantías suficientes en materia de empleo", señala la Sra. F.J. Dy-Hammar, Jefa del Servicio de Condiciones de Trabajo y Prestaciones Sociales de la OIT, quien supervisó la redacción del informe "La protección de la maternidad en el trabajo".<sup>[33]</sup>

#### IX.2.1.7 MARCOS LEGALES PROTECTORES A LA MATERNIDAD EN CHILE

Hay que tener en cuenta que el contexto histórico, social, cultural y económico de Chile ha cambiado en el último tiempo, lo que repercute en la regulación jurídica del trabajo.<sup>[34]</sup> Siendo así, se han implementado disposiciones que apuntan a la protección de la madre trabajadora y gestante, con el objetivo de avanzar hacia la concreción de una distribución más equitativa de roles entre madres y padres trabajadores que contribuya a generar un cambio en el mercado laboral de este país, en pro de un reconocimiento efectivo de la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.<sup>[34]</sup>

De acuerdo a un estudio efectuado por la Dirección del Trabajo, es posible identificar diversos factores que están repercutiendo en el tema de la maternidad y su protección legal. El primer factor, es el crecimiento acelerado de la participación de las mujeres en la fuerza de trabajo. Cabe tener en consideración en este punto, que en Chile las mujeres se han insertado con muchas dificultades en el mundo

del trabajo debido a la discriminación por su capacidad reproductiva. Así, la maternidad y el cuidado de los hijos pequeños están afectando a un sector más amplio de la fuerza laboral chilena. <sup>[34]</sup>

El Código del Trabajo, se ocupa de la protección a la maternidad a partir de su artículo 194 en conformidad a los derechos y garantías que se le reconocen a la madre trabajadora y en casos excepcionales al padre trabajador; estos aplican en el sector público y privado, con lo cual se extiende. Por otro lado, en el Código del Trabajo se refuerza el derecho a la no discriminación, al prohibir certificados o test de embarazo como requisitos para condicionar la contratación, permanencia, promoción o movilidad en el empleo de trabajadoras. De esta forma, una vez más la legislación nacional busca reconocer y garantizar la igualdad formal de las mujeres frente a los hombres en el trabajo. <sup>[34]</sup>

En Chile, existen derechos laborales irrenunciables que la ley entrega a todas las mujeres trabajadoras por estar gestando. También se extiende este derecho a los padres trabajadores en determinados casos.

#### PERMISO PRENATAL Y POSTNATAL

##### **Código del Trabajo, artículo 195°, 31 de julio de 2002.**

Corresponde a un derecho de descanso en la maternidad de 6 semanas antes de la fecha probable de parto, es decir, a las 34 semanas de gestación y luego, 12 semanas de descanso postparto. Permite la mantención del empleo.

Para acceder se requiere presentar licencia médica debiendo ser tramitada por el empleador en la institución de salud que corresponda. Este es un derecho irrenunciable, es decir, está prohibido durante dicho periodo que la gestante trabaje.

## PERMISO PRENATAL SUPLEMENTARIO

### **Código del Trabajo, artículo 196°, 31 de julio de 2002.**

Protección entregada durante la gestación en caso de enfermedad causada por éste, anterior a las 6 semanas de prenatal. Su objetivo es la mantención del empleo.

Para acceder se requiere de certificación médica y su duración es determinada por los servicios que tengan a su cargo las atenciones médicas preventivas o curativas.

## PERMISO PRENATAL PRORROGADO

### **Código del Trabajo, artículo 196°, 31 de julio de 2002.**

Establece que la trabajadora tiene derecho a un descanso de maternidad de seis semanas antes del parto. Por su parte, si el parto se produce después de las seis semanas siguientes a la fecha en que la mujer hubiere comenzado el descanso de maternidad, el descanso prenatal se entiende prorrogado hasta el alumbramiento y desde la fecha de éste se contará el descanso puerperal. Debe ser comprobado con certificado médico o de matrona.

## FUERO MATERNAL

### **Código del Trabajo, artículo 201°, 31 de julio de 2002.**

Es la protección que se le entrega a la mujer, postparto, por 1 año y 84 días y tiene por objeto mantener el empleo de la mujer gestante para que ésta tenga asegurado el origen de sus ingresos.

Para acceder no es necesario un tipo específico de contrato de trabajo, es decir, puede estar bajo un contrato de plazo indefinido, de plazo fijo, o bien uno por obra o faena determinada.

Hay prohibición de un empleador de poner término al contrato de trabajo, sólo una

sentencia judicial podrá autorizar el despido de una trabajadora sujeta a fuero maternal.

## POSTNATAL MASCULINO

### **Código del Trabajo, artículo 195°, 31 de julio de 2002.**

Corresponde a un permiso pagado que puede ser usado desde el momento del parto y en este caso será de 5 días corridos sin interrupciones, salvo que se trate de feriados o fin de semana. Tiene por objetivo la mantención del empleo.

Para acceder a este derecho se debe pedir permiso por escrito al empleador, el cual, posteriormente, puede exigir acreditación por medio del certificado de nacimiento del hijo/a. El padre que sea privado por sentencia judicial del cuidado personal del menor perderá el derecho a fuero y subsidio correspondientes.

Adicionalmente, en el artículo 197, la madre puede traspasar semanas de su permiso postnatal parental al padre, en la última etapa de éste. El padre tendrá fuero por el doble del periodo de permiso que se tome y su subsidio será calculado en base a su remuneración.

Si la madre decide tomarse 12 semanas completas, puede traspasar hasta 6 semanas al padre.

Si la madre decide tomarse 18 semanas a media jornada, puede traspasar hasta 12 semanas de media jornada al padre.

Para ello, se debe dar aviso al empleador por carta certificada con al menos 10 días de anticipación a fecha en que se hará uso del derecho, con copia a la Inspección del Trabajo y al empleador de la trabajadora.

## ASIGNACIÓN FAMILIAR

### **Ley N° 20.763, artículo 2°, 18 de julio de 2014.**

Establece que las trabajadoras dependientes e independientes afiliadas a un

régimen de previsión, tienen derecho a una asignación maternal que será de monto igual al de la asignación familiar, la que se les pagará por todo el período de la gestación.

El pago se hace exigible a partir del quinto mes de gestación con certificación competente.

Valores:

A partir del 01 de julio de 2014 las asignaciones que rigen son:

\$9.242 (15,71 USD) por carga, para beneficiarios cuyo ingreso mensual pase de \$236.094 (401,36 USD).

\$5.672 (9,64 USD) por carga, para beneficiarios cuyo ingreso mensual supere \$236.094 (401,36 USD) y no pase \$344.840 (586,23 USD).

\$1.793 (3,05 USD) por carga, para beneficiarios cuyo ingreso mensual supere \$344.840 (586,23 USD) y no pase \$537.834 (914,32 USD).

Las personas que tienen acreditadas cargas familiares y cuyo ingreso mensual supere \$576.080 (979,34 USD) no tendrán derecho a las asignaciones dichas.

A contar del 01 de julio de 2015, las asignaciones serán:

\$9.899 (16,83 USD) por carga, para beneficiarios cuyo ingreso mensual pase de \$252.882 (429,90 USD).

\$6.075 (10,33 USD) por carga, para beneficiarios cuyo ingreso mensual supere \$252.882 (429,90 USD) y no pase \$369.362 (627,92 USD).

\$1.920 (3,26 USD) por carga, para beneficiarios cuyo ingreso mensual supere \$369.362 (627,92 USD) y no pase \$576.080 (979,34 USD).

Las personas que tienen acreditadas cargas familiares y cuyo ingreso mensual supere \$576.080 (979,34 USD) no tendrán derecho a las asignaciones dichas.

Finalmente, desde el 1 de enero de 2016, estas asignaciones serán:

\$10.269 (17,46 USD) por carga, para beneficiarios cuyo ingreso mensual pase de \$262.326 (445,95 USD).

\$6.302 (10,71 USD) por carga, para beneficiarios cuyo ingreso mensual supere \$262.326 (445,95 USD) y no pase \$383.156 (651,37 USD).

\$1.992 (3,39 USD) por carga, para beneficiarios cuyo ingreso mensual supere \$383.156 (651,37 USD) y no pase \$597.593 (1.016 USD).

Las personas que tienen acreditadas cargas familiares y cuyo ingreso mensual supere \$597.593 (1.016 USD) no tendrán derecho a las asignaciones dichas.

SALA CUNA

**Código del Trabajo, artículo 203°, 31 de julio de 2002.**

El empleador que tiene 20 o más trabajadoras de cualquier edad o estado civil, tiene la obligación de tener salas anexas donde las mujeres pueden dar alimento a sus hijos menores de dos años y dejarlos mientras trabajan. El objetivo es permitir a la madre continuar su vida laboral y desarrollar su maternidad.

También, el empleador puede designar y pagar una sala cuna, pero si la trabajadora no lleva a su hijo ésta, no hay obligación de pagar el costo de aquella donde la madre lleve a su hijo, así como tampoco el costo que implique para la dependiente mantener a su hijo en su propio hogar.

LEY DE LA SILLA

**Código del Trabajo, artículo 193°, 31 de julio de 2002.**

Se estipula que en los sitios de trabajo, los empleadores deben contar con sillas a disposición de trabajadoras gestantes, con el objetivo de inhibir el cansancio provocado por la permanencia prolongada de pie.

El acceso es para todas las trabajadoras gestantes y la forma y condiciones en

que se ejerce este derecho figura en el reglamento interno.

#### IX.2.1.8 FIGURAS Y REDES DE APOYO A LA MUJER DURANTE LA GESTACIÓN

Los términos cuidar, cuidado formal (profesional), cuidado informal (familiar, provisto por amigos, vecinos o parientes), cuidado comunitario, redes informales de cuidados, cuidado personal, soporte social, ayuda informal y apoyo social, se han incorporado progresivamente a los documentos y terminología propia de la atención, del bienestar, de la política social, de las políticas de salud, de vejez, o de familia. Tales términos se utilizan a veces en una acepción similar y otras queriendo significar aspectos o matices distintos, incluso en ocasiones se añaden a esas nociones el término de voluntariado.<sup>[35]</sup>

El interés por el concepto de soporte social, se origina en los años 70 como una variable primordial en estudios del área de la salud, especialmente en el afrontamiento al estrés en situaciones de crisis.<sup>[36]</sup> Kaplan (1974), lo define en términos de lazos perdurables que desempeñan un papel importante en la integración psicológica y física de una persona. Para Beels, representa los factores existentes en el ambiente y que promueven el curso favorable de la enfermedad. Beigel, Naparstek y Khan (1980), exponen que los individuos se encuentran dentro de una red de relaciones sociales y éstas se vuelven importantes cuando proveen el apoyo necesario en situaciones de crisis en la vida en general.<sup>[36]</sup>

El segundo pilar se centra en la situación contextual del apoyo social y analiza tres áreas en las que podía darse el apoyo social. Desde el punto de vista comunitario, en el macro-nivel, el soporte social permite al individuo sentir que pertenece y está integrado en un sistema social. En un nivel más reducido, de sistemas o redes sociales, el meso-nivel, se ubica en la red de los vínculos personales, en cuyo interior, a menudo indirectamente, se dan afectos o apegos hacia lo demás. En el micro-nivel, en el que se dan vinculaciones muy íntimas y de confianza, se

consigue el soporte social no formal, que favorece el nacimiento de una necesidad de compromiso, la persona aguarda reciprocidad en la ayuda sintiéndose en parte responsable por el bienestar de los otros.<sup>[36]</sup>

Algunos de los estudios e investigaciones realizados sobre apoyo social en las últimas décadas, han mostrado que la asociación entre aislamiento social y falta de relaciones sociales supone un riesgo elevado de morbilidad y mortalidad.<sup>[37]</sup>

Se ha profundizado en los diferentes mecanismos de influencia de las redes de apoyo y se señala la evidencia de la relación entre apoyo social y salud, que se considera creciente. Las relaciones se han establecido en diferentes ámbitos: la salud física, bienestar psicológico, estrés laboral y desempleo, en el riesgo de maltrato infantil, en el éxito en integración comunitaria, en el entrenamiento de ciertas habilidades para influir en conductas arraigadas, en la superación de acontecimientos vitales que suponen pérdidas.<sup>[38]</sup>

Finalmente, cabe mencionar que aún queda mucho por investigar en esta área, puesto que el conocimiento de los factores protectores puede orientar a la comunidad médica a promover la protección de la maternidad en favor de la disminución del riesgo de parto prematuro. Por lo demás, es menester expandir la información que se tiene de este tema, puesto que la incidencia de parto prematuro se ha mantenido en Chile.

### IX.3 OBJETIVOS

#### IX.3.1 GENERAL

- Determinar si la protección legal, las figuras y redes de apoyo a la gestante se relacionan con el riesgo de parto prematuro.

#### IX.3.2 ESPECÍFICOS

1. Describir el contexto socioeconómico y psicoafectivo de las gestantes en estudio.

2. Identificar la presencia y disponibilidad de redes de apoyo durante la gestación en las mujeres en estudio.
3. Reconocer la existencia, el acceso y la utilización de marcos legales protectores a la maternidad durante el curso de la gestación en las mujeres en estudio.
4. Relacionar los factores en estudio con el riesgo de parto prematuro.

#### IX.4 VARIABLES DEL ESTUDIO

Tabla 10: Objetivo Específico 1

Variables del Contexto Socioeconómico	Definición	Dimensión	Indicador
Aspecto laboral.	Conjunto de variables que caracterizan la labor que desempeña la gestante.	Situación laboral.	Con trabajo. Trabajo por temporadas. Dueña de casa. Buscando trabajo/cesante. Estudiante
		Ingreso habitual.	Monto en pesos.
		Jornada laboral.	Jornada parcial. Jornada completa.
		Ambiente laboral.	Grato. Hostil. Indiferente.
		Contrato laboral.	SÍ/NO.
		Tipo de actividad.	

		<p>Sobrecarga Laboral.</p> <p>Ayuda económica</p> <p>Apoyo institución</p>	<p>Adecuada.</p> <p>Sedentaria.</p> <p>Intensa.</p> <p>SÍ/NO.</p> <p>SÍ/NO.</p> <p>SÍ/NO.</p>
Escolaridad.	Nivel de educación alcanzado por la mujer al momento de la gestación.	<p>Sin escolaridad.</p> <p>Básica.</p> <p>Media.</p> <p>Técnico.</p> <p>Superior.</p>	<p>SÍ/NO.</p> <p>SÍ/NO</p> <p>SÍ/NO</p> <p>SÍ/NO</p> <p>SÍ/NO</p>
Sustento Económico.	Origen ingresos que recibe la mujer durante la gestación.	<p>Propios.</p> <p>Externos.</p>	<p>SÍ/NO.</p> <p>Familia.</p> <p>Amigos.</p> <p>Estado.</p> <p>Otros.</p>
<b>Variables del Contexto Psicoafectivo</b>	<b>Definición</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>
Ambiente conflictivo.	Situación problemática que percibe y afecta a la mujer al momento de la gestación.	<p>Presencia</p> <p>Momento.</p>	<p>Sí/No</p> <p>Previo a la gestación.</p>

		<p>Lugar.</p> <p>Discriminación</p> <p>Rechazo</p> <p>Exclusión</p>	<p>Durante la gestación.</p> <p>Casa.</p> <p>Trabajo.</p> <p>SÍ.</p> <p>NO.</p> <p>A veces.</p> <p>SÍ/NO</p> <p>SÍ/NO</p>
<p>Situación de Pareja.</p>	<p>Vínculo afectivo y sexual vigente con una persona durante la gestación.</p>	<p>Relación de pareja.</p> <p>Estatus de pareja.</p> <p>Relación estable.</p> <p>Calidad de vida de pareja.</p>	<p>SÍ/NO.</p> <p>Casada.</p> <p>Soltera.</p> <p>Conviviente</p> <p>Separados.</p> <p>Puertas afuera.</p> <p>SÍ/NO</p> <p>Momento (durante).</p> <p>Buena.</p> <p>Mala.</p>

		Tipo de Apoyo	Regular.  Asistencia a controles prenatales.  Contención emocional.  Ayuda en labores Domésticas.
Situación de amistad.	Vínculo afectivo y vigente con una persona durante la gestación.	Presencia de amigos. Relación de amistad.  Apoyo de amigo.	SÍ/NO.  Buena. Mala. Regular.  Tipo.  Momento.
VIF	Todo acto de agresión intrafamiliar durante la gestación declarada por la mujer.	Tipo de VIF.	Física. Psicológica. Sexual.
Percepción del apoyo.	Momento de la gestación en que la mujer, desde su punto de vista, sintió que necesitaba más apoyo de su entorno.		Primer trimestre. Segundo trimestre. Tercer

Apoyo del entorno				trimestre. Primer y segundo trimestre. Primer y tercer trimestre. Segundo y tercer trimestre. Todos. SÍ/NO SÍ/NO SÍ/NO SÍ/NO
				Afectivo. Económico. Cuidados Prenatales. Material.
Variables del Contexto Demográfico	Definición	Dimensión	Indicador	Subindicador
Edad.	Número de años que posee la mujer al momento de la entrevista.		Nº de años.	
Paridad.	Número de partos que ha tenido la mujer en estudio con RN vivo o muerto.	Nulípara. Primípara. Multípara. Gran Multípara.	Nº de partos.	
Antecedente parto prematuro.	Antecedente de hijo previo menor a 37 semanas de gestación		Sí/No.	
MAC	Método	Anticonceptivos		

	anticonceptivo que usaba la mujer antes de embarazarse	orales. Anticonceptivos inyectables. Dispositivo intrauterino. Implante. Preservativo. Otro. No.		
Ciclo Vital.	Etapa del ciclo vital en el cual se encuentra la mujer al momento de la gestación.		Formación de la pareja y comienzo de la familia.  Etapa de crianza inicial de los hijos.  Familia con hijos preescolares.  Familia con hijos escolares.  Familia con hijos adolescentes.  Etapas media y terminal de la familia.	
Acceso a servicios básicos.	Identificación de saneamiento que posee la vivienda de la		Luz.  Agua.	Sí/NO  Sí/NO

	mujer.		Alcantarillado.	SÍ/NO
			Baño dentro de la casa.	SÍ/NO

Tabla 11: Objetivo Específico 2

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	SUBINDICADOR
Estructura Familiar.	Conjunto de personas que viven con la mujer, con o sin vínculo de consanguinidad durante la gestación.	Familia propia. Familia de la pareja. Familia acogida. Otra. Relación con familia directa. Relación con familia propia Tipo de familia	Sí/No. Sí/No. Sí/No. Según respuesta. Buena. Regular. Indiferente. Mala. Buena. Regular. Indiferente. Mala. Nuclear. Extensa. Otra.	
Acompañamiento de la pareja.	Nivel de presencia de la pareja de la mujer, durante la gestación.	Asistencia a controles prenatales. Contención emocional durante la gestación.	Siempre. A veces. Nunca. Siempre. A veces. Nunca.	

		Ayuda en labores domésticas.	Siempre. A veces. Nunca.	
Percepción de la relación con la matrona.	Tipo de vínculo que percibe la mujer con la matrona tratante durante el transcurso de la gestación.	Proximidad de la relación.	Cercana. Neutral. Distante. Otra.	
Participación en un grupo comunitario.	Participación de la mujer en algún grupo comunitario durante la gestación.	Tipo de grupo.  Nivel de participación.	Religioso. Deportivo. Artístico. Junta Vecinal. CESFAM. Centro educacional y/o laboral. Otros.  Siempre. A veces. Nunca.	SÍ/NO SÍ/NO SÍ/NO SÍ/NO SÍ/NO SÍ/NO  SÍ/NO

Tabla 12: Objetivo Especifico 3

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Sub-indicador
Beneficios legales.	Beneficios otorgados a la mujer durante la gestación que se encuentran estipulados por la ley y el Ministerio de Salud.	Conocimiento de la gestante.	Permiso prenatal.	SÍ/NO.
			Permiso prenatal prolongado.	SÍ/NO.
			Permiso prenatal Prorrogado.	SÍ/NO.
			Asignación familiar/Subsidio familiar.	SÍ/NO.
			Cambio de labores forzosas.	SÍ/NO.

			PNAC.	SÍ/NO.
			Ajuar.	SÍ/NO.
		Acceso.	Permiso prenatal.	SÍ/NO.
			Permiso prenatal prolongado.	SÍ/NO.
			Permiso prenatal Prorrogado.	SÍ/NO.
			Asignación familiar/Subsidio familiar.	SÍ/NO.
			Cambio de labores forzosas.	SÍ/NO.
			PNAC.	SÍ/NO.
			Ajuar.	SÍ/NO.
		Utilización.	Permiso prenatal.	SÍ/NO.
			Permiso prenatal prolongado.	SÍ/NO.
			Permiso prenatal Prorrogado.	SÍ/NO.
			Asignación familiar/Subsidio familiar.	SÍ/NO.
			Cambio de labores forzosas.	SÍ/NO.
			PNAC.	SÍ/NO.
			Ajuar.	SÍ/NO.
		Identificación	Permiso prenatal.	SÍ/NO.

			Permiso prenatal suplementario.	SÍ/NO.
			Permiso prenatal Prorrogado.	SÍ/NO.
			Asignación familiar/Subsidio familiar.	SÍ/NO.
			Cambio de labores forzosas.	SÍ/NO.
			PNAC.	SÍ/NO.
			Ajuar.	SÍ/NO.
Beneficios acordados con el empleador.	Beneficios otorgados por el empleador que se traducen en apoyo a la gestante.	Beneficios monetarios. Permisos especiales	SÍ/NO. SÍ/NO.	

## IX.5 HIPÓTESIS DEL ESTUDIO

### **Hipótesis principal:**

H0: Un contexto psicosocial carente de figuras, redes de apoyo y marcos legales protectores durante la gestación no se relaciona con un aumento del riesgo de parto prematuro.

H1: Un contexto psicosocial carente de figuras, redes de apoyo y marcos legales protectores durante la gestación se relaciona con un aumento del riesgo de parto prematuro.

### **Hipótesis específicas por probar:**

- A mayor edad materna, menor percepción de apoyo recibido.
- Las mujeres cuya gestación ha cursado con alto riesgo obstétrico, tienen mayor necesidad de apoyo que aquellas que cursan fisiológicamente la gestación.
- Un contexto psicosocial carente de apoyo durante la gestación, se relaciona con un aumento del riesgo de parto prematuro.
- Un contexto laboral carente de apoyo a la mujer en edad fértil, aumenta el riesgo de parto prematuro.
- Un contexto escolar carente de apoyo a la adolescente embarazada, aumenta el riesgo de parto prematuro.
- El desconocimiento y el no acceso a beneficios legales, aumentan el riesgo de parto prematuro.
- Problemáticas particulares durante la gestación (violencia intra-familiar, rupturas, abandono, discriminación, supresión de beneficios), se relacionan con un aumento del riesgo de parto prematuro.

## IX.6 MÉTODO

### IX.6.1 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### ENTREVISTA A LAS MADRES EN ESTUDIO

#### **“Influencia de la protección legal, figuras y redes de apoyo a la gestante en el riesgo de parto prematuro”**

N° Encuesta	
Nombre Encuestador/a	
Fecha	
Lugar	
Hora de inicio y término	
Caso/Control	
Nombre	
Rut	
Edad	
Nacionalidad	
Escolaridad	

Nombre RN	
-----------	--

1. Ciclo vital según edad:

Formación de la pareja y comienzo de la familia. \_\_\_

Etapas de crianza inicial de los hijos. \_\_\_

Familia con hijos preescolares. \_\_\_

Familia con hijos escolares. \_\_\_

Familia con hijos adolescentes. \_\_\_

Etapas media y terminal de la familia. \_\_\_

Antecedentes obstétricos:

2. Método Anticonceptivo: \_\_\_\_\_

3. Tipo de parto (Vía de parto): Vaginal \_\_\_\_\_ Cesárea \_\_\_\_\_ Aborto \_\_\_\_\_

4. Paridad (número de partos que usted ha tenido): \_\_\_\_\_

• Si es primípara pasar a pregunta 11.

5. ¿Ha tenido algún hijo(a) prematuro? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

*\*Si la respuesta anterior es afirmativa:*

5.1 Indique año en que nació su hijo: \_\_\_\_\_

5.2 Número de partos prematuros: \_\_\_\_\_

5.3 Tipo de prematuridad (si la hubo): \_\_\_\_\_

6. ¿Recuerda con cuántas semanas de gestación nació? \_\_\_\_\_

7. ¿Recuerda cuánto pesó \_\_\_\_\_ y midió su hijo(a) al momento de nacer? \_\_\_\_\_

8. Por lo tanto su hijo(a) al momento de nacer fue clasificado como (verificar el registro en la ficha si la tiene):

PEG (Pequeño para su edad gestacional) \_\_\_\_

AEG (Adecuado para su edad gestacional) \_\_\_\_

GEG (Grande para su edad gestacional) \_\_\_\_

En esta última gestación:

9. Esta gestación fue:

Planificada SÍ\_\_\_\_ NO\_\_\_\_

	Inicio	Término
Aceptada		
No deseada		
Ocultada		

10. ¿Tuvo usted algún control en Alto Riesgo Obstétrico? (mirar ficha clínica para corroborar)

SI \_\_\_\_ NO\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

11. ¿Recibió alguna atención médica (por alguna enfermedad) previa al parto en algún Centro de Salud, Urgencias u otras?

SI \_\_\_\_ ¿En cuál? \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_

12. ¿Estuvo hospitalizada durante el embarazo?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Motivo:

\_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Estuvo acompañada? SI \_\_ NO \_\_ ¿Por quién? \_\_\_\_\_

13. ¿Cómo siente que era su relación con su matrona de consultorio?

Cercana \_\_\_\_ Neutral \_\_\_\_ Distante \_\_\_\_ Otra \_\_\_\_

¿Por qué razón? - \_\_\_\_\_

Antecedentes familiares:

14. ¿Por quiénes se compone su familia de nacimiento?

\_\_\_\_\_

15. ¿Con qué personas de su familia mantuvo comunicación durante la gestación?

	SI	NO
Mamá		
Papá		
Hermano/a		
Otros		

16. ¿Con quién(es) vivió durante el embarazo?

Tipo de Familia	Integrantes		
		SI	NO
Nuclear	Madre		
Extendida	Padre		
Otra	Hermano/a		
	Abuelos		
	Pareja		

	Hijos		
	Otros		

17. Su casa cuenta con:

Agua\_\_\_ Luz\_\_\_ Alcantarillado\_\_\_ Baño en el interior de la casa\_\_\_

18. Con las personas que Ud. vivió. ¿Todos son de su familia directa?

SI \_\_\_ NO \_\_\_

19. Tipo de familia con la que vivió durante la gestación

Propia \_\_\_ De su pareja \_\_\_ De acogida \_\_\_ Otra \_\_\_\_\_

20. ¿Cómo definiría Ud. su relación con su: ...?

	Familia directa	Familia con quien vive
Buena		
Regular		
Mala		
Indiferente		

Ambiente conflictivo:

21. *Previo a la gestación:*

Presente \_\_ Ausente \_\_

22. *Actual:*

Presente \_\_\_\_ Ausente \_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_

¿Con \_\_\_\_\_ quién?

¿Cuáles?  
\_\_\_\_\_

23. ¿El conflicto se originó por motivo de su embarazo?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Quisiera explicarme \_\_\_\_\_

24. ¿Recibió distintos tipos de apoyo de alguna(as) persona(as) o familiar(es) durante la gestación?

	Afectivo	Económico	Cuidados Prenatales	Material (Obsequios)
Madre				
Padre				
Hermanos/as				
Hijos				
Tíos				
Abuelos				

Primos				
Matrona/ón				
Médico				
Amigos				
Vecinos				
Colegas o compañeros de curso				
	Ejemplos	Ejemplos	Ejemplos	Ejemplos
	Llamadas Visitas Diálogos Acompaña a controles	Nada A veces Todo	Ayuda doméstica	Cuna Pañales Ropa

25. Desde su opinión, ¿en qué momento de la gestación necesito usted más apoyo?

1° trimestre \_\_\_\_ 2° trimestre \_\_\_\_ 3° trimestre \_\_\_\_

¿Por  
qué? \_\_\_\_\_

Sobre la pareja:

26. ¿Tuvo pareja durante la gestación?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ ¿Cuántas? \_\_\_\_

	Status de la pareja	Duración de la relación	Actual	
			SI	NO
1°				
2°				

27. Estatus actual de la pareja (estado civil):

Soltera\_\_ Casada\_\_ Conviviente \_\_ Separados \_\_ Puertas Afuera \_\_\_\_

Tiempo (en años o meses):\_\_\_\_\_

28. La relación de pareja durante la gestación, fue:

Estable \_\_ Ocasional \_\_

29. ¿Cómo calificaría la vida de pareja que llevaba durante la gestación?

Buena \_\_ Mala \_\_ Regular \_\_

¿Por qué?\_\_\_\_\_

*\*Si la relación de pareja fue estable:*

30. ¿Fue acompañada y apoyada por su pareja?

	Siempre	A veces	Nunca	
Controles prenatales				Acompañada
				Apoyada
Apoyo emocional				Acompañada
				Apoyada
Ayuda en labores domésticas				Acompañada
				Apoyada
Apoyo económico				Acompañada
				Apoyada

Sobre los amigos:

31. ¿Tuvo la compañía de amigos durante la gestación?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

32. ¿Cómo calificaría la relación de amistad que llevaba?

Buena \_\_\_\_ Mala \_\_\_\_ Regular \_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

33. ¿Fue acompañada y apoyada por amigos a...?

Controles prenatales:

Siempre \_\_\_ A veces \_\_\_ Nunca \_\_\_

Apoyo emocional:

Siempre \_\_\_ A veces \_\_\_ Nunca \_\_\_

Apoyo económico:

Siempre \_\_\_ A veces \_\_\_ Nunca \_\_\_

Antecedentes laborales durante el embarazo:

34. Actividad/ocupación/profesión: \_\_\_\_\_

35. ¿Cuál era su situación laboral durante la gestación?

Sin trabajo \_\_\_: Dueña de casa \_\_\_ Estudiante \_\_\_

Con trabajo \_\_\_: Trabajo estable \_\_\_ Trabajo por temporadas\_\_\_

\*Si fue estudiante durante la gestación:

¿En qué nivel?\_\_\_\_\_

36. ¿La institución educacional le facilitó la relación entre su embarazo y sus estudios? (explique)

\_\_\_\_\_

37. ¿Cómo siguió con sus estudios?

Prosiguió con regularidad\_\_\_ Prosiguió con inasistencias\_\_\_

Interrumpió \_\_\_ Congeló \_\_\_ Terminó \_\_\_ Repitió \_\_\_ Adecuación \_\_\_

Motivos:

\_\_\_\_\_

Situación laboral durante la gestación:

38. ¿Cuál era su jornada laboral?

Jornada completa \_\_\_\_ Media jornada \_\_\_\_ Fines de semana \_\_\_\_ Otros \_\_\_\_

39. ¿Tenía un trabajo remunerado?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Monto mensual aproximado de la remuneración \$ \_\_\_\_\_

40. ¿Recibió algún otro tipo de ingreso o ayuda económica?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Frecuencia de la ayuda: Mensual \_\_\_\_ A veces \_\_\_\_

Monto aproximado al mes \$ \_\_\_\_\_

De quién:

Familia \_\_\_\_ Pareja \_\_\_\_ Amigos \_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Otros \_\_\_\_

41. ¿Tuvo licencia/s médica/s estando embarazada?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Tiempo: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

42. ¿Usted tenía contrato laboral?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

\*Si la respuesta anterior es sí:

43. ¿Con qué tipo de contrato laboral trabajaba Ud.?

Boleta \_\_\_\_ Honorario \_\_\_\_ Contrato a Plazo Fijo \_\_\_\_ Contrato Indefinido \_\_\_\_

44. ¿Cómo calificaría la actividad diaria que Ud. realizaba en su trabajo?

Sedentaria \_\_\_ Adecuada \_\_\_ Intensa \_\_\_

45. ¿Cree Ud. que en su trabajo tuvo sobrecarga laboral?

SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

46. ¿Cómo definiría Ud. el ambiente laboral con el que convivió?

Grato \_\_\_ Hostil \_\_\_ Indiferente \_\_\_

Beneficios legales:

47. ¿Tiene Ud. Conocimiento propio de beneficios de la madre y/o del niño?

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Nombrar:

	Conocimiento		Identificación		Acceso		Utilización	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Permiso prenatal								
Permiso prenatal suplementario								
Permiso prenatal prorrogado								

Asignación familiar/Subsidio familiar								
Cambio de labores forzosas								
PNAC								
Ajuar								

Otros:

¿Cuáles?

48. ¿Recibió beneficios por parte de su empleador?

Aspecto monetario:

Aumento de sueldo \_\_\_ Bonificaciones específicas \_\_\_ Ninguno \_\_\_

¿Modificó el horario de trabajo?

Disminución \_\_\_ Flexibilidad \_\_\_ Permisos \_\_\_ Ninguno \_\_\_

Permisos especiales:

Siempre otorgados \_\_\_ A veces otorgados \_\_\_ Nunca \_\_\_

Antecedentes personales y psicosociales en relación a la gestación:

49. ¿Sintió rechazo o abandono durante su embarazo?

SI \_\_\_ NO \_\_\_

*\*Si la respuesta anterior es afirmativa:*

¿Por parte de quién o quiénes?

---

¿A través de qué acciones lo percibió?

---

50. ¿Durante su embarazo sufrió Ud. algún tipo de violencia intrafamiliar?

Física SI \_\_\_ NO \_\_\_

Psicológica SI \_\_\_ NO \_\_\_

Sexual SI \_\_\_ NO \_\_\_

51. ¿Durante su embarazo se sintió excluida de su entorno?

SI \_\_\_ NO \_\_\_ A veces \_\_\_

¿Por quiénes? \_\_\_\_\_

¿En qué situaciones? \_\_\_\_\_

52. ¿Durante su embarazo se sintió discriminada por su entorno?

SI \_\_\_ NO \_\_\_ A veces \_\_\_

¿Por quién o quiénes? \_\_\_\_\_

¿En qué situaciones? \_\_\_\_\_

*\*Si la respuesta es Sí:*

53. ¿Esta discriminación la llevó a hacer cambios en su vida cotidiana?

¿Cuáles?

---

54. ¿Participó de algún grupo comunitario o institución?

SI \_\_\_ NO \_\_\_

Tipo:

Religioso \_\_\_ Deportivo \_\_\_ Artístico \_\_\_ Junta vecinal \_\_\_ CESFAM \_\_\_

Centro educacional y/o laboral \_\_\_ Otro \_\_\_

Nivel de participación:

Regularmente \_\_\_ A veces \_\_\_ Nunca \_\_\_

## IX.6.2 CONSENTIMIENTOS

**Consentimiento informado para padres o tutores:** Utilizado en Hospital Carlos Van Buren y en Clínica Ciudad del Mar.

08 SEP 2015

Universidad de Valparaíso  
CHILE

Comité de Ética Científica  
SERVICIO DE SALUD  
VALPARAISO SAN ANTONIO

### Consentimiento Informado para Padres o Tutores

Tenemos el agrado de invitarle a participar en la investigación "Influencia de la protección legal, figuras y redes de apoyo a la gestante en el riesgo de parto prematuro en Valparaíso y Viña del Mar, año 2015", cuya investigadora principal es la Dra. Paulina López, académico de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso. Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos necesarios para la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su colaboración o la de su hija o pupila.

1. La investigación se realiza en el servicio de puerperio de cuatro maternidades de la región: Hospital Gustavo Fricke, Hospital Naval, Clínica Ciudad del Mar y Hospital Carlos van Buren en el año 2015.
2. El estudio aportará al progreso del conocimiento en el tema del parto y nacimiento prematuros, los resultados servirán de base para futuras investigaciones, lo cual nos dará herramientas para una mejor atención en salud durante el período de gestación.
3. El objetivo es analizar si la protección legal, figuras y redes de apoyo a la gestante se relacionan con el riesgo de parto prematuro.
4. Si usted acepta la participación, su hija o pupila responderá una entrevista a una de las investigadoras. La entrevista tiene varios ítems que su hija o pupila debe contestar de acuerdo con su propia realidad. La entrevista dura aproximadamente 35 minutos y será realizada durante su estadía en la Unidad de Puerperio del hospital. En caso de que sea necesario, se solicitará información a través de la matrona tratante siempre resguardando su privacidad y anonimato.
5. Esta investigación no tiene costo para usted o su hija o pupila. Asimismo, usted no se recibirá compensación económica por la participación en este estudio.
6. Esta investigación no representa riesgo para usted o su hija o pupila. Si durante la aplicación del cuestionario, la participante tiene alguna necesidad de atención particular, puede formularla a la persona que recoge la información, quien la transmitirá a su médico o matrona tratante. En caso de descompensación psicológica asociada con la investigación, será atendida en el Centro Gratuito de Atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso, siendo coordinador de dicho centro don Javier Morán Kneer. Cabe destacar que las tesisistas se encuentran capacitadas para dar contención psicológica. En caso necesario, se dará aviso al equipo tratante y a la matrona coordinadora del servicio.
7. La participación de su hija o pupila es completamente voluntaria; si desea retirarse de la investigación puede hacerlo en cualquier momento y esto no alterará en forma alguna su atención de salud. Si hay alguna pregunta hecha por el investigador que la incomode o que no desee responder, puede manifestar su desacuerdo o no responder, sin que esto sea un inconveniente para usted y/o la investigación.
8. El hecho de participar en esta investigación no modifica los derechos como paciente que le otorga la ley. Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio puede llamar a la investigadora responsable en Valparaíso Profesora Paulina López, Doctora en Salud Pública, al teléfono: 32-2503150, e-mail [paulina.lopez@uv.cl](mailto:paulina.lopez@uv.cl); o con sus co-investigadoras Macarena Brito S, e-mail [macarena.brito@uv.cl](mailto:macarena.brito@uv.cl); Silvia Fuentes S, e-mail [silvia.fuentes@uv.cl](mailto:silvia.fuentes@uv.cl); María

08 SEP 2015



Henríquez Mondaca, e-mail [maria.henriquez@uv.cl](mailto:maria.henriquez@uv.cl); Macarena Lama G, e-mail [macarena.lama@uv.cl](mailto:macarena.lama@uv.cl); Tamara Pérez P, e-mail [tamara.perez@uv.cl](mailto:tamara.perez@uv.cl); Cristina Pizarro O, e-mail [cristina.pizarro@uv.cl](mailto:cristina.pizarro@uv.cl).

9. Toda la información derivada de este estudio será conservada en estricta confidencialidad y resguardada por la investigadora responsable. Así mismo, cualquier publicación o comunicación científica de los resultados será completamente anónima.
10. Los resultados obtenidos serán publicados en la tesis, para optar al grado de licenciados en Obstetricia y Puericultura. Usted podrá acceder a los resultados de ésta, en la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso a partir de diciembre del presente año.
11. Esta investigación ha sido evaluada y aprobada por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, puede contactar a alguno de sus integrantes con su secretaria administrativa, Sra. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370. Asimismo, esta investigación ha sido aprobada por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio. Puede contactar con su Secretaria Ejecutiva, Dra. Mariana Cubillos, al número 32-257 65 81, o al E-mail: [comiteetica.ssvsa@redsalud.gov.cl](mailto:comiteetica.ssvsa@redsalud.gov.cl) en caso de tener alguna duda acerca de sus derechos como participante en esta investigación.

08 SEP 2015



Acta de Consentimiento Informado para Padres o Tutores

Yo, ..... C.I. ....  
..... (padre o tutor o apoderado) de  
..... (nombre y apellidos de la menor) DECLARO que la  
investigadora principal académico de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de  
Valparaíso, Paulina López Orellana y las estudiantes Macarena Brito, Silvia Fuentes, María Henríquez,  
Macarena Lama, Tamara Pérez y Cristina Pizarro alumnas de la carrera de Obstetricia y Puericultura  
de la Universidad de Valparaíso, me han informado en forma completa y por escrito en qué consiste la  
investigación "Influencia de la protección legal, figuras y redes de apoyo a la gestante en el riesgo  
de parto prematuro en Valparaíso y Viña del Mar, año 2015", que se llevará a cabo en cuatro  
maternidades de la región: Hospital Gustavo Fricke, Hospital Naval, Clínica Ciudad del Mar, Hospital  
Carlos van Buren. He sido informada en qué consistirá la participación de mi hija o pupila. Entiendo  
que poseo el derecho de revocar mi consentimiento sin que esta decisión pueda ocasionar algún  
perjuicio.  
De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando voluntariamente la  
participación de mi hija o pupila en esta investigación. Recibo una copia completa de este documento.

Nombre y Firma Padre o Tutor

C.I.:

Fecha:

Nombre y Firma Investigador Responsable

C.I.: 802.9241-4

Título/grado: Matrona, Doctora en Salud Pública

Fecha: 03 Septiembre 2015

Nombre y Firma Director del Establecimiento o su Delegado

C.I.:

Fecha:

Valparaíso, ..... de ..... de 201...

## Asentimiento informado para Participantes de Investigación: Utilizado en Hospital Carlos Van Buren y Clínica Ciudad del Mar.

08 SEP 2015

Universidad de Valparaíso  
CHILE

SERVICIO DE SALUD  
Comité de Ética Científica  
VALPARAISO SAN ANTONIO

### Asentimiento Informado para Participantes de Investigación

Tenemos el agrado de invitarla a participar en la investigación "Influencia de la protección legal, figuras y redes de apoyo a la gestante en el riesgo de parto prematuro en Valparaíso y Viña del Mar, año 2015", cuya investigadora principal es la Dra. Paulina López, Docente de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso. Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos necesarios para la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su colaboración:

1. La investigación se realiza en el servicio de puerperio de cuatro maternidades de la región: Hospital Gustavo Fricke, Hospital Naval, Clínica Ciudad del Mar, Hospital Carlos van Buren.
2. Este estudio aportará al progreso del conocimiento en el tema del parto y nacimiento prematuro, los resultados servirán de base para futuras investigaciones, lo cual nos dará herramientas para una mejor atención en salud durante el período de gestación.
3. El objetivo de la investigación es analizar si la protección legal, figuras y redes de apoyo a la gestante se relacionan con el riesgo de parto prematuro.
4. Si usted acepta participar en esta investigación, responderá una entrevista a una de las investigadoras. La entrevista tiene varias preguntas que usted debe contestar de acuerdo con su propia realidad. La entrevista dura aproximadamente 35 minutos y será realizada durante su estadía en la Unidad de Puerperio del hospital. En caso de que sea necesario, se solicitará información a través de la matrona tratante siempre resguardando su privacidad y anonimato.
5. Esta investigación no tiene costo para usted. Asimismo usted no recibirá ningún tipo de pago por su participación en este estudio.
6. Esta investigación no representa riesgo para usted. Si durante la aplicación de las preguntas, tiene alguna necesidad de atención particular, puede decirle a la persona que recoge la información, quien la transmitirá a su médico o matrona tratante. En caso de descompensación psicológica asociada con la investigación, usted podrá ser atendida en el Centro Gratuito de Atención Psicológica de la Universidad Valparaíso, siendo coordinador de dicho centro don Javier Morán Kneer. Cabe destacar, que los tesisistas se encuentran capacitados para dar contención psicológica. En caso necesario, se dará aviso al equipo tratante y a la matrona coordinadora del servicio.
7. Su participación es completamente voluntaria, si desea retirarse de la investigación puede hacerlo en cualquier momento, lo anterior no afectará en forma alguna su atención en salud. Si hay alguna pregunta hecha por el investigador que la incomode o que no desee responder puede manifestar su desacuerdo o no responder, sin que esto sea un inconveniente para usted y/o la investigación.
8. Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio, puede llamar a la investigadora responsable en Valparaíso Profesora Paulina López, Doctora en Salud Pública, al teléfono: 32-2503150, e-mail [paulina.lopez@uv.cl](mailto:paulina.lopez@uv.cl); o con sus co-investigadoras Macarena Brito S, e-mail [macarena.brito@uv.cl](mailto:macarena.brito@uv.cl); Sílvia Fuentes S, e-mail [silvia.fuentes@uv.cl](mailto:silvia.fuentes@uv.cl); María Henríquez Mondaca, e-mail [maria.henriquez@uv.cl](mailto:maria.henriquez@uv.cl); Macarena Lama G, e-mail [macarena.lama@uv.cl](mailto:macarena.lama@uv.cl); Tamara Pérez P, e-mail [tamara.perez@uv.cl](mailto:tamara.perez@uv.cl); Cristina Pizarro O, e-mail [cristina.pizarro@uv.cl](mailto:cristina.pizarro@uv.cl).
9. Toda la información derivada de este estudio será conservada en estricta confidencialidad y resguardada por la investigadora responsable. Asimismo, cualquier publicación o comunicación científica de los resultados se hará en completo resguardo de su identidad.

08 SEP 2015



10. Los resultados obtenidos serán publicados en la tesis, para optar al grado de Licenciado en Obstetricia y Puericultura. Usted podrá acceder a los resultados de ésta, en la Biblioteca de la Facultad de Medicina a partir de diciembre del presente año.
11. Esta investigación ha sido evaluada y aprobada por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, puede contactar a alguno de sus integrantes con su secretaria administrativa, Sra. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370. Asimismo, esta investigación ha sido aprobada por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio. Puede contactar con su Secretaria Ejecutiva, Dra. Mariana Cubillos, al número 32-257 65 81 o al E-mail: [comiteetica.sevsa@redsalud.gov.cl](mailto:comiteetica.sevsa@redsalud.gov.cl) en caso de tener alguna duda acerca de sus derechos como participante en esta investigación.

08 SEP 2015



Acta de Asentimiento Informado

Yo, \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

DECLARO que la investigadora principal Docente de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso, Paulina López Orellana y las co-investigadoras Macarena Brito, Sivia Fuentes, María Henríquez, Macarena Lama, Tamara Pérez y Cristina Pizarro alumnas de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso, me han informado en forma completa y por escrito en qué consiste la investigación "Influencia de la protección legal, figuras y redes de apoyo a la gestante en el riesgo de parto prematuro en Valparaíso y Viña del Mar, año 2015", que se llevará a cabo en cuatro maternidades de la región: Hospital Gustavo Frick, Hospital Naval, Clínica Ciudad del Mar, Hospital Carlos Van Buren. He sido informada en qué consistirá mi participación. Entiendo que poseo el derecho de revocar mi consentimiento sin que esta decisión pueda ocasionar algún perjuicio. De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando voluntariamente mi participación en esta investigación. Recibo una copia completa de este documento.

Nombre y Firma Participante

C.I.:

Fecha:

Nombre y Firma Investigador Responsable

C.I.: 8029241-4

Título/grado: *Nacional, Doctora en Salud Pública*

Fecha: *23-Septiembre 2015*


Nombre y Firma Director del Establecimiento o su Delegado

C.I.:


Fecha:

Valparaíso, ..... de ..... de 201...

## Consentimiento Informado para Madres Participantes: Utilizado en Hospital Carlos Van Buren y Clínica Ciudad del Mar.

 **Universidad de Valparaíso**  
CHILE

08 SEP 2015



**Consentimiento Informado para Madres Participantes**

Tenemos el agrado de invitarle a participar en la investigación "Influencia de la protección legal, figuras y redes de apoyo a la gestante en el riesgo de parto prematuro en Valparaíso y Viña del Mar, año 2015", cuya investigadora principal es la Dra. Paulina López, académica de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso. Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos necesarios para la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su colaboración.

1. La investigación se realiza en el servicio de puerperio de cuatro maternidades de la región: Hospital Gustavo Fricke, Hospital Naval, Clínica Ciudad del Mar y Hospital Carlos van Buren en el año 2015.
2. El estudio aportará al progreso del conocimiento en el tema del parto y nacimiento prematuros, los resultados servirán de base para futuras investigaciones, lo cual nos dará herramientas para una mejor atención en salud durante el período de gestación.
3. El objetivo es analizar si la protección legal, figuras y redes de apoyo a la gestante se relacionan con el riesgo de parto prematuro.
4. Si usted acepta participar en esta investigación, responderá una entrevista a una de las investigadoras. La entrevista tiene varios ítems que usted debe contestar de acuerdo con su propia realidad. La entrevista dura aproximadamente 35 minutos y será realizada durante su estadía en la Unidad de Puerperio del hospital. En caso de que sea necesario, se solicitará información a través de la matrona tratante siempre resguardando su privacidad y anonimato.
5. Esta investigación no tiene costo para usted. Asimismo, usted no se recibirá compensación económica por la participación en este estudio.
6. Esta investigación no representa riesgo para usted. Si durante la aplicación del cuestionario tiene alguna necesidad de atención particular, puede formularla a la persona que recoge la información, quien la transmitirá a su médico o matrona tratante. En caso de descompensación psicológica asociada con la investigación, será atendida en el Centro Gratuito de Atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso, siendo coordinador de dicho centro don Javier Morán Kneer. Cabe destacar que las tesis se encuentran capacitadas para dar contención psicológica. En caso necesario, se dará aviso al equipo tratante y a la matrona coordinadora del servicio.
7. Su participación es completamente voluntaria, si desea retirarse de la investigación puede hacerlo en cualquier momento y esto no alterará en forma alguna su atención de salud. Si hay alguna pregunta hecha por el investigador que le incomode o que no desee responder, puede manifestar su desacuerdo o no responder, sin que esto sea un inconveniente para usted y/o la investigación.
8. El hecho de participar en esta investigación no modifica los derechos como paciente que le otorga la ley. Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio puede llamar a la investigadora responsable en Valparaíso Profesora Paulina López, Doctora en Salud Pública, al teléfono: 32-2503150, e-mail [paulina.lopez@uv.cl](mailto:paulina.lopez@uv.cl); o con sus co-investigadoras Macarena Brito S, e-mail [macarena.brito@uv.cl](mailto:macarena.brito@uv.cl); Silvia Fuentes S, e-mail [silvia.fuentes@uv.cl](mailto:silvia.fuentes@uv.cl); María Henríquez Mondaca, e-mail [maria.henriquez@uv.cl](mailto:maria.henriquez@uv.cl); Macarena Lema G, e-mail

08 SEP 2015



[macarena.lama@uv.cl](mailto:macarena.lama@uv.cl); Tamara Pérez P, e-mail [tamara.perez@uv.cl](mailto:tamara.perez@uv.cl); Cristina Pizarro O, e-mail [cristina.pizarro@uv.cl](mailto:cristina.pizarro@uv.cl).

9. Toda la información derivada de este estudio será conservada en estricta confidencialidad y resguardada por la investigadora responsable. Asimismo, cualquier publicación o comunicación científica de los resultados se hará en completo resguardo de su identidad.
10. Los resultados obtenidos serán publicados en la tesis, para optar al grado de licenciados en Obstetricia y Puericultura. Usted podrá acceder a los resultados de ésta, en la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso a partir de diciembre del presente año.
11. Esta investigación ha sido evaluada y aprobada por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, puede contactar a alguno de sus integrantes con su secretaria administrativa, Sra. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370. Asimismo, esta investigación ha sido aprobada por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio. Puede contactar con su Secretaria Ejecutiva, Dra. Marianna Cubillos, al número 32-257 65 81 o al E-mail: [comiteetica.ssvsa@redsalud.gov.cl](mailto:comiteetica.ssvsa@redsalud.gov.cl) en caso de tener alguna duda acerca de sus derechos como participante en esta investigación.

08 SEP 2015



Acta de Consentimiento Informado para Participantes

Yo,..... C.I.....  
DECLARO que la investigadora principal académico de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso, Paulina López Orellana y las estudiantes Macarena Brito, Silvia Fuentes, María Henríquez, Macarena Lama, Tamara Pérez y Cristina Pizarro alumnas de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso, me han informado en forma completa y por escrito en qué consiste la investigación "Influencia de la protección legal, figuras y redes de apoyo a la gestante en el riesgo de parto prematuro en Valparaíso y Viña del Mar, año 2015", que se llevará a cabo en cuatro maternidades de la región: Hospital Gustavo Fricke, Hospital Naval, Clínica Ciudad del Mar, Hospital Carlos van Buren. He sido informada en qué consistirá mi participación. Entiendo que poseo el derecho de revocar mi consentimiento sin que esta decisión pueda ocasionar algún perjuicio.

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando voluntariamente mi participación en esta investigación. Recibo una copia completa de este documento.

Nombre y Firma Participante  
C.I.:  
Fecha:

Nombre y Firma Investigador Responsable

C.I.: 8029241-4

Título/grado: Matrona, Doctora en Salud Pública

Fecha: 23 - septiembre 2015

Nombre y Firma Director del Establecimiento o su Delegado

C.I.:

Fecha:

Valparaíso..... de ..... de 201...

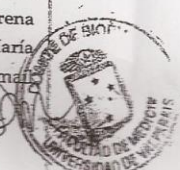
## Consentimiento Informado para Madres Participantes: Utilizado en Hospital Gustavo Fricke.

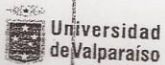
Universidad  
de Valparaíso  
CHILE

### Consentimiento Informado para Madres Participantes

Tenemos el agrado de invitarle a participar en la investigación "Influencia de la protección legal, figuras y redes de apoyo a la gestante en el riesgo de parto prematuro en Valparaíso y Viña del Mar, año 2015", cuya investigadora principal es la Dra. Paulina López, académico de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso. Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos necesarios para la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su colaboración.

1. La investigación se realiza en el servicio de puerperio de cuatro maternidades de la región: Hospital Gustavo Fricke, Hospital Naval, Clínica Ciudad del Mar y Hospital Carlos van Buren en el año 2015.
2. El estudio aportará al progreso del conocimiento en el tema del parto y nacimiento prematuros, los resultados servirán de base para futuras investigaciones, lo cual nos dará herramientas para una mejor atención en salud durante el período de gestación.
3. El objetivo es analizar si la protección legal, figuras y redes de apoyo a la gestante se relacionan con el riesgo de parto prematuro.
4. Si usted acepta participar en esta investigación, responderá una entrevista a una de las investigadoras. La entrevista tiene varios ítems que usted debe contestar de acuerdo con su propia realidad. La entrevista dura aproximadamente 35 minutos y será realizada durante su estadía en la Unidad de Puerperio del hospital. En caso de que sea necesario, se solicitará información a través de la matrona tratante siempre resguardando su privacidad y anonimato.
5. Esta investigación no tiene costo para usted. Asimismo, usted no se recibirá compensación económica por la participación en este estudio.
6. Esta investigación no representa riesgo para usted. Si durante la aplicación del cuestionario tiene alguna necesidad de atención particular, puede formularla a la persona que recoge la información, quien la transmitirá a su médico o matrona tratante. En caso de descompensación psicológica asociada con la investigación, será atendida en el Centro Gratuito de Atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso, siendo coordinador de dicho centro don Javier Morán Kneer. Cabe destacar, que las tesis se encuentran capacitadas para dar contención psicológica. En caso necesario, se dará aviso al equipo tratante y a la matrona coordinadora del servicio.
7. Su participación es completamente voluntaria, si desea retirarse de la investigación puede hacerlo en cualquier momento y esto no alterará en forma alguna su atención de salud. Si hay alguna pregunta hecha por el investigador que la incomode o que no desee responder, puede manifestar su desacuerdo o no responder, sin que esto sea un inconveniente para usted y/o la investigación.
8. El hecho de participar en esta investigación no modifica los derechos como paciente que le otorga la ley. Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio puede llamar a la investigadora responsable en Valparaíso Profesora Paulina López, Doctora en Salud Pública, al teléfono: 32-2503150, e-mail [paulina.lopez@uv.cl](mailto:paulina.lopez@uv.cl); o con sus co-investigadoras Macarena Brito S, e-mail [macarena.brito@uv.cl](mailto:macarena.brito@uv.cl); Silvia Fuentes S, e-mail [silvia.fuentes@uv.cl](mailto:silvia.fuentes@uv.cl); María Henríquez Mondaca, e-mail [maria.henriquez@uv.cl](mailto:maria.henriquez@uv.cl); Macarena Lama G, e-mail [macarena.lama@uv.cl](mailto:macarena.lama@uv.cl).





Universidad de Valparaíso

~~maria.lama@uv.cl~~; Tamara Pérez P, e-mail [tamara.perez@uv.cl](mailto:tamara.perez@uv.cl); Cristina Pizarro O, e-mail [cristina.pizarro@uv.cl](mailto:cristina.pizarro@uv.cl).

9. Toda la información derivada de este estudio será conservada en estricta confidencialidad y resguardada por la investigadora responsable. Asimismo, cualquier publicación o comunicación científica de los resultados se hará en completo resguardo de su identidad.
10. Los resultados obtenidos serán publicados en la tesis, para optar al grado de licenciados en Obstetricia y Puericultura. Usted podrá acceder a los resultados de ésta, en la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso a partir de diciembre del presente año.
11. Esta investigación ha sido evaluada y aprobada por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, puede contactar a alguno de sus integrantes con su secretaria administrativa, Sra. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370. Asimismo, esta investigación ha sido aprobada por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio. Puede contactar con su Secretaria Ejecutiva, Dra. Mariana Cubillos, al número 32-257 65 81.

*FM*



### Acta de Consentimiento Informado para Participantes

Yo, ..... C.I. ....

DECLARO que la investigadora principal académico de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso, Paulina López Orellana y las estudiantes Macarena Brito, Silvia Fuentes, María Henríquez, Macarena Lama, Tamara Pérez y Cristina Pizarro alumnas de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso, me han informado en forma completa y por escrito en qué consiste la investigación "Influencia de la protección legal, figuras y redes de apoyo a la gestante en el riesgo de parto prematuro en Valparaíso y Viña del Mar, año 2015", que se llevará a cabo en cuatro maternidades de la región: Hospital Gustavo Fricke, Hospital Naval, Clínica Ciudad del Mar, Hospital Carlos van Buren. He sido informada en qué consistirá mi participación. De acuerdo a lo explicado en el Consentimiento Informado, entiendo que:

1. El objetivo de la investigación es analizar si la protección legal, las figuras y redes de apoyo a la gestante se relacionan con el riesgo de parto prematuro, y será útil, ya que aportará al progreso del conocimiento en el tema, los resultados servirán de base para futuras investigaciones en la materia, lo cual nos dará herramientas para una mejor atención en salud durante el período de gestación.
2. Mi participación es voluntaria y consistirá en una entrevista que será aplicada por una de las investigadoras. Dicha entrevista tiene varios ítems que se deben contestar de acuerdo a mi realidad. El tiempo que dura la aplicación es de aproximadamente 35 minutos. En caso de que sea necesario, se solicitará información a través de la matrona tratante siempre resguardando su privacidad y anonimato.
3. La investigación no ofrece riesgo alguno para mí. En caso de ser necesario, en relación a esta investigación podré ser derivada al Centro Gratuito de Atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso, siendo coordinador de dicho centro don Javier Morán Kneer. Cabe destacar, que las tesisistas se encuentran capacitadas para dar contención psicológica. Por su parte, se dará aviso al equipo tratante y a la matrona coordinadora del servicio.
4. Los datos obtenidos serán confidenciales, es decir, mi nombre no será dado a conocer, mis datos sólo serán utilizados en este proyecto de investigación y en otras que no se alejen de los propósitos de este estudio. Los resultados podrán ser presentados en publicaciones de tipo académico-científico, resguardando mi identidad. Además, entiendo que tendré acceso a los resultados, si así lo requiero.
5. No recibiré remuneración alguna por participar en este estudio y tampoco tendré que asumir gasto alguno.
6. Podré retirar mi participación si lo considerara necesario en cualquier momento sin que ello implique perjuicio alguno para mí.
7. Si me surgiera alguna duda, podré consultarla a la investigadora principal Dra. Paulina López, en cualquier momento de la investigación, a quien podré contactar en el fono 32-2503150 o al mail: [paulina\\_lopez@uv.cl](mailto:paulina_lopez@uv.cl), [proteccionyredes.pp2014@gmail.com](mailto:proteccionyredes.pp2014@gmail.com).
8. El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina ha evaluado esta investigación y podré contactar a alguno de sus integrantes a través de su secretaria administrativa, Sra. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370. Asimismo, esta investigación ha sido aprobada por el Comité Ético Científico del



Universidad  
de Valparaíso

Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, y podrá contactar con su Secretaria Ejecutiva, Dra.  
Mariana Cubillos, al número 32-257 65 81.

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando mi participación en esta  
investigación. Recibo una copia completa de este documento.

Nombre y Firma Participante

C.I.:

Fecha:



Nombre y Firma Director del Establecimiento o su Delegado

Fecha:

Nombre y Firma Investigador Responsable

C.I.: 8029241-4

Título/grado: Matrona - Doctora en Salud Pública

Fecha: 7 - Septiembre 2015



Valparaíso, ..... de ..... de 201...

## IX.7 RESULTADOS (TABLAS)

**OBJETIVO N1:** Describir el contexto socioeconómico y psicoafectivo de las gestantes en estudio.

**Tabla N°1:**

<b>Situación laboral</b>	Con trabajo	Trabajo por temporadas	Dueña de casa	de Estudiante	Buscando/cesante	Total
Casos	26	0	18	4	0	48
Controles	20	0	22	5	0	47
Total	46	0	40	9	0	95

**Tabla N°2:**

<b>Ingreso mensual</b>	Promedio	Desviación estándar	Mediana	Rango
<b>Casos</b>	<b>356.200</b>	<b>203.400</b>	<b>300.000</b>	<b>50.000 - 800.000</b>
<b>Controles</b>	<b>325.611</b>	<b>212.000</b>	<b>300.000</b>	<b>50.000 - 740.000</b>

**Tabla N°3:**

<b>Jornada Laboral</b>	Fin de semana	Media jornada	Jornada completa	Total
Casos	2	4	21	27
Controles	1	6	12	19
Total	3	10	33	46

**Tabla N°4:**

<b>Ambiente Laboral</b>	Grato	Indiferente	Hostil	Total
Casos	24	3	1	28
Controles	16	0	2	18
Total	40	3	3	46

**Tabla N°5:**

<b>Contrato Laboral</b>	Sí	No	Total
Casos	21	6	27
Controles	12	7	19
Total	33	13	46

**Tabla N°6:**

<b>Tipo de Actividad</b>	Adecuada	Sedentaria	Intensa	Total
Casos	10	1	16	27
Controles	8	1	9	18
Total	18	2	25	45

**Tabla N°7:**

<b>Sobrecarga Laboral</b>	Sí	No	Total
Casos	15	12	27
Controles	7	11	18
Total	22	23	45

**Tabla N°8:**

<b>Ayuda Económica</b>	Sí	No	Total
Casos	21	20	41
Controles	25	13	38
Total	46	33	79

**Tabla N°9:**

<b>Apoyo Institucional (hacia estudiantes)</b>	Sí	No	Total
Casos	4	0	4
Controles	0	4	4
Total	4	4	8

**Tabla N°10:**

<b>Nivel de Escolaridad</b>	Superior	Técnica	Media	Básica	Sin escolaridad	Total
Casos	10	5	30	3	0	48
Controles	8	4	35	0	0	47
Total	18	9	65	3		95

**Tabla N°11:**

<b>Años de escolaridad</b>	Frecuencia controles	Frecuencia Casos	Total
6	0	1	7
7	0	1	8
8	0	1	9
9	4	2	15
10	4	3	17
11	2	1	14
12	26	24	62
13	2	0	15
14	1	6	21
15	3	1	19
16	1	1	18
17	4	6	27
18	1	0	19
19	0	1	20
Total	175	48	271

**Tabla N°12:**

<b>Ingresos propios</b>	No	Sí	Total
Casos	15	33	48
Controles	23	25	48
Total	38	58	96

**Tabla N°13:**

<b>Ingresos Externos</b>	Estado	Familia	Amigos	Otros	No	Total
Casos	2	33	0	1	11	47
Controles	0	34	0	2	11	47
Total	2	67	0	3	22	94

**Tabla N°14:**

<b>Presencia de Ambiente Conflictivo</b>	No	Sí	Total
Casos	35	13	48
Controles	37	11	48
Total	72	24	96

**Tabla N°15:**

<b>Momento de Ambiente Conflictivo</b>	Pregestacional	Durante la gestación	Ambos	Total
Casos	4	4	5	13
Controles	3	3	5	11
Total	7	7	10	24

**Tabla N°16:**

<b>Discriminación</b>	No	A veces	Sí	Total
Casos	45	0	3	48
Controles	40	3	3	46
Total	85	3	6	94

**Tabla N°17:**

<b>Rechazo</b>	No	Sí	Total
Casos	46	2	48
Controles	39	7	46
Total	85	9	94

**Tabla N°18:**

<b>Exclusión</b>	No	Sí	Total
Casos	45	3	48
Controles	37	9	46
Total	82	12	94

**Tabla N°19:**

<b>Relación de Pareja</b>	Sí	No	Total
Casos	45	46	91
Controles	3	1	4
Total	48	47	95

**Tabla N°20:**

<b>Estatus Pareja</b>	Casada	Conviviente	Puertas afuera	Soltera	Separada	Total
Casos	11	26	4	0	1	42
Controles	15	23	5	1	2	46
Total	26	49	9	1	3	88

**Tabla N°21:**

<b>Relación Estable</b>	Sí	No	Total
Casos	42	3	45
Controles	41	5	46
Total	83	8	91

**Tabla N°22:**

<b>Vida de Pareja</b>	Buena	Regular	Mala	Total
Casos	37	7	1	45
Controles	40	4	2	46
Total	77	11	3	91

**Tabla N°23:**

<b>Tipo de Apoyo de Pareja</b>	Los tres	Sólo dos	Sólo uno	Ninguno	Total
Casos	34	3	7	1	45
Controles	29	10	4	3	46
Total	63	13	11	4	91

**Tabla N°24:**

<b>Presencia de amigos</b>	No	Sí
Casos	6	42
Controles	14	34

**Tabla N°25:**

<b>Tipo de Relación con Amigos</b>	Buena	Regular	Mala	Total
Casos	38	2	1	41
Controles	30	3	0	33
Total	68	5	1	74

**Tabla N°26:**

<b>Tipo de Apoyo de Amigos</b>	Los tres	Sólo dos	Sólo uno	Ninguno	Total
Casos	2	8	31	1	42
Controles	0	11	21	1	34
Total	3	19	52	2	76

**Tabla N°27:**

<b>Violencia Física</b>	No	Sí	Total
Casos	48	0	48
Controles	45	1	46
Total	93	1	94

**Tabla N°28:**

<b>Violencia Psíquica</b>	No	Sí	Total
Casos	45	3	48
Controles	42	4	46
Total	87	7	94

**Tabla N°29:**

<b>Violencia Sexual</b>	No	Sí	Total
Casos	48	0	48
Controles	46	0	46
Total	94	0	94

**Tabla N°30:**

<b>Momento de Apoyo Durante la Gestación</b>	Ninguno	I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	I y II Trimestre	I y III Trimestre	II y III Trimestre	Todos	Total
Casos	6	12	13	9	0	2	2	4	48
Controles	7	9	4	19	0	3	1	4	47
Total	13	21	17	28	0	5	3	8	95

**Tabla N°31:**

<b>Tipo de Apoyo del Entorno</b>	Los cuatro	Sólo tres	Sólo dos	Sólo uno	Ninguno	Total
Casos	25	15	8	0	0	48
Controles	28	12	6	1	0	47
Total	53	27	14	1	0	95

**Tabla N°32:**

<b>Edad</b>	Promedio	Desviación estándar	Mediana	Rango
Casos	29,5	6,8	30	16 - 43
Controles	28,8	6,6	29	17 - 42

**Tabla N°33:**

<b>Paridad</b>	Múltipara	Primípara	Gran múltipara	Total
Casos	33	15	0	48
Controles	27	19	2	48
Total	60	34	2	96

**Tabla N°34:**

<b>Antecedentes de Parto Prematuro</b>	Sí	No	Total
Casos	12	36	48
Controles	2	46	48
Total	14	82	96

**Tabla N°35:**

<b>Método Anticonceptivo</b>	Oral	Dispositivo Intrauterino	Inyectable	Implante	Preservativo	Otro	No	Total
Casos	13	1	3	2	3	0	26	48
Controles	16	4	5	0	1	0	22	48
Total	29	5	8	2	4	0	48	96

**Tabla N°36:**

<b>Ciclo Vital</b>	Frecuencia controles	Frecuencia casos	Total
Formación de la pareja y comienzo de la familia	12	7	19
Etapa de crianza inicial de los hijos	14	6	20
Familia con hijos preescolares	6	6	12
Familia con hijos escolares	13	16	29
Familia con hijos adolescentes	3	12	15
Etapa media y terminal de la familia	0	1	1
Total	48	48	96

**Tabla N° 37:**

<b>Acceso a Servicios Básicos</b>	Todos	Sólo 3	Sólo 2	Sólo 1	Total
Casos	44	2	2	0	48
Controles	42	3	1	1	47
Total	86	5	3	1	95

**Objetivo N°2: Identificar la presencia y disponibilidad de redes de apoyo durante la gestación en las mujeres en estudio.**

**Tabla N°38:**

<b>Estructura Familiar</b>	Familia Propia	Familia de Pareja	Familia de Acogida	Otra	Total
Casos	41	1	5	1	48
Controles	37	4	4	3	48
Total	78	5	9	4	96

**Tabla N°39:**

<b>Relación familiar Directa</b>	Buena	Regular	Indiferente	Mala	Total
Casos	43	5	0	0	48
Controles	44	2	1	1	48
Total	87	7	1	1	96

**Tabla N°40:**

<b>Relación Familiar Propia</b>	Buena	Regular	Indiferente	Mala	Total
Casos	44	3	0	1	48
Controles	44	3	0	1	48
Total	88	6	0	2	96

**Tabla N°41:**

<b>Tipo de Familia</b>	Nuclear	Extendida	Otra	Total
Casos	28	19	1	48
Controles	27	18	3	48
Total	55	37	4	96

**Tabla N°42:**

<b>Asistencia a Control con la Pareja</b>	Siempre	A veces	Nunca	Total
Casos	19	15	11	45
Controles	10	24	12	46
Total	29	39	23	91

**Tabla N° 43:**

<b>Contención emocional de la pareja</b>	Siempre	A veces	Nunca	Total
Casos	39	4	3	46
Controles	33	8	5	46
Total	72	12	8	92

**Tabla N°44:**

<b>Ayuda en labores domésticas de la pareja</b>	Siempre	A veces	Nunca	Total
Casos	32	7	7	46
Controles	21	17	8	46
Total	53	24	15	92

**Tabla N°45:**

<b>Percepción de Relación con la matrona</b>	Cercana	Neutra	Distante	Otra	Total
Casos	32	10	4	2	48
Controles	29	7	6	6	48
Total	61	17	10	8	96

**Tabla N°46:**

<b>Participación en Grupo Comunitario</b>	Religioso	Deportivo	Artístico	Junta de Vecinos	CESFAM	Centro educativo /Laboral	Otro	Más de Uno	No	Total
Casos	4	1	0	0	7	4	1	1	30	48
Controles	7	3	0	2	9	0	1	1	24	47
Total	11	4	0	2	16	4	2	2	54	95

**Tabla N°47**

<b>Nivel de participación en grupo comunitario</b>	Regular	A veces	Nunca	Total
Casos	12	5	4	21
Controles	20	3	2	25
Total	32	8	6	46

**Objetivo N°3: Reconocer la existencia, el acceso y la utilización de marcos legales protectores a la maternidad durante el curso de la gestación en las mujeres en estudio.**

**Tabla N°48:**

<b>Conocimiento Permiso Prenatal</b>	Sí	No	Total
Casos	34	14	48
Controles	32	15	47
Total	66	29	95

**Tabla N°49:**

<b>Conocimiento Permiso Prenatal Prolongado</b>	Sí	No	Total
Casos	0	48	48
Controles	1	46	47
Total	1	94	95

**Tabla N°50:**

<b>Conocimiento Permiso Prenatal Prorrogado</b>	Sí	No	Total
Casos	0	48	48
Controles	1	46	47
Total	1	94	95

**Tabla N°51:**

<b>Conocimiento Asignación/Subsidio Familiar</b>	Sí	No	Total
Casos	26	22	48
Controles	25	22	47
Total	51	44	95

**Tabla N°52:**

<b>Conocimiento Cambio de Labores Forzosas</b>	Sí	No	Total
Casos	9	39	48
Controles	11	32	43
Total	20	71	91

**Tabla N°53:**

<b>Conocimiento PNAC</b>	Sí	No	Total
Casos	28	20	48
Controles	26	21	47
Total	54	41	95

**Tabla N°54:**

<b>Conocimiento Ajuar</b>	Sí	No	Total
Casos	27	21	48
Control	33	14	47
Total	60	35	95

**Tabla N°55:**

<b>Acceso Permiso Prenatal</b>	Sí	No	Total
Casos	20	28	48
Controles	15	32	47
Total	35	60	95

**Tabla N°56:**

<b>Acceso Permiso Prenatal Prolongado</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Total</b>
Casos	13	35	48
Controles	4	43	47
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>78</b>	<b>95</b>

**Tabla N°57:**

<b>Acceso Permiso Prenatal Prorrogado</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Total</b>
Casos	6	42	48
Controles	3	44	47
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>86</b>	<b>95</b>

**Tabla N°58:**

<b>Acceso Asignación/Subsidio Familiar</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Total</b>
Casos	35	13	48
Controles	32	15	47
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>28</b>	

**Tabla N°59:**

<b>Acceso Cambio de Labores Forzosas</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Total</b>
Casos	19	29	48
Controles	14	33	47
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>62</b>	<b>95</b>

**Tabla N°60:**

<b>Acceso PNAC</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Total</b>
Casos	47	1	48
Controles	38	9	47
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>10</b>	<b>95</b>

**Tabla N°61:**

<b>Acceso Ajuar</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Total</b>
Casos	45	3	48
Controles	40	7	47
Total	85	10	95

**Tabla N°62:**

<b>Utilización Permiso Prenatal</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Total</b>
Casos	16	32	48
Controles	11	37	48
Total	27	69	96

**Tabla N°63:**

<b>Utilización Permiso Prenatal Prolongado</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Total</b>
Casos	5	43	48
Controles	1	47	48
Total	6	90	96

**Tabla N°64:**

<b>Utilización Permiso Prenatal Prorrogado</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Total</b>
Casos	1	47	48
Controles	0	48	48
Total	1	95	96

**Tabla N°65:**

<b>Utilización Asignación/Subsidio Familiar</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Total</b>
Casos	17	31	48
Controles	17	31	48
Total	34	62	96

**Tabla N°66:**

<b>Utilización Cambio de Labores Forzosas</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Total</b>
Casos	7	41	48
Controles	3	45	48
Total	10	86	96

**Tabla N°67:**

<b>Utilización PNAC</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	
Casos	40	8	48
Controles	31	17	48
Total	71	25	96

**Tabla N°68:**

<b>Utilización Ajuar</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Total</b>
Casos	47	1	48
Controles	40	8	48
Total	47	9	96

**Tabla N°69:**

<b>Identificación Permiso Prenatal</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Total</b>
Casos	43	5	48
Controles	43	5	48
Total	86	10	96

**Tabla N°70:**

<b>Identificación Permiso Prenatal Prolongado</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Total</b>
Casos	8	40	48
Controles	9	39	48
Total	17	79	96

**Tabla N°71:**

<b>Identificación Permiso Prenatal Prorrogado</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Total</b>
Casos	5	43	48
Controles	4	44	48
Total	9	87	96

**Tabla N°72:**

<b>Identificación Asignación/Subsidio Familiar</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Total</b>
Casos	36	12	48
Controles	35	13	48
Total	71	25	96

**Tabla N°73:**

<b>Identificación Cambio de Labores Forzosas</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Total</b>
Casos	19	29	48
Controles	20	28	48
Total	39	57	96

**Tabla N°74:**

<b>Identificación PNAC</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Total</b>
Casos	42	6	48
Controles	44	4	48
Total	86	10	96

**Tabla N°75:**

<b>Identificación Ajuar</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Total</b>
Casos	44	4	48
Controles	44	4	48
Total	88	8	96

**Tabla N°76:**

<b>Beneficios Monetarios por Parte del Empleador</b>	Sí	No	Total
Casos	1	27	28
Controles	4	15	19
Total	5	42	47

**Tabla N°77:**

<b>Permisos Especiales en Trabajo</b>	Sí	No	Total
Casos	18	10	28
Controles	14	5	19
Total	32	25	47

**Tabla N°78:**

<b>Embarazo planificado</b>	Sí	No	Total
Casos	24	24	48
Controles	27	21	48
Total	51	45	96

**Tabla N°79:**

<b>Control en ARO</b>	Sí	No	Total
Casos	30	18	48
Controles	23	25	47
Total	52	43	95

**Tabla N°80:**

<b>Hospitalización</b>	Sí	No	Total
Casos	20	28	48
Controles	9	39	48
Total	29	67	96