



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD
MENCIÓN: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



**VIOLENCIA FAMILIAR EN LA AUTOESTIMA DE MUJERES
GESTANTES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD
SANTA CATALINA JULIACA – 2021**

TESIS PRESENTADA POR:
ROSA APAZA MAMANI

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAGÍSTER EN SALUD
MENCION: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

JULIACA - PERÚ
2025



UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN SALUD

MENCIÓN: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

**VIOLENCIA FAMILIAR EN LA AUTOESTIMA DE MUJERES
GESTANTES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD
SANTA CATALINA JULIACA - 2021**

TESIS PRESENTADA POR:

ROSA APAZA MAMANI

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

MAGÍSTER EN SALUD

MENCIÓN: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

APROBADA POR:

PRESIDENTE

: 
Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

PRIMER MIEMBRO

: 
Mtro. CARLOS ARMANDO HUAMÁN CARREÓN

SEGUNDO MIEMBRO

: 
Dr. SEGUNDO ORTIZ CANSAYA

ASESOR DE TESIS

: 
Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: SALUD PÚBLICA - P43



TESIS UANCV



VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"



UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSGRADO



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 00363-2025-USA-EPG-UANCV/J

Juliaca, 23 de mayo del 2025

VISTOS:

El expediente N° 2025-005525, presentado por el (a) Bach. **ROSA APAZA MAMANI**, con DNI N° **02438052**, asignado (a) con código de matrícula **21061012**, de la Maestría en **SALUD**, Mención: **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA** Línea de investigación **SALUD PÚBLICA - P43** de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca.

CONSIDERANDO:

Que, con exp. 2025-005525 el (a) Bach. **ROSA APAZA MAMANI**, quien solicita corrección del segundo nombre del Asesor en la **RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 2214-2024 USA-EPG-UANCV/J** de fecha 10 de diciembre del 2024, y la **RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 2296-2024 USA-EPG-UANCV/J** de fecha 19 de diciembre del 2024, de la tesis titulada: **VIOLENCIA FAMILIAR EN LA AUTOESTIMA DE MUJERES GESTANTES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SANTA CATALINA JULIACA - 2021**

Que, con registro N° 928 de fecha 24 de mayo del 2023 el comité de investigación aprueba, que cumple con los lineamientos y contenidos establecidos en reglamento de grados de investigación conducentes Grado Académico de Magíster/Maestro y Doctor de la Escuela de Posgrado de la UANCV;

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "J" del artículo 17° del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 76 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. – RECTIFICAR LA RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 2214-2024 USA-EPG-UANCV/J de fecha 10 de diciembre del 2024, y la **RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 2296-2024-USA-EPG-UANCV/J** de fecha 19 de diciembre del 2024, únicamente en lo que corresponde corregir, el segundo nombre del Asesor, debiendo ser como sigue: Dra. **SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA** del proyecto de investigación titulada: **VIOLENCIA FAMILIAR EN LA AUTOESTIMA DE MUJERES GESTANTES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SANTA CATALINA JULIACA - 2021**

ARTÍCULO SEGUNDO. – CONSERVAR a los miembros del jurado y asesor que aprobaron el proyecto de tesis titulado: **VIOLENCIA FAMILIAR EN LA AUTOESTIMA DE MUJERES GESTANTES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SANTA CATALINA JULIACA - 2021**

Presentado por el (la) Bach. **ROSA APAZA MAMANI**

Presidente	: Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA
Primer Miembro	: Dr. LEOPOLDO WENCESLAO CONDORI CARI
Segundo Miembro	: Dr. SEGUNDO ORTIZ CANSAYA
Asesor	: Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

ARTÍCULO TERCERO. – AUTORIZAR el desarrollo de la tesis, de acuerdo al reglamento de investigación conducente al grado académico de **MAGISTER** de la escuela de posgrado de la UANCV.

ARTICULO CUARTO, -Elévese la presente Resolución al Rectorado, Vicerectorado Académico, Vicerectorado Administrativo y Oficina del Órgano de Inspección y Control para conocimiento.

Regístrese, comuníquese y Archívese,

UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
DIRECCIÓN
JULIACA
Dr. Javier Rómulo Quispe Zapana
DIRECTOR (e)

Cc: /Cargo (01)
Archivo (01)
Intercedido (01)
JROZ/Agmh



TESIS UANCV



VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ" ESCUELA DE POSGRADO



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 2296-2024-USA-EPG-UANCV/J

Juliaca, 19 de Diciembre del 2024

VISTOS:

El expediente N° 015609, presentado por el (a) Bach. **ROSA APAZA MAMANI**, con DNI N° **02438052**, asignado (a) con código de matrícula **21061012**, de la maestría en **SALUD**, Mención **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**, Línea de investigación **SALUD PÚBLICA – P43** de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" Sede Central Juliaca.

CONSIDERANDO:

Que, con exp. 015609 el (a) Bach. **ROSA APAZA MAMANI**, quien solicita suprimir las comillas, las palabras (**Y SU INFLUENCIA**) y actualizar del año en el proyecto aprobado con **RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 802-2014 USA-EPG-UANCV/J** de fecha 12 de agosto del 2014.

Que, con registro N° 928 de fecha 30 de julio del 2014 el comité de investigación aprueba, que cumple con los lineamientos y contenidos establecidos en reglamento de grados de investigación conducentes Grado Académico de Magíster/Maestro y Doctor de la Escuela de Posgrado de la UANCV;

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "J" del artículo 17° del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 76 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. – RECTIFICAR LA RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 802-2014-USA-EPG-UANCV/J de fecha 12 de agosto del 2014, únicamente en lo que corresponde suprimir las comillas, las palabras (**Y SU INFLUENCIA**), y actualizar del año en el proyecto dice: 2014, **debiendo consignarse correctamente en el título del proyecto como: VIOLENCIA FAMILIAR EN LA AUTOESTIMA DE MUJERES GESTANTES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SANTA CATALINA JULIACA-2021**

ARTÍCULO SEGUNDO. – CONSERVAR a los miembros del jurado y asesor que aprobaron el proyecto de tesis titulado: **VIOLENCIA FAMILIAR EN LA AUTOESTIMA DE MUJERES GESTANTES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SANTA CATALINA JULIACA-2021** Presentado por el (la) Bach. **ROSA APAZA MAMANI**.

Presidente	: Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA
Primer Miembro	: Dr. LEOPOLDO WENCESLAO CONDORI CARI
Segundo Miembro	: Dr. SEGUNDO ORTIZ CANSAYA
Asesor	: Dra. SONIA ELENA FERNANDEZ TAPIA

ARTÍCULO TERCERO. – AUTORIZAR el desarrollo de la tesis, de acuerdo al reglamento de investigación conducente al grado académico de **MAGISTER** de la escuela de posgrado de la UANCV.

ARTICULO CUARTO.-Elévese la presente Resolución al Rectorado, Vicerrectorado Académico, Vicerrectorado Administrativo y Oficina del Órgano de Inspección y Control para conocimiento.

Regístrese, comuníquese y Archívese,



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSGRADO
.....
Dr. Leopoldo Wenceslao Condori Cari
DIRECTOR (e)

Cc/Archiv:EPG (01)
Interesado (01)
Cargo (01)
Expediente (01)
LWCC/VRCH



TESIS UANCV



VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"



UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSGRADO



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N°2214-2024-USA-EPG/UANCV

Juliaca, 10 de Diciembre del 2024

VISTOS:

El expediente N°. **010236**, Presentado por el (a) **Bach. ROSA APAZA MAMANI** con DNI N° **02438052**, código de matrícula **21061012**, quien solicita cambio de la terna del jurado y asesor del Proyecto de Tesis titulado: **VIOLENCIA FAMILIAR EN LA AUTOESTIMA DE MUJERES GESTANTES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SANTA CATALINA JULIACA-2021** Líneas de Investigación: **SALUD PÚBLICA – P43**. Para optar el Grado Académico de **MAGISTER** en **SALUD** mención: **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA** de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez", de la Sede Central Juliaca.

CONSIDERANDO:

Que, el (a) **Bach. ROSA APAZA MAMANI**, quien solicita cambio de la terna del jurado y asesor aprobado con Resolución Directoral N° **802-2014-USA-EPG/UANCV**, de fecha **30 de julio del 2014**, en el que se le asignó como presidente a la Dra. Elizabeth Vargas Onofre, primer miembro al Dr. Fredy Toribio Chalco Vargas y segundo miembro a la Dra. Sonia Benita Fernández Tapia y asesor a la Dra. Ingrid Liz Quispe Ticona, los mismos que se cambia por indisponibilidad de tiempo

Que, el referido Dictamen de Tesis fue aprobado por los jurados el 24 de mayo del 2023, registrado en el Folio N° 928 del Libro de Registro de Proyectos de Investigación de Maestría, establece que se encuentra apto para ser desarrollado a lo establecido en el reglamento de Grado de Investigación conducente al Grado Académico de Magister/Maestro y Doctor de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca;

Que, en el Reglamento General de la escuela de Posgrado de la UANCV, establece que la sustentación de Tesis de Posgrado es un trabajo de investigación original y crítico de actualidad y de alto valor científico.

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "j" del artículo 17 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 76 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

PRIMERO.- ACEPTAR EL CAMBIO DEL TERNA DEL JURADO Y ASESOR, para su revisión de la tesis titulada: **VIOLENCIA FAMILIAR EN LA AUTOESTIMA DE MUJERES GESTANTES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SANTA CATALINA JULIACA-2021** presentado por el (a) **Bach. ROSA APAZA MAMANI**, conformado por los siguientes docentes:

Presidente	: Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA
Primer Miembro	: Dr. LEOPOLDO WENCESLAO CONDORI CARI
Segundo Miembro	: Dr. SEGUNDO ORTIZ CANSAYA
Asesor	: Dra. SONIA ELENA FERNANDEZ TAPIA

SEGUNDO- AUTORIZAR el desarrollo de Tesis, de acuerdo al Reglamento de Investigación conducente al Grado Académico de **MAGISTER** de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez.

TERCERO.- ELEVAR al Rectorado, Vicerrectorado Académico, Vicerrectorado Administrativo y Oficina del Órgano de Inspección y Control para conocimiento, así como a la Oficina de Economía, para cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Archívese



[Handwritten Signature]
Dr. Leopoldo Wenceslao Condori Cari
DIRECTOR (e)

Cc /CARGO (01)
ARCHIVO EPG – 2024 (01)
INTERESADO (01)
LWCCeIVRCH



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 0714-2022-USA-EPG/UANCV

Juliaca, 09 de noviembre del 2022

VISTOS:

El expediente N° 043116, Presentado por el (a) **Bach: APAZA MAMANI ROSA**, con número de DNI **02438052** y asignado (a) con código de matrícula N° **21061012**, quien solicita **cambio del PRESIDENTE, SEGUNDO MIEMBRO Y ASESOR** del Proyecto de Tesis titulado: **VIOLENCIA FAMILIAR EN LA AUTOESTIMA DE MUJERES GESTANTES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SANTA CATALINA JULIACA-2021**. Línea de Investigación: **SALUD PÚBLICA - P43**. Para optar el Grado Académico de **MAGISTER** en: **SALUD** mención: **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez", de la Sede Central Juliaca.

CONSIDERANDO:

Que, el (a) **Bach: APAZA MAMANI ROSA** solicita el cambio de la **presidenta**, por motivos de indisponibilidad de tiempo, asimismo solicita el cambio del **segundo miembro** por no tener vínculo laboral con la UANCV

Que, el referido Dictamen de Tesis fue aprobado por los jurados el 30 de julio del 2014, registrado en el Folio N° 928 del Libro de Registro de Proyectos de Investigación de Maestría, establece que se encuentra apto para ser desarrollado a lo establecido en el reglamento de Grado de Investigación conducente al Grado Académico de Magister/Maestro y Doctor de la Escuela de Posgrado de la UANCV;

Que, en el Reglamento General de la escuela de Posgrado de la UANCV, establece que la sustentación de Tesis de Posgrado es un trabajo de investigación original y crítico de actualidad y de alto valor científico.

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "j" del artículo 17 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 76 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

PRIMERO. - ACEPTAR EL CAMBIO DE LA PRESIDENTA y SEGUNDO MIEMBRO DE LA TERNA DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN, para su revisión de la Tesis titulada: **VIOLENCIA FAMILIAR EN LA AUTOESTIMA DE MUJERES GESTANTES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SANTA CATALINA JULIACA-2021**. Presentado por el (a) **Bach: APAZA MAMANI ROSA**. conformado por los siguientes docentes:

Presidente	:	Dra. ELIZABTH VARGAS ONOFRE,
Primer Miembro	:	Dr. FREDY TORIBIO CHALCO
Segundo Miembro	:	Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Asesor (a)	:	Dra. AMALIA PEREZ ABARCA

SEGUNDO- AUTORIZAR el desarrollo de Tesis, de acuerdo al Reglamento de Investigación conducente al Grado Académico de **MAGISTER** de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez.

TERCERO.- ELEVAR al Rectorado, Vicerrectorado Académico, Vicerrectorado Administrativo y Oficina del Órgano de Inspección y Control para conocimiento, así como a la Oficina de Economía, para cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Archívese



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSGRADO

[Signature]
Dra. María Amparo del Pilar Chantín Catacora
DIRECTORA (e)



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSGRADO

[Signature]
Dra. Graciela Bernal Salas
SECRETARIA ACADEMICA



TESIS UANCV

UNIVERSIDAD ANDINA
"Néstor Cáceres Velásquez"
ESCUELA DE POSTGRADO



VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 139-2017-USA-EPG/UANCV

Juliaca, 23 de Marzo del 2017.

VISTOS:

La S.V. 126116 del Bach. ROSA APAZA MAMANI, con número de matrícula 21061012, de la Maestría en Salud, Mención: Salud Sexual y Reproductiva, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca;

CONSIDERANDO:

Que, el Bach. ROSA APAZA MAMANI, con número de matrícula 21061012, de la Maestría en Salud, Mención: Salud Sexual y Reproductiva, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez de Juliaca; ha solicitado Cambio del PRESIDENTE de la Resolución de Proyecto de Tesis denominada "VIOLENCIA FAMILIAR EN EL AUTOESTIMA DE MUJERES GESTANTES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SANTA CATALINA JULIACA - 2014", según RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 802-2014-D-EPG/UANCV, por Incompatibilidad de caracteres .

Estando en la opinión favorable por el Presidente de la Comisión de Investigación de la Escuela de Posgrado, Director de la Escuela de Posgrado, en concordancia con el Reglamento de Grado de Investigación conducente al Grado Académico de Magister y Doctor;

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el Inciso "h" del Artículo N° 15 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 74 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

PRIMERO.- ACEPTAR el cambio del PRESIDENTE el Dr. ZOILO LINO ARANZAMENDI NINACONDOR, por motivos de Incompatibilidad de caracteres, lo cual imposibilita continuar sus funciones de Jurado de la Tesis denominada "VIOLENCIA FAMILIAR EN EL AUTOESTIMA DE MUJERES GESTANTES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SANTA CATALINA JULIACA - 2014", presentado por la Bach. ROSA APZA MAMANI.

SEGUNDO.- La terna será presidida por la Dra. UDELIA BUTRON ZEBALLOS, quedando así conformado de la siguiente manera:

Presidente : Dra. UDELIA BUTRON ZEBALLOS
Primer Miembro : Dr. FREDY TORIBIO CHALCO VARGAS
Segundo Miembro : Dr. MARCOS ALBERTO VALENCIA PAREDES

TERCERO.- ELEVAR la presente Resolución al Rectorado, Vicerrectorado Académico, Vicerrectorado Administrativo y Oficina del Órgano de Inspección y Control para conocimiento.

Regístrese, comuníquese, archívese.

UNIVERSIDAD ANDINA NESTOR CACERES VELASQUEZ
ESCUELA DE POSTGRADO
DIRECCIÓN
Dr. OPCI Obdulio Collantes Menis
DIRECTOR

UNIVERSIDAD ANDINA NESTOR CACERES VELASQUEZ
ESCUELA DE POSTGRADO
SECRETARIADO ACADÉMICO
Mg. Luis Chayña Aguilar
SECRETARIO ACADÉMICO

C.C.
CARGO (1)
ARCHIVO (1)
INTERESADO (1).
OCM/dqb



TESIS UANCV



UNIVERSIDAD ANDINA
"Néstor Cáceres Velásquez"
ESCUELA DE POSTGRADO



VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"



RESOLUCIÓN DIRECTORAL Nº 802-2014-D-EPG/UANCV

Juliaca, 12 de Agosto del 2014

VISTOS:

El Registro Nº 928 del Libro de Registro de Proyectos de Investigación de Tesis de Maestría en Salud, Mención: Salud Sexual y Reproductiva, del Jurado revisor del Proyecto de Tesis titulado "**VIOLENCIA FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN EL AUTOESTIMA DE MUJERES GESTANTES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SANTA CATALINA JULIACA - 2014**", presentado por el (a) **Bach. ROSA APAZA MAMANI**. Para optar el Grado Académico de Magister en Salud, Mención: Salud Sexual y Reproductiva, de la Escuela de Postgrado de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez de Juliaca;

CONSIDERANDO:

Que, el **Bach. ROSA APAZA MAMANI**. Para optar el Grado Académico de Magister en Salud, Mención: Salud Sexual y Reproductiva, de la Escuela de Postgrado, ha presentado el Dictamen de Proyecto de Investigación de Tesis de Maestría titulado "**VIOLENCIA FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN EL AUTOESTIMA DE MUJERES GESTANTES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SANTA CATALINA JULIACA - 2014**", para ser registrada en el Libro de Actas de Proyectos de Tesis.

Que, el referido Dictamen de Tesis aprobado por los jurados el **30 de Julio del 2014**, se ha registrado en el Folio Nº 928 del Libro de Registro de Proyectos de Investigación de Maestrías, establece que se encuentra apto para ser desarrollado a lo establecido en el reglamento de Grado de Investigación conducente al Grado Académico de Magister de la Escuela de Postgrado de la UANCV;

Que, en el Reglamento General de la escuela de Postgrado de la UANCV, establece que la sustentación de Tesis de Postgrado es un trabajo de investigación original y critico de actualidad y de alto valor científico.

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "h" del artículo 15 del Reglamento General de la Escuela de Postgrado, y el Art. 228 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

PRIMERO.- APROBAR el **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DE TESIS DE MAESTRÍA**, titulado "**VIOLENCIA FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN EL AUTOESTIMA DE MUJERES GESTANTES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SANTA CATALINA JULIACA - 2014**", presentado por el **Bach. ROSA APAZA MAMANI**. Para optar el Grado Académico de Magister en Salud, Mención: Salud Sexual y Reproductiva, y según Acta de Sorteo, la terna de Jurados son los siguientes docentes:

Presidente	:	Dr. Lino Aranzamendi Ninacondor
Primer Miembro	:	Dr. Fredy Toribio Chalco Vargas
Segundo Miembro	:	Dr. Marcos Alberto Valencia Paredes

SEGUNDO.- AUTORIZAR el desarrollo de Tesis, de acuerdo al Reglamento de Investigación conducente al Grado Académico de Magister y Doctor de la Escuela de Postgrado.

TERCERO.- ELEVAR al Rectorado, Vicerrectorado Académico, Vicerrectorado Administrativo y Oficina del Órgano de Inspección y Control para conocimiento, así como a la Oficina de Economía, para cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, comuníquese y Archívese,



DISTRIBUCIÓN:
R.UANCV; VICERRECTORADO ACADÉMICO; VICERRECTORADO ADMINISTRATIVO; ORIC; OFICINA ECONOMÍA; INTERESADO.
MACV/mchc.



11% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 8% Fuentes de Internet
- 1% Publicaciones
- 8% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



Metadatos complementarios - UANCV

TÍTULO DE LA TESIS	
VIOLENCIA FAMILIAR EN LA AUTOESTIMA DE MUJERES GESTANTES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SANTA CATALINA JULIACA - 2021	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	ROSA APAZA MAMANI
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	02438052
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0008-8941-108X
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	01297921
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-2232-6653
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	MARYLUZ CRUZ COLCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29590767
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-4379-558X
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	CARLOS ARMANDO HUAMÁN CARREÓN
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29552618
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-8992-8080

Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	SEGUNDO ORTIZ CANSAYA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29309750
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-0224-8651
Datos de investigación	
Línea de investigación	SALUD PÚBLICA – P43
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	<p>País: Perú</p> <p>Departamento: Puno</p> <p>Provincia: San Román</p> <p>Distrito: Juliaca</p> <p>Coordenadas</p> <p>Latitud: 15°28'39.1"S</p> <p>Longitud: 70°08'48.5"W</p> <p>URL Maps</p> <p>https://tinyurl.com/26hhez5q</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Diciembre 2024 – julio 2025
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html Librería	<p>Ciencias de la Salud</p> <p>https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00</p> <p>Salud pública</p> <p>https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05</p>



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
ESCUELA DE POSTGRADO

Dr. Jesús Mamani Mamani
DIRECTOR
DE INVESTIGACION - EPG



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo ROSA APAZA MAMANI, identificado con DNI
Nro. 02438052 en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional
- Programa de Segunda Especialidad,
- Programa de Maestría o Doctorado

MAESTRÍA EN SALUD

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación, Trabajo Académico denominada:

“ VIOLENCIA FAMILIAR EN LA AUTOESTIMA DE MUJERES GESTANTES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SANTA CATALINA JULIACA - 2021 ”

Asesorado por: Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.


Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 06 de Octubre del 2025


FIRMA DEL ASESOR


FIRMA (obligatoria)


Huella



DEDICATORIA

A Dios, por su amor inagotable, y a mi madre Fortunata, por su apoyo inquebrantable y su respaldo constante que me proporcionó en mi trayecto por la universidad. A mis hermanos, por el respaldo que me dieron.



AGRADECIMIENTO

A la UANCV, y a mis catedráticos de la Escuela Profesional de Posgrado por sus valiosas lecciones durante mi crecimiento profesional, a mi asesora Dra. Sonia Elena Fernandez Tapia por orientarme en cada fase del proceso de titulación.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA..... i

AGRADECIMIENTO..... ii

ÍNDICE GENERAL iii

ÍNDICE DE TABLAS vi

ÍNDICE DE FIGURAS vii

ÍNDICE DE ANEXOS viii

RESUMEN ix

ABSTRACT x

INTRODUCCIÓN xi

CAPÍTULO I

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 Exposición de la situación problemática 1

1.2 Formulación del planteamiento del problema 2

 1.2.1 Pregunta general..... 2

 1.2.2 Pregunta específicos..... 2

1.3 Justificación de la investigación 2

 1.3.1. Justificación practica 3

 1.3.2. Justificación Metodológica..... 4

1.4 Objetivos 4

 1.4.1 Objetivo general 4



1.4.2	Objetivos específicos	4
1.5	Hipótesis	5
1.5.1.	Hipótesis general.....	5
1.5.2.	Hipótesis específicas.....	5
1.6	Variables.....	5
1.7	Operacionalización de las variables.....	6
 CAPÍTULO II 		
MARCO TEÓRICO		
2.1	Antecedentes del estudio.....	7
2.1.1	A nivel Internacional	7
2.1.2	A nivel nacionales	9
2.2	Bases teóricas	13
2.2.1	La violencia en el ámbito familiar	13
2.2.2	Tipos de violencia.....	16
2.2.3	Maltratadores	17
2.2.4	Causas de la violencia contra las mujeres:	20
2.2.5	Violencia en las etapas de la vida	23
2.2.6	Causas de la Violencia.....	25
2.2.7	Autoestima	27
2.2.8	Factores relacionados con la autoestima	36
2.3	Marco conceptual.....	37



CAPÍTULO III

METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Métodos de la investigación.....39

3.2. Diseño de la investigación39

3.3. Población y muestra41

 3.3.1 Población.....41

 3.3.2 Muestra41

3.4. Técnicas e instrumentos de investigación42

 3.4.1 Técnicas de investigación42

 3.4.2 Instrumentos de investigación42

3.5. Procesamiento de la investigación.....43

3.6. Procesamiento de datos: análisis estadístico43

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Presentación, análisis e interpretación de los datos45

4.2 Discusiones de los resultados.....64

CONCLUSIONES.....67

RECOMENDACIONES69

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS71

ANEXOS78



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables.....6

Tabla 2. Tipo de violencia familiar y nivel de autoestima de las mujeres gestantes que asisten al puesto de salud48

Tabla 3. Nivel de instrucción y el nivel de autoestima de las mujeres gestantes que asisten al puesto de salud50

Tabla 4. Estado civil y el nivel de autoestima de las mujeres gestantes que asisten al puesto de salud52

Tabla 5. Procedencia y el nivel de autoestima de las mujeres gestantes que asisten al puesto de salud54

Tabla 6. Tipo de familia y el nivel de autoestima de las mujeres gestantes que asisten al puesto de salud56

Tabla 7. Dependencia económica y el nivel de autoestima de las mujeres gestantes que acuden al puesto de salud.....58

Tabla 8. Embarazo deseado y el nivel de autoestima de las mujeres gestantes que acuden al puesto de salud60

Tabla 9. Edad de la pareja y el nivel de autoestima de las mujeres gestantes que asisten al puesto de salud62



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Diseño específico40

Figura 2. Nivel de autoestima en las mujeres gestantes que asisten al puesto de salud.....45

Figura 3. Tipo de violencia familiar en las mujeres gestantes que asisten al puesto de salud.....46



ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia.....	79
Anexo 2. Ficha de recolección de datos.....	81
Anexo 3. Escala de autoestima de rosenberg	82
Anexo 4. Base de datos	84



RESUMEN

Objetivo: Fue determinar la influencia de la violencia familiar en la autoestima de las mujeres gestantes que acuden al Puesto de Salud Santa Catalina, Juliaca, en el año 2021. **Método:** Se utilizó un diseño de investigación no experimental, de tipo descriptivo y transversal, con un enfoque cuantitativo. La muestra estuvo conformada por 48 mujeres gestantes seleccionadas a partir de una población de 119 gestantes asistidas en el puesto de salud. Se emplearon cuestionarios estructurados para medir la autoestima (Test de Rosenberg) y la violencia familiar, categorizada en violencia física, psicológica y sexual. Los datos fueron analizados con herramientas estadísticas descriptivo y pruebas de Chi Cuadrado. **Resultados:** El 54.2% de las mujeres presentó un nivel bajo de autoestima, en tanto que el 35.4% mostró un nivel medio, y solo el 10.4% alcanzó un nivel alto. La violencia psicológica fue la más prevalente (41.7%), seguida de la violencia física (33.3%) y la violencia sexual (25.0%). La prueba estadística halló una asociación significativa entre la violencia familiar y la autoestima ($p < 0.05$), los datos descriptivos revelan que la violencia sexual tiene el mayor impacto en la autoestima baja (20.8%). **Conclusión** la violencia familiar, en sus diversas formas, está asociada con una prevalencia elevada de baja autoestima en mujeres gestantes. Esto enfatiza la exigencia de medidas en el ámbito de la salud pública para mitigar el impacto emocional de la violencia familiar y mejorar la autoestima de las mujeres en esta etapa.

Palabras clave: Autoestima, Mujeres gestantes, violencia familiar, violencia física, violencia psicológica y violencia sexual



ABSTRACT

Objective: The aim was to ascertain the influence of family cruelty on the self-respect of expectant women attendance the Santa Catalina Health Center in Juliaca in 2021. **Method:** A non-empirical, descriptive, and cross-sectional research designing with a quantitative procedure was used. The sampling consisted of 48 pregnant women chosen from a population of 119 pregnant women treated at the health center. Structured questionnaires were employed to measure self-esteem (Rosenberg Test) and family violence, categorized into physical, psychological, and sexual violence. The data were transformed usage descriptive statistical analysis and Chi-square tests. **consequence:** 54.2% of the women had low self-respect, while 35.4% demonstrate a medium level, and only 10.4% reached a high level. Psychological violence was the most prevalent (41.7%), tracked by physical violence (33.3%) and sexual violence (25.0%). The statistical test found a significant association among family violence and self-esteem ($p < 0.05$). Descriptive data revealed that sexual violence had the greatest impact on low self-esteem (20.8%). **Conclusion:** Family violence, in its various forms, is related with a high pervasiveness of low self-respect in pregnant women. This highlights the need for public health interventions to mitigate the emotional impact of family violence and improve women's self-esteem during this stage.

Keywords: Self-esteem, Pregnant women, family violence, physical violence, psychological violence, and sexual violence.



INTRODUCCIÓN

La violencia familiar representa una problemática social y de salud pública que genera consecuencias graves para las mujeres., especialmente durante el embarazo, una etapa caracterizada por su vulnerabilidad emocional y física. De acuerdo con la OMS, la violencia íntima de pareja o familiar incide en la tercera parte de las mujeres a escala global, y esta prevalencia aumenta durante el embarazo, afectando entre el 4% y el 20% de las gestantes (1). Este fenómeno no solo genera daños físicos, sino también repercusiones graves en la salud mental, como la disminución de la autoestima, un componente esencial en beneficio de la felicidad interior y el crecimiento personal (2).

En ciudad como Juliaca, donde los entornos socioculturales y contextos sociales pueden perpetuar las diferencias de género, las mujeres gestantes enfrentan desafíos adicionales que afectan su nivel de vida y su aptitud para sobrellevar el embarazo de manera saludable. Investigaciones han identificado que los factores económicos, la falta de apoyo familiar y las tradiciones socioculturales pueden exacerbar los casos de violencia durante el embarazo, afectando la integridad mental y corporal de las gestantes (3).

La autoestima es un constructo que se desarrolla durante toda la existencia, influenciado por factores familiares, sociales y culturales. Durante el embarazo, la autoestima tiene una influencia clave en la vivencia del bienestar y en la capacidad de las mujeres para lidiar con las dificultades de la maternidad (4). Sin embargo, en contextos de violencia familiar, esta percepción puede verse gravemente afectada, lo que destaca la importancia de examinar y encontrar respuestas a este desafío.

El presente estudio busca determinar cómo la violencia familiar influye en la autoestima de las mujeres gestantes que asisten al Puesto de Salud Santa Catalina



en Juliaca. Los hallazgos de esta investigación proporcionarán evidencia empírica para desarrollar intervenciones enfocadas en la promoción de la salud emocional y el empoderamiento de las mujeres, contribuyendo a su bienestar integral y a la equidad de género.

El presente estudio se organiza en cuatro capítulos principales.

El **Capítulo I** aborda el planteamiento del problema, describiendo la situación problemática, justificación, objetivos, importancia, alcance, limitaciones y delimitación del estudio. Además, incluye las hipótesis, variables e indicadores relacionados con la pesquisa.

El **Capítulo II** se centra en el marco teórico, donde se evalúan investigaciones previas, conceptos teóricos y aspectos fundamentales que sustentan el estudio.

En el **Capítulo III** se detalla la metodología empleada. Este capítulo abarca los métodos aplicados, el tipo, nivel y diseño del estudio, la población investigada, el diseño muestral y los instrumentos de acopio de datos. También incluye la validación de dichos instrumentos y los procedimientos estadísticos destinados a probar las hipótesis.

El **Capítulo IV** presenta los resultados logrados, junto con su análisis e interpretación. Además, incluye la verificación de las hipótesis y una comparación con otros estudios y teorías relevantes.

Finalmente, se manifiestan las conclusiones y recomendaciones, seguidas de las referencias bibliográficas y los anexos que enriquecen la pesquisa.



CAPÍTULO I

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 Exposición de la situación problemática

La violencia familiar sigue siendo un problema global que afecta desproporcionadamente a las mujeres, especialmente durante el embarazo, una etapa de gran vulnerabilidad física y emocional. Según estudios, la violencia en esta etapa puede generar repercusiones graves, como pérdidas gestacionales, recién nacidos de bajo peso y defunciones infantiles durante el primer año de vida. Más allá de los efectos físicos, el abuso deriva en alteraciones importantes en la salud mental, manifestándose en trastornos como ansiedad, depresión y reacciones psicopatológicas que afectan la autoestima y el desarrollo emocional de las mujeres (5).

La educación tradicional ha contribuido a perpetuar estructuras de desigualdad al normalizar actitudes discriminatorias hacia las mujeres. Estas prácticas refuerzan relaciones de poder desiguales, lo que lleva a muchas mujeres a permanecer en relaciones abusivas, no porque experimenten placer, sino a causa de factores emocionales como el miedo y la dependencia emocional y los condicionamientos sociales (6).

La autoestima, como componente fundamental del desarrollo personal, se ve profundamente afectada en contextos de violencia. Los factores físicos, emocionales y sociales que rodean a las mujeres gestantes en casos de



maltrato ocasionan un efecto directo en la percepción que tienen de sí mismas, limitando su capacidad de autovaloración y afectando negativamente su bienestar integral (7).

Esta investigación es un resultado directo de la necesidad de comprender y visibilizar los mecanismos estructurales y psicosociales que sostienen la violencia familiar, especialmente en mujeres gestantes, y de analizar cómo esta violencia afecta su autoestima. Se pretende contribuir a la elaboración de planes que favorezcan su autonomía, la justicia social en términos de género y una vida sin violencia.

1.2 Formulación del planteamiento del problema

1.2.1 Pregunta general

¿Cuál es la influencia de la violencia familiar en el nivel de autoestima de las mujeres gestantes que acuden al Puesto de Salud Santa Catalina Juliaca - 2021?

1.2.2 Pregunta específicos

1. ¿Cuál es el nivel de autoestima de las mujeres gestantes que acuden al Puesto de Salud Santa Catalina Juliaca - 2021?
2. ¿Cuál son los diferentes tipos de violencia familiar en las mujeres gestantes que acuden al Puesto de Salud Santa Catalina Juliaca - 2021?
3. ¿Cuál es la relación entre la violencia familiar y la autoestima en mujeres gestantes que acuden al Puesto de Salud Santa Catalina, Juliaca - 2021?

1.3 Justificación de la investigación

La investigación es de relevancia social y académica, ya que aborda la violencia familiar contra las mujeres embarazadas, un fenómeno de alta



prevalencia que implica un obstáculo destacado dentro del contexto sanitario comunitaria y la protección de derechos humanos. Este estudio busca identificar tempranamente situaciones de maltrato y proporcionar herramientas efectivas a fin de que el personal sanitario pueda proceder de modo adecuada. El abuso hacia la mujer embarazada tiene impactos catastróficos en la condición física y estado emocional femeninos y en el desarrollo del feto, lo que genera repercusiones en el bienestar de las futuras generaciones (8). Además, este trabajo contribuye al entendimiento de las dinámicas de violencia y sus efectos, sirviendo como sustento para la formulación de planes estatales y medidas estratégicas educativas orientadas a mitigar este problema social (9).

1.3.1. Justificación practica

Este estudio tiene un enfoque práctico orientado a elevar el bienestar integral de las mujeres gestantes mediante la prevención y abordaje de la violencia familiar. Proporcionará métodos prácticos que fortalecerán la capacidad de los equipos de salud para diagnosticar y tratar casos de violencia, garantizando una atención integral durante el control prenatal. Los resultados beneficiarán directamente a las mujeres gestantes, ayudándolas a superar situaciones adversas y mejorando su autoestima (8), Asimismo, la investigación será una fuente valiosa de conocimiento para el Programa Materno Perinatal, al aportar información que guiará la educación y el soporte brindados a las gestantes. Los hallazgos también tendrán un impacto positivo en las comunidades, motivando a líderes y personal sanitario a adoptar un papel más proactivo en la contención y la asistencia frente a la violencia familiar (10).



1.3.2. Justificación Metodológica

El diseño de la investigación está fundamentado en un enfoque integral que adopta métodos cualitativos y cuantitativos para evaluar la prevalencia, los rasgos y repercusiones del maltrato intrafamiliar en el embarazo. Este enfoque permitirá una interpretación detallada del fenómeno y facilitará el desarrollo de herramientas prácticas para los profesionales de la salud. Además, se busca generar datos confiables y enmarcados, que aportarán la referencia para posteriores investigaciones (9). La metodología empleada permitirá establecer vínculos claros entre la violencia familiar, el bienestar materno-fetal y las dinámicas sociales, ofreciendo así una perspectiva amplia y útil para la elaboración de intervenciones efectivas (10).

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Determinar la violencia familiar y su influencia en la autoestima de mujeres gestantes que acuden al puesto de salud Santa Catalina Juliaca - 2021.

1.4.2 Objetivos específicos

1. Determinar el nivel de autoestima en mujeres gestantes atendidas en el Puesto de Salud Santa Catalina, Juliaca - 2021.
2. Establecer los diferentes tipos de violencia familiar en mujeres gestantes atendidas en el puesto de salud Santa Catalina Juliaca - 2021.
3. Analizar la relación entre la violencia familiar y la autoestima en las mujeres gestantes que acuden al Puesto de Salud Santa Catalina, Juliaca - 2021.



1.5 Hipótesis

1.5.1. Hipótesis general

Existe una influencia significativa de la violencia familiar en la autoestima de mujeres gestantes que acuden al Puesto de Salud Santa Catalina Juliaca - 2021

1.5.2. Hipótesis específicas

1. El nivel de autoestima de las mujeres gestantes que acuden al Puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2021, es mayoritariamente bajo.
2. Los distintos tipos de violencia familiar física, psicológica y sexual es elevada entre las mujeres gestantes que acuden al Puesto de Salud Santa Catalina, Juliaca - 2021.
3. Existe una asociación estadísticamente significativa entre la violencia familiar y el nivel de autoestima de las mujeres gestantes que acuden al Puesto de Salud Santa Catalina Juliaca – 2021.

1.6 Variables

- **Variable Independiente:**

Violencia familiar.

- **Variable Dependiente:**

Autoestima de mujeres gestantes.



1.7 Operacionalización de las variables

Tabla 1

Operacionalización de variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO	ESCALA DE MEDICIÓN
Variable 1 Violencia familiar	1.1 Violencia física 1.2 Violencia psicológica 1.3 Violencia sexual	1.1.1 Presencia de agresión física (golpes, empujones, jalones, etc.) 1.2.1 Presencia de insultos, humillaciones, amenazas, chantajes 1.3.1 Presencia de forzamiento sexual, relaciones sin consentimiento	Ficha de entrevista estructurada Historia clínica Ítems específicos para cada tipo de violencia	Categoría nominal: 0 = No presenta 1 = Presenta Frecuencia: 0 = Nunca 1 = Ocasional 2 = Frecuente 3 = Siempre
Variable 2 Autoestima de mujeres gestantes	2.1 Nivel de autoestima	2.1.1 Puntaje total en la Escala de Autoestima de Rosenberg 2.1.2 Seguridad en sí misma	Test de Autoestima de Rosenberg (10 ítems)	Escala de Rosenberg: – Alta: ≥ 30 puntos – Media: 26-29 puntos – Baja: ≤ 25 puntos

Fuente. Elaborado por el autor



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio

2.1.1 A nivel Internacional

Haro et al. (11) en su estudio "Frecuencia de la Violencia intrafamiliar en las gestantes en un hospital de la ciudad de Guayaquil, 2023" tuvieron el objetivo; estimar la incidencia de las agresiones intrafamiliares en la gestación que reciben atención en un hospital. Metodología. Consistió en un estudio no intervencionista de carácter explicativo-descriptivo y con recolección en un único momento ccuestionario de Wast. Población 91 gestantes que fueron elegidos para formar parte del análisis. Los descubrimientos reflejaron el promedio de edad fue 26,46 años (DE=3,68; de 19 a 36 años). En estado civil, el 39,55% eran casadas y el 35,15% convivían. La educación secundaria representó el 47,24% (n=43) y la superior el 40,65%. El 42,85% eran empleadas, el 94,52% residían en Guayaquil, el 91,20% no tenían hábitos dañinos y en el 62,5% el embarazo fue planificado, el 45,2% de las mujeres se situaba en el primer trimestre y el 36,2% a partir del cuarto mes de embarazo. La violencia intrafamiliar se identificó en el 74% de los casos; la psicológica alcanzó el 47%, la física el



36% y la sexual el 17%. En síntesis: Se evidencia la presencia de violencia intrafamiliar en embarazadas, especialmente de tipo psicológico.

Guasti et al. (12) en estudio "Exposición a la violencia y su relación con la autoestima en adolescentes, Ecuador 2022" se plantearon el objetivo de determinar la relación entre violencia y autoestima en adolescentes de Ambato, empleando una metodología descriptiva-correlacional con enfoque cuantitativo y diseño sin experimentación en 106 adolescentes de 12-16 años, evaluadas mediante la escala de Rosenberg y el CEV. Los hallazgos mostraron que el 80.2% presentó nivel promedio de exposición a la violencia, el 41.5% mostró autoestima media, y se halló una elevación inversa y relevante entre el par de factores ($r=-0.380$, $p<0.05$), concluyendo que a mayor exposición a la violencia, los jóvenes manifiestan un menor nivel de autoestima.

Jungari (13) en su estudio "Maternidad violenta: prevalencia y factores que afectan a la violencia contra las mujeres embarazadas en la India, 2021" tuvo el objetivo de examinar la prevalencia y los determinantes de la violencia durante el embarazo en la India. Para analizar este estudio empleó una serie de encuestas demográficas. Se utilizaron análisis univariados y multivariados para mostrar las variables relacionadas con la agresión en el embarazo. Los datos hallados señalan que la prevalencia de la violencia varió entre los estados, entre el 0,5% y el 9%, y que las mujeres del sur de la India corrían un mayor riesgo de sufrir abusos durante el embarazo que las de otras partes de la India. Las mujeres sin educación, las mujeres en hogares pobres, las mujeres que tienen tres o más hijos y las mujeres



residentes en zonas rurales enfrentan un riesgo elevado de violencia prenatal.

Mella et al. (14) en su tesis "Violencia contra la mujer durante la gestación y postparto infligida por su pareja en Centros de Atención Primaria de la zona norte de Santiago, Chile 2021" se plantaron el objetivo de establecer la proporción de casos de violencia en usuarias de atención prenatal y postparto en establecimientos de salud primaria. Se aplicó la herramienta WAST (Woman Abuse Screening Tool) a 279 mujeres embarazadas y 102 puérperas en cinco centros de salud primaria públicas en Santiago metropolitano. Los hallazgos mostraron una prevalencia de violencia del 5.7% en embarazadas y 5.9% en puérperas, asociándose en ambos grupos con factores como ser inmigrante, experiencia de agresiones en el entorno familiar, déficit de apoyo del compañero(a) y el consumo de alcohol en el compañero(a). Se concluyó que el maltrato a estas mujeres tiene causas diversas, de naturaleza estructural y compleja, en el que la atención primaria y el personal sanitario pueden ser elementos esenciales en la detección temprana, derivación oportuna y apoyo emocional a las víctimas.

2.1.2 A nivel nacionales

Tejedo 2024 (15) en su estudio "Violencia familiar y autoestima en adolescentes gestantes asistidas en centros de salud del distrito de castilla, Trujillo 2024" buscaron fijar la asociación entre violencia intrafamiliar y autoestima en adolescentes embarazadas asistidas en establecimientos de salud. Con un diseño sin experimentación, transversal y enfoque cuantitativo, se evaluó a 120 muchachos/as de 11 a 19 años que han padecido violencia en el hogar. Los hallazgos manifestaron que el 75%



presentó alta violencia, 20.8% nivel promedio y 4.2% baja; mientras que el 70.8% tuvo baja autoestima, 25.0% nivel promedio y 4.2% alta. Se registró una relación significativa e inversa entre violencia física y autoestima ($r = -0.751$), entre violencia psicológica y autoestima ($r = -0.421$), y entre violencia sexual y económica y autoestima ($r = -0.100$). Se comprobó que, en la medida que se intensifica la violencia, menor autoestima, evidenciando efectos nocivos sobre la salud psíquica de las adolescentes gestantes.

Pérez (16) en su estudio "Características sociodemográficas y violencia familiar en la población adulta, centro de salud mental comunitaria esperanza de Vida – Cajamarca, 2023" estudió características sociodemográficas y violencia familiar en 116 adultos. Se encontró que el 59,5% eran mujeres, con edades entre 30-34 años (32,8%), solteros (29,3%), residentes urbanos (86,2%), con estudios secundarios (41,4%) y trabajadores por cuenta propia (28,4%). Además, el 90,5% sufrió violencia física, el 100% violencia psicológica y el 60,4% violencia sexual, principalmente perpetrada por hombres (67,2%) y exparejas (35,5%). La violencia familiar afecta principalmente a mujeres, con agresores hombres, y un alto porcentaje de víctimas vive con el agresor, en consecuencia, se necesitan estrategias para prevenir y atender la situación.

Gutiérrez (17) en su estudio "Violencia familiar y autoestima en usuarias del centro de salud del distrito de Pueblo Nuevo – Ferreñafe, 2023" se planteó el objetivo de analizar la asociación entre violencia doméstica y valoración personal en mujeres participantes del establecimiento de salud de Pueblo Nuevo – Ferreñafe. Utilizó un enfoque cuantitativo con diseño sin experimentación de tipo básico, aplicando encuestas a una muestra de 277



usuarias. Los hallazgos estadísticos mediante la prueba Rho de Spearman revelaron una correspondencia inversa significativa (-0.372) entre violencia familiar y autoestima, confirmando su correlación. Además, se halló una valoración estadística significativa negativa (-0.258) entre violencia familiar y una autoestima elevada, en tanto que entre violencia familiar y autoestima negativa se evidenció una valoración con valor estadístico ($Rho=0.204$), demostrando que una mayor violencia familiar se asocia con menores niveles de autoestima en la población estudiada.

Pérez (18) en su estudio "Niveles de autoestima y violencia familiar en mujeres que concurren a la comisaría de la familia, Chiclayo 2021" llevaron a cabo un estudio descriptivo correlacional sin experimentación para explorar la conexión entre la autoconfianza y el sufrir violencia familiar en féminas que solicitaron ayuda en la Comisaría de la Familia con una participantes seleccionadas: 50 mujeres que han experimentado violencia, se concluyó una relación significativa e inversa ($p < 0.05$, $r = -0.479$) entre los niveles de autoestima y la violencia familiar, lo que sugiere que la autoestima protege contra la violencia familiar. Esto significa que, a mayor autoestima, menor probabilidad de experimentar violencia familiar.

Rivera (19) en su estudio "Relación entre la dependencia emocional y la violencia conyugal en gestantes hospitalizadas en Chimbote, 2021", tuvo el objetivo de fijar si existe una asociación entre el apego emocional compulsivo y la violencia intrafamiliar en mujeres embarazadas. Para alcanzar esta meta, se ejecutó un enfoque cuantitativo con un diseño descriptivo correlacional de tipo transversal para investigar la relación entre las variables. El estudio, que incluyó a 300 mujeres embarazadas, manifestando



una correlación positiva significativa (Rho de Spearman .850, $p = 0.000$) entre la dependencia emocional está vinculada de manera significativa con la violencia familiar, lo que la convierte en un factor de vulnerabilidad. Dicho hallazgo plantea una vinculación estrecha entre el par de variables, con un coeficiente de correlación de $r = .860$.

Barzola et al. (20) en su estudio "Violencia doméstica durante el embarazo en un hospital especializado del Perú: Prevalencia y factores asociados, 2020" se plantearon la finalidad de conocer la frecuencia y los factores relacionados con la violencia doméstica en gestantes asistidas en un hospital especializado de Perú, utilizando un diseño analítico transversal con 180 púerperas del Instituto Nacional Materno Perinatal. Se estimaron prevalencias mediante intervalos de confianza y asociaciones con regresión de Poisson. Los resultados mostraron una prevalencia del 29,44% de violencia durante el embarazo, predominando la psicológica sobre las demás (27,78%), seguida de la física (8,33%) y sexual (3,33%). El principal agresor fue la pareja, con frecuencia eventual, excepto en violencia sexual (semanal). Factores asociados incluyeron tristeza ($p=0,042$), sentimiento de fracaso ($p=0,004$), acusaciones de infidelidad ($p=0,044$), falta de afecto ($p=0,028$) y aislamiento ($p<0,001$). Se concluye que cerca de un tercio de las gestantes sufren violencia, principalmente psicológica, con factores emocionales y relacionales que la propician.

Alarcón (21) en su estudio "Violencia familiar y autoestima en pacientes del servicio de salud mental del centro de salud clas wanchaq, cusco, 2019" se planteó la finalidad de establecer la asociación entre autoestima y violencia intrafamiliar en usuarios del servicio de Salud Mental. Se empleó un enfoque



cuantitativo, tipo básico, sin experimentación, con sistema de generación y comprobación de hipótesis con esquema transversal descriptivo-correlacional. Los datos se recolectaron mediante la Ficha de Tamizaje y el Inventario de Autoestima de Coopersmith en una muestra probabilística de 75 pacientes. Los hallazgos manifestaron que el 53.4% de los examinados no presentaron violencia familiar, mientras que el 46.6% sí la presentó. Se concluye que la violencia familiar guarda una relación inversa, aunque débil, con la autoestima (Rho de Spearman = -0,384; $p=0,001$), mostrando que la violencia en el hogar se asocia a una menor percepción de la propia autoestima y viceversa.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 La violencia en el ámbito familiar

Se considera violencia familiar cualquier acto consciente y deliberado que provoca lesiones físicas o afectivas a un integrante de la familia por otro integrante (22).

La falta de información precisa sobre la violencia familiar, a pesar de su amplia difusión, dificulta un análisis completo del problema; sin embargo, existen datos sobre varios puntos relevantes:

- La violencia doméstica no se restringe a ninguna clase socioeconómica o étnica, religioso o racial específico; es un problema que afecta a todas las poblaciones.
- En Estados Unidos, aproximadamente el veinte de cada cien mujeres han sido afectadas por violencia doméstica en alguna etapa de su trayectoria vital. Efectivamente, el género femenino estadounidenses corren una



mayor susceptibilidad a enfrentar ataques, lesiones, violaciones o asesinatos a manos de su pareja que de otras personas.

- En Estados Unidos se registran aproximadamente cuatro millones de casos de violencia doméstica al año (23).
- La violencia familiar incide a individuos sin distinción de edad ni sexo, y se presenta en múltiples formas, lo que la hace considerarse un conflicto complejo y divulgado, desde adultos mayores hasta niños y personas con limitaciones. La complejidad de la violencia familiar, que incorpora la violencia física y la psicológica y repercute sin distinción de clase social ni de cultura y grupos etarios, dificulta la creación de un perfil típico. Sin embargo, la agresión hacia el género femenino en gestación es estadísticamente la situación más típica.
- La subnotificación de la violencia familiar es un problema recurrente. Las razones detrás de esta reticencia a denunciar han sido objeto de estudio por investigadores y profesionales durante muchos años. La falta de denuncia de la violencia familiar se debe a diversos factores: la esperanza en un cambio en el modo de actuar del agresor, la aceptación de sus disculpas y promesas, el miedo al juicio de los demás, los valores morales, la necesidad de recursos económicos, la posibilidad de represalias y la desconfianza en la efectividad de los procesos judiciales.
- Es importante considerar que la violencia familiar no solo impacta a quienes la sufren, sino también a quienes la ejercen. Su origen se encuentra en una compleja interacción de factores como los modelos familiares, los códigos culturales y los modelos tradicionales de género y la interpretación del maltrato.



- Si bien la agresión física suele ser la primera forma de violencia que se nos viene a la mente, en nuestro país la violencia se manifiesta de diversas maneras. A continuación, se clasifican estas diferentes expresiones de violencia:

Violencia Doméstica. Abuso psicológico y físico dentro del matrimonio.

Violencia Cotidiana. La transgresión de las normas básicas de convivencia —desde saltarse las colas hasta la indiferencia ante el sufrimiento ajeno— se manifiesta diariamente en nuestra sociedad. El maltrato en el transporte público, las largas esperas en los hospitales, incidentes de seguridad y accidentes de tránsito son síntomas de una creciente degradación social que transforma nuestra ciudad en una "selva urbana" donde todos participamos, consciente o inconscientemente, en una lucha por la supervivencia (22).

Violencia Socio-económica. Se manifiesta de manera palpable en contextos de pobreza y exclusión social, caracterizados por altos índices de desempleo, subempleo y trabajo informal; todo esto se manifiesta principalmente en la ausencia o inequidad de oportunidades para acceder a la educación y la salud (24).

La violencia de género (VBG) es considerada una de las afectaciones más comunes a los principios de igualdad y una cuestión reiterada en el ámbito de la salud colectiva presentados en la sociedad contemporánea, impactando a una de cada tres mujeres. Agresión por motivos de género es una consecuencia extrema de la falta de equidad de género, producto de la relegación social de las mujeres. Sus incidencias son devastadores y duraderos, impactando tanto la salud física como la holística sobre el colectivo femenino. Las agresiones por motivos de género producen efectos



perjudiciales en la evolución de la vida colectiva de los hogares, los grupos locales y la población general.

2.2.2 Tipos de violencia

2.2.2.1 Violencia física

Se conoce como violencia todo acto intencional que cause deterioro corporal, malestar o sufrimiento a otra persona, especialmente a alguien más vulnerable. La violencia física puede ser ejercida por hombres o mujeres, hacia hombres, mujeres u otras personas. Se caracteriza por el uso de manos, pies u objetos para causar daño corporal. El maltrato infantil puede ser perpetrado por madres o padres, a veces con la complicidad de la otra figura parental o incluso sin su conocimiento. Algunas madres se amparan en la autoridad del padre para justificar sus actos violentos. Los padres maltratan físicamente a sus hijos con golpes, bofetadas, manotazos, coscorriones y pellizcos, causando miedo y resentimiento en los menores (25).

2.2.2.2 La violencia psíquica

Las agresiones que afectan el desarrollo psicológico normal se manifiestan de diversas maneras: desde el rechazo y la humillación hasta las amenazas y el aislamiento. Estas acciones, conductas o situaciones modifican o pueden modificar el ambiente emocional esencial para un crecimiento psicológico saludable (25).

2.2.2.3 La violencia sexual

Se reconoce como acto de violencia sexual toda actuación de tipo sexual impuesta, obtenido mediante humillación, abuso de poder, autoridad o engaño. (25).



2.2.2.4 La violencia económica

La vulneración de los derechos constitucionales al acceso equitativo a recursos económicos, propiedad, educación y empleo, se considera (26).

2.2.3 Maltratadores

Los maltratadores son quienes cometen actos de violencia contra su pareja, hijos u otras personas (27).

La violencia se origina en la incapacidad de amar, comprender y respetar a los demás. ¿Qué características definen a los maltratadores?

Algunos rasgos comunes en los maltratadores son: baja autoestima, falta de control de impulsos, historia de maltrato infantil y dificultad para expresar afecto.

¿Qué características tienen los maltratados?

Entre las características comunes de las personas que sufren maltrato se sitúan: baja autoestima, sumisión, conformidad, antecedentes de maltrato y dificultad para expresar afecto.

Los actos violentos, que incluyen la violación y el abuso sexual, es una realidad cotidiana para miles de peruanos, siendo estas últimas formas particularmente impactantes y graves, especialmente para los sectores más vulnerables. Los actos de agresión sexual y violencia generan efectos de larga duración, infringiendo derechos esenciales como la libertad de expresión sexual, la seguridad emocional y física, y el bienestar general, comprometiendo el futuro de quienes los sufren.

La necesidad de proteger los derechos humanos dañados por los ataques sexuales es tal que han sido reconocidos y protegidos en las constituciones



de numerosos países a nivel mundial. Si bien las agresiones sexuales son un problema de justicia social, la falta de atención política y la minimización social de su gravedad contribuyen a la impunidad que prevalece en la mayor parte de las situaciones. a discusión sobre los derechos humanos en el Perú suele abordar las agresiones sexuales desde una perspectiva limitada, enfocándose en el aspecto sexual y no en su impacto profundo sobre los derechos fundamentales. A diferencia de la comunidad internacional, que considera la agresión dirigida hacia las féminas, un asunto mundial en lo relativo a los valores inherentes al ser humano que obstaculiza el desarrollo, en el Perú esta problemática no siempre se aborda con la misma prioridad.

Entre los numerosos factores que ayudan a la violencia, destaca la socialización, que crea roles de género asimétricos, ubicando a las feminas en un rol subalterno y a los hombres en una posición dominante, reforzando valores desiguales. Según David Finkelhor, la alta prevalencia de victimización sexual se debe a la supremacía masculina, que permite a los hombres ejercer control sobre las mujeres. El control masculino se ejerce a través de mecanismos que castigan, disciplinan y perpetúan la subordinación de las mujeres. La amenaza y la realidad de la victimización sexual sirven para intimidar y controlar a las mujeres, un proceso que a menudo inicia en la infancia.

La aceptación social del uso de la violencia física, emocional y sexual por parte de padres y tutores como método de control y socialización contribuye significativamente a la reproducción de este fenómeno. El aprendizaje y la internalización de la violencia en la infancia garantizan la continuidad de estas conductas en la adultez, perpetuando el ciclo de maltrato. Los medios



sociales favorecen la persistencia de la violencia a través de imágenes y mensajes que promueven el sexismo, la discriminación y la violencia, impactando a la población de manera constante e indiscriminada.

Las acciones educativo-preventivas: La educación en valores éticos, relaciones igualitarias y respeto mutuo busca prevenir la violencia familiar, combatiendo las jerarquías que generan desventajas y desigualdades entre las personas (28).

Las acciones organizativas: La Ley 26260 busca fomentar la colaboración ciudadana en la prevención y denuncia de la violencia familiar, involucrando a las organizaciones comunitarias en el monitoreo de las medidas judiciales adoptadas en estos casos (28).

Instalación de servicios: Esta ley busca mejorar la atención sobre la violencia intrafamiliar a través del establecimiento de comisarías especializadas para mujeres y menores, y el fortalecimiento de las comisarías ya existentes con personal especializado en este tipo de casos. La ley también propone la creación de sitios de protección temporal para víctimas de agresiones familiar a nivel local, e introduce una medida innovadora: la implementación de programas de tratamiento para agresores, con el objetivo de prevenir la repetición y propagación del maltrato (28).

Acciones de capacitación: Las acciones se enfocan en capacitar y apoyar a los miembros clave del sistema de justicia —policías, jueces y fiscales, para una respuesta más eficaz a la violencia familiar.

Acciones legales: El carácter sumarísimo de la ley, que ansía una solución expedita y concisa. a las víctimas sin excesivos formalismos, choca con las prácticas judiciales tradicionales. El desconocimiento de los jueces con este



tipo de procedimientos, arraigados en la cultura jurídica del país, dificulta su plena implementación (28).

2.2.4 Causas de la violencia contra las mujeres:

No hay una única causa. Se consideran como tal (29):

- Aceptación cultural de la violencia física como método de corrección.
- Ser el agresor.
- Tradiciones cimentadas en comunidades cerradas.
- Carencia de formación.
- capacidad de leer y escribir.
- Carencia de empleo estable y oportunidades.
- Pobreza.
- El conocimiento de la violencia y la agresión como elementos esenciales de la masculinidad.
- Emociones de descontento.
- Comportamientos adquiridos por el agresor en su familia natal
- Influencias familiares en la conducta del agresor
- El modelo de la mujer sumisa y con baja autoestima dentro del hogar.

La violencia contra la mujer trasciende las barreras socioeconómicas y geográficas. Involucra a las mujeres a escala internacional de todas las etnias y grupos económicos. Numerosos países han realizado investigaciones que podrían ofrecer un vasto conjunto de datos que permitirían desentrañar las auténticas dimensiones del problema (30).

2.2.4.1 El ciclo de la violencia familiar

Es un patrón recurrente que se intensifica Con el paso del tiempo, se pasa de una generación a otra (verticalmente) y se propaga a otros integrantes de



la familia (horizontalmente), tanto por parte del agresor como de la víctima, tanto por el perpetrador como por ella misma.

Cualquier actitud, conducta o palabra que el acometedor interprete como un ataque a su poder o imagen personal puede desencadenar un acto de violencia.

2.2.4.2 El ciclo se desarrolla en tres fases

1. Acumulación de tensión: Los episodios de violencia son inicialmente menores y poco frecuentes. Las tácticas de la mujer para evitar la confrontación son interpretadas por el hombre como una confirmación de su autoridad.
2. Explosión violenta: La violencia se intensifica, volviéndose más frecuente y grave. La víctima deja de intentar evitarla y simplemente espera que termine, sometiéndose al control total del agresor durante periodos que pueden durar días.
3. Arrepentimiento: El agresor utiliza la amabilidad, las disculpas y las promesas para manipular a la víctima, quien, deseando creerle, delega en él la responsabilidad de mantener la armonía familiar (30).

La violencia es una amenaza global que afecta a la salud pública y a todas las sociedades y clases sociales, presentando una complejidad y dificultad para su erradicación.

Las circunstancias que inciden en la violencia involucran:

1. Factores sociales a gran escala

Como la creciente urbanización, la falta de empleo, el narcoterrorismo y la pobreza, los conflictos políticos, la exclusión social y la presión social ejercida por los medios tienen un rol en la persistencia de la violencia.



2. Factores sociales a pequeña escala

Factores familiares: La desorganización familiar, la experimentación de agresiones domésticas en la infancia, el maltrato físico, psicológico o sexual, la transmisión de patrones violentos del entorno familiar, la ingesta de sustancias nocivas, la escasez de apoyo social y la presencia de trastornos psicopatológicos son causas que favorecen la violencia (29):

- Factores psicológicos: La relación entre alcoholismo, drogadicción y violencia es compleja. Además de los efectos directos de la intoxicación (estimulación o desinhibición de la agresión), existen factores psicológicos propios de la adicción que incrementan el riesgo de conductas violentas, factores como la frustración, el sentimiento de abandono o rechazo, la culpa (que puede llevar a la autodestrucción), la acometividad (de origen psicopatológico o fisiológico) y la carencia de principios éticos contribuyen a la violencia, aprendizaje de la violencia a través de la imitación, la incapacidad para regular emociones intensas, una identidad personal débil, la dificultad para integrarse en grupos sociales y la falta de habilidades interpersonales son factores que aportan a un mayor riesgo de violencia.
- Factores biológicos: como el consumo de sustancias tóxicas (etanol y narcóticos), el daño cerebral (difuso o localizado) y los trastornos hormonales pueden aumentar la propensión a la agresión.

La agresión infantil se origina en una interacción dinámica entre factores sociales, psicológicos y biológicos, no de forma aislada e



interdependiente, requiriendo un análisis interdisciplinario para su comprensión.

Dada la significativa repercusión social y familiar de este fenómeno, este estudio se propone analizar algunos de sus aspectos clave para una mejor comprensión.

2.2.5 Violencia en las etapas de la vida

La violencia hacia la mujer es una cuestión seria que impacta a un gran número de personas, en algunos lugares, con la selección del sexo del bebé antes del nacimiento o incluso con el infanticidio de niñas recién nacidas. Sus efectos perduran durante toda la existencia de la mujer. Millones de niñas sufren la violencia de la mutilación genital cada año. Las niñas son más vulnerables a la violación y el abuso sexual que los niños, ya sea por parte de familiares, personas de confianza, o desconocidos. En ciertas culturas, las mujeres solteras o adolescentes violadas enfrentan la terrible posibilidad de ser obligadas a casarse con su agresor o incluso ser encarceladas por el "delito" de haber sido violada. Las mujeres que quedan embarazadas antes del matrimonio, incluso como consecuencia de una violación, carecen de protección en algunas sociedades y pueden sufrir violencia, marginación o incluso la muerte a manos de sus familiares.

Para muchas mujeres, el hogar, lejos de ser un lugar seguro, se convierte en el principal escenario del abuso doméstico, en el que el esposo o la familia política pueden agredirlas, violarlas o asesinarlas. Esta vulnerabilidad aumenta con el embarazo, la edad o la discapacidad. El encarcelamiento, el aislamiento y la lejanía del hogar aumentan el riesgo de violencia para las mujeres. Esta vulnerabilidad se intensifica durante los conflictos armados,



donde las agresiones provienen tanto de combatientes enemigos como de fuerzas supuestamente aliadas.

Las investigaciones demuestran que el mayor riesgo de violencia, incluyendo lesiones, violación y asesinato, para las mujeres proviene de sus parejas íntimas, actuales o anteriores, haciendo de la violencia doméstica el tipo de agresión más habitual contra ellas. Los hombres pueden agredir físicamente a sus esposas o parejas de maneras extremadamente violentas, incluyendo golpes, quemaduras con ácido, violaciones y el uso de armas mortales. La gama de agresiones es amplia y grave. Las agresiones contra las mujeres pueden causar daños severos, incluso la muerte, ya sea de forma inmediata o como consecuencia de las heridas.

Los abusos que sufren las mujeres presentan similitudes con la tortura, dada su naturaleza y efectos. La agresión hacia las mujeres no solamente provoca lesiones físicas, sino que además genera como objetivo destruir su salud mental, a menudo mediante la humillación y la violencia física. Similar a la tortura, la violencia contra la mujer es impredecible e irracional, sin relación con el comportamiento de la víctima. Además, puede prolongarse durante años, con episodios repetidos semana tras semana.

El maltrato emocional incluye un abanico de conductas abusivos, incluyendo el maltrato verbal repetido, el acoso, el aislamiento y la privación de recursos materiales y personales. Para ciertas mujeres, el constante maltrato verbal y la manipulación emocional resultan más devastadores que los golpes físicos, minando profundamente su seguridad y autoconfianza. Según testimonios de mujeres que han sufrido violencia, el impacto psicológico del maltrato emocional, incluyendo la "tortura mental" y el "terror constante", es a menudo



más devastador que la violencia física, incluso cuando esta es un evento aislado (31).

2.2.6 Causas de la Violencia.

Existe una fuerte correlación entre el abuso en el hogar hacia las mujeres y su asociación con la ocurrencia de alcoholización en la agresora, según numerosos casos registrados.

La violencia, incluyendo huelgas violentas, tiroteos y agresiones físicas, se percibe erróneamente por algunos como un medio aceptable, incluso deseable, de actuar, reflejando una preocupante falta de conciencia social.

La ignorancia sobre métodos alternativos de resolución de conflictos sociales es generalizada. Se ignora que el diálogo y el análisis de las causas son herramientas más efectivas que la violencia para abordar los problemas sociales.

La incapacidad para controlar los impulsos contribuye a la violencia. La falta de estrategias efectivas para resolver conflictos sin agresión lleva a reacciones impulsivas y agresivas.

La incompatibilidad de caracteres y la falta de entendimiento entre parejas son factores principales que contribuyen a la violencia doméstica. Este ambiente conflictivo tiene consecuencias dañinas para el bienestar y la evolución de los niños, quienes pueden desarrollar problemas de comportamiento y una débil formación moral.

La drogadicción es una causa que favorece significativamente a la agresión y el uso de sustancias psicoactivas, a menudo como un medio para huir de la realidad, puede llevar a actos violentos, incluso contra familiares cercanos,



para obtener dinero o satisfacer la adicción. La violencia surge de la desconsideración hacia la comunidad en la que residimos. Si desarrollamos mayor conciencia en nosotros mismos, si examinamos que el uso de la fuerza no es la estrategia más apropiada para lograr objetivos, estamos convencidos de que nuestra sociedad se expandirá y se desarrollará (32).

2.2.6.1 Mujeres abusadas

Diversos factores, entre ellos el temor, la necesidad financiera, la carencia de acompañamiento familiar, la manipulación psicológica del agresor y las creencias religiosas, pueden llevar a las mujeres a permanecer en relaciones violentas. El matrimonio no debe ser un refugio para la violencia doméstica ni un instrumento de control y dominio del esposo sobre su esposa; la igualdad y el respeto son fundamentales para una relación armoniosa.

Las mujeres tienen derecho a decidir si permanecen o no en una relación donde sufren anulación personal, desautorización ante sus hijos, daño físico y emocional, y riesgo de muerte.

El derecho de una mujer a abandonar una relación abusiva, donde sufre violencia física, emocional y la amenaza de muerte, es fundamental e inalienable. La resistencia de las mujeres expuestas al abuso físico, emocional y la amenaza de muerte en relaciones abusivas es un derecho humano fundamental e irrenunciable (33).

2.2.6.2 Mujeres Maltratadas

Aunque existen casos de hombres víctimas de violencia doméstica, pero las mujeres son las más vulnerables y constituyen la mayoría de las personas afectadas, lo que lleva a algunos especialistas a utilizar el término "afectación psicológica por violencia de género". Aunque la violencia



intrafamiliar repercute en individuos de cualquier edad, según los datos estadísticos muestran una mayor incidencia en mujeres de entre 30 y 39 años, seguida de los grupos de 20 a 29 y 40 a 49 años, con menor frecuencia en mujeres de 15 a 19 años y mayores de 50 años.

Dos tercios de las mujeres afectadas por la violencia conyugal son casadas, mientras que el tercio restante incluye novias, exparejas y otras mujeres con una relación con el agresor.

Las mujeres son más propensas a sufrir violencia doméstica no se limita a factores físicos; también influyen la mayor obligación en el acompañamiento integral de los hijos, los quehaceres del hogar y la sujeción a los hombres en lo económico y en lo cultural recaen principalmente en las mujeres. Existe una paradoja en la violencia doméstica: aunque las mujeres que abandonan a sus agresores corren un mayor riesgo inmediato, la probabilidad de ser asesinadas por el abusador es significativamente mayor (75%) para las que se separan que para las que continúan viviendo con él (34).

Cada 25 de noviembre, se conmemora el Día Mundial contra la Violencia de Género, en honor a la memoria de las hermanas Mirabal, víctimas de un crimen brutal en la República Dominicana en 1960.

2.2.7 Autoestima

La autoestima pone de manifiesto la apreciación individual que formulamos sobre nosotros mismos, incluyendo la valoración positiva o negativa que nos damos, se construye con el tiempo y es susceptible de cambio y mejora. Es un proceso de aprendizaje que engloba el ámbito corporal, mentales y espirituales. Entre los 5 y 6 años se inicia la formación de nuestro autoconcepto, a partir de cómo nos perciben las figuras importantes de



nuestro entorno (padres, educadores, compañeros) y nuestras propias experiencias.

La autoestima refleja cómo nos percibimos a nosotros mismos: nuestros actos, valores y conductas. Es una valoración personal, subjetiva, de nuestro propio ser.

Una alta autoestima se caracteriza por la energía, el entusiasmo, la seguridad en uno mismo y la convicción del propio valor. En contraste, una baja autoestima se manifiesta en cansancio, falta de motivación, inseguridad y una sensación de poca valía.

Si bien es común experimentar altibajos en la autoestima, hay individuos que mantienen una baja autoestima de forma persistente, sin experimentar periodos de mayor valoración personal (35).

Una autoestima positiva se relaciona con un mayor éxito personal, al potenciar las habilidades y la confianza en uno mismo. Por otro lado, una autoestima disminuida incrementa la probabilidad de fracaso, al disminuir la autoeficacia y la motivación (36).

La comparación social, donde se destacan las virtudes ajenas y se minimizan las propias, es una causa frecuente de baja autoestima, especialmente cuando se percibe una inferioridad en el rendimiento o las habilidades; la falta de propósito en la vida, combinada con la descalificación por parte de personas importantes y la incapacidad de reconocer la propia singularidad, lleva a algunas personas a desvalorizarse y sentirse inferiores a los demás.

El entorno familiar es primordial en la elaboración de la identidad personal, inculcando valores y normas que, a veces, pueden obstaculizar o perjudicar



el desarrollo de la autoestima del individuo. La sociedad impone modelos que las familias adoptan e incorporan a su dinámica, influyendo en la formación de la personalidad, incluso cuando estos modelos son contraproducentes. La personalidad se moldea no solo en el seno familiar, sino también a través de la percepción que la familia tiene de la opinión ajena y de la propia autoimagen, especialmente al interactuar con personas fuera del círculo familiar.

La autoestima es un proceso de autoaceptación y respeto que se construye o reconstruye internamente, aunque influenciado por el entorno familiar y los estímulos que este proporciona.

Las heridas emocionales de la infancia pueden afectar gravemente la vitalidad corporal y la salud emocional de los sujetos plenamente emancipados, induciendo trastornos psicológicos y enfermedades como el cáncer o las úlceras, problemas cardíacos, trastornos alimenticios y depresiones. Las consecuencias de los traumas infantiles se manifiestan en diversas áreas de la vida adulta, generando conflictos laborales, baja energía y creatividad, problemas conyugales, dificultades en las relaciones sociales y una comunicación problemática con la familia.

La vulnerabilidad de los niños se ve agravada cuando padres, maestros o cuidadores responden a sus necesidades (de ayuda, consuelo, defensa, compañía) con humillación, desprecio, burlas o indiferencia, ignorando sus miedos, vergüenza o dolor. A pesar de demostraciones superficiales de cariño, las actitudes negativas de los adultos crean en el niño una identidad contradictoria y dañina, con un peso emocional que obstaculiza su desarrollo personal y sus capacidades.



Los adultos que sufrieron humillación o maltrato en la infancia pueden repetir estos patrones de comportamiento con personas más vulnerables. La raíz de muchos problemas en la vida adulta se encuentra en el desdén y la deshonra experimentados en la infancia, perpetuando un ciclo de abuso y desequilibrio de poder a través de las generaciones.

Se constata una asociación directa entre la autoestima y la comunicación, ya que la manera en que se expresan las cosas determina si se fomenta el aprendizaje o el resentimiento. Esta influencia, transmitida en forma intergeneracional, explica por qué algunos padres dañan la autoestima de sus hijos sin ser conscientes de ello, replicando modelos de comunicación recibidos en su infancia.

Para manipular a sus hijos y obtener la reacción deseada, algunos padres adoptan un comportamiento martirístico. Utilizan el control emocional, culpando al niño por su sufrimiento y empleando tácticas como quejas, reproches, lágrimas y amenazas para conseguir su objetivo.

¿En que nos equivocamos que nos haces estas cosas?

Los padres "dictadores" imponen su autoridad a través del miedo y la intimidación, castigando severamente cualquier desobediencia. Su comportamiento, marcado por la rigidez, las amenazas y la ira, somete al niño a un ambiente de constante tensión y humillación.

No entiendo por qué no comprendes esto.

- Ya te lo había explicado, y ahora tendrás que afrontar las consecuencias de no haberme hecho caso."
- Debes hacer lo que te pido, sin necesidad de más explicaciones."



La combinación y alternancia entre roles controladores (martir y dictador), a menudo mezclados con muestras de afecto, generan confusión en los niños. Cualquier queja o muestra de malestar por parte del niño suele ser recibida con juicio, culpabilización y descalificación.

Nuestra comunicación interior está profundamente marcada por la forma en que fuimos criados. Esas voces del pasado pueden seguir afectándonos, por lo que es fundamental reconocerlas, romper con su control y construir una comunicación consciente que nos permita liberarnos de patrones negativos y criar a nuestros hijos de manera diferente.

Criticar, acusar, insultar o reprochar no es una forma de educar; ningún tipo de maltrato lo es. Los niños, especialmente, son sumamente vulnerables a este tipo de comunicación dañina, sin la capacidad de defenderse o comprender las causas subyacentes. La ausencia de ayuda y las limitaciones parentales para gestionar sus emociones pueden llevarlos a asumir roles controladores y dañinos.

No podemos cargar con el peso de los problemas de nuestros padres, ni con sus comportamientos controladores. Para sanar y evitar repetir esos patrones en nuestras propias relaciones, debemos identificar cómo nos afectaron estas actitudes y así construir una forma de crianza y de interacción más positiva y saludable con nuestros hijos y las personas que están bajo nuestro cuidado.

2.2.2.7 Tipos de autoestima

Existen tres métodos para desarrollar la autoestima en las personas

- Autoestima alta (Normal): El individuo se quiere, se comprende y se aprecia por lo que es.



- Autoestima Baja: El individuo no se estima, no es aprobado ni reconoce su valor por lo que es.
- Autoestima media: Esta es la situación más habitual, dado que la vida nos enfrenta a pruebas y obstáculos variados.

No se descarta el rechazo. Generalmente, uno de los dos componentes de la autoestima destaca por encima del otro.

Un instante de autoestima positiva puede elevar nuestro nivel general de autoestima de forma natural. Podemos aprovechar esta alza para salir de estados más bajos.

No subestimemos el valor de una autoestima moderada. Puede ser tan satisfactoria y enriquecedora para el desarrollo personal como una autoestima alta.

La autoestima suele ser constante. Si alguna vez has tenido una autoestima muy alta, es difícil perderla. En cambio, si tu nivel de autoestima ha sido bajo en el pasado, es casi imposible alcanzar un nivel alto ahora (37).

2.2.2.8 Diferencias entre personas con alta y baja autoestima

Características de una persona con alta autoestima:

- Conocen sus fortalezas y áreas de mejora.
- Se sienten cómodos con quienes son.
- No dudan en expresar sus opiniones.
- No les da miedo la interacción social.
- Son capaces de detectar y comunicar sus emociones internas.
- Participan activamente en su entorno, tanto en el estudio como en el trabajo.



- Son personas autónomas que no dudan en pedir ayuda cuando la necesitan, pero también son generosas y están dispuestas a ayudar a quienes las rodean.
- Aceptan los retos y no se acobardan ante ellos.
- Son compasivas, solidarias y colaboradoras.
- Son personas innovadoras que disfrutan de la inventiva, buscan experiencias diferentes y se apasionan por adquirir nuevos conocimientos y destrezas.
- No tienen miedo de probar cosas nuevas.
- Son metódicas y organizadas en sus tareas.
- No dudan en pedir ayuda cuando lo necesitan.
- Expresan sus opiniones con seguridad.
- Aceptan sus errores y aprenden de ellos.
- Son humildes y no buscan halagos.
- Conocen sus puntos fuertes y trabajan para mejorar sus debilidades
- Son líderes naturales (38) .

2.2.2.9 Características de una persona con baja autoestima

Les cuesta tomar decisiones, pues la inseguridad y el temor al error las paralizan. Solo se deciden cuando tienen una certeza absoluta de que obtendrán los resultados esperados (39).

- Carecen de confianza en sí mismas y se perciben como incapaces de afrontar retos.
- No valoran sus talentos y se centran en sus limitaciones, mientras que idealizan las habilidades de los demás.



- Prefieren la comodidad y seguridad a la aventura de lo nuevo y desconocido.
- Son fácilmente presa de la ansiedad y los nervios, lo que las lleva a evitar situaciones que les generan temor.
- Se caracterizan por la pasividad y la falta de iniciativa, prefiriendo dejar que las cosas sucedan sin tomar acción.
- Prefieren la soledad y tienen pocas relaciones sociales.
- No se sienten cómodas compartiendo tiempo con otras personas.
- Evitan integrarse en grupos o eventos sociales, ya sea en el trabajo o en la escuela.
- Se les dificulta entablar conversaciones con otros.
- Necesitan la ayuda constante de los demás para realizar sus tareas.
- Se rinden con facilidad ante cualquier desafío
- No se sienten contentas consigo mismas y creen que no hacen nada bien.
- No se conocen lo suficiente para entender y expresar sus emociones.
- Su baja autoestima las hace sensibles a las críticas y les cuesta aceptarlas.
- Tienen dificultades para reconocer sus errores y asumir la responsabilidad.
- Sienten una gran culpabilidad cuando las cosas no salen como esperan.

2.2.2.10 Características de las personas con autoestima alta sobredimensionada

Aplicando los conceptos básicos de la teoría freudiana, podemos obtener una mejor comprensión de los rasgos propios de esta clase (39):



- Se creen superiores a los demás, pensando que pueden hacerlo todo mejor.
- Siempre están convencidas de tener la razón y no reconocen sus errores.
- Tienen una confianza en sí mismas exagerada, sin darse cuenta de los riesgos que pueden correr.
- Se creen amadas por todos, sin importar sus acciones.
- Son muy extrovertidas y ruidosas, hablando constantemente.
- Actúan de manera egocéntrica, sin tomar en cuenta las opiniones o necesidades de los demás.
- Su actitud de "sabelotodo" suele generar rechazo en los demás.
- Tienen un amor obsesivo por sí mismas, llegando a ser autodestructivo.
- Su vanidad es excesiva, llegando a los límites del narcisismo.
- Se percibe a sí misma como atractiva, sin importar su apariencia física.
- Cree ser la persona más interesante del mundo.
- Se considera dueña del cuerpo más bello.
- Piensa que deja una gran impresión en todos los que la conocen.
- Disfruta de los elogios y busca constantemente la atención de los demás.
- Considera que todos están obligados a quererla, sin importar sus acciones.
- Se cree infalible, pero critica duramente a los demás cuando cometen errores.
- Se obsesiona con su salud, llegando a un punto extremo.
- Se siente merecedora de más que los demás, sin considerar sus necesidades.



- Desea lucir atuendos destacados, perfumes y entes corpóreos, sin importar el costo (40).

2.2.8 Factores relacionados con la autoestima

2.2.8.1 La familia

La autoestima es un proceso interno de auto-amor y respeto, pero también se nutre del ambiente familiar y las experiencias que este ofrece.

La violencia familiar suele estar ligada a una autoestima disminuida en la persona afectada como en el agresor. La víctima, por un lado, se siente incapaz de defenderse y establecer límites, mientras que el agresor busca compensar su propia inseguridad a través del maltrato.

Las cicatrices emocionales de la niñez pueden generar un círculo vicioso de sufrimiento que se extiende a la adultez, manifestándose en trastornos psicológicos, enfermedades físicas y dificultades en las relaciones personales, laborales y familiares, impidiendo una vida plena.

Algunos adultos, como padres, maestros o cuidadores, humillan a los niños, ignoran sus necesidades y se burlan de sus miedos, mientras que luego les muestran cariño de forma superficial, creando un mensaje contradictorio que les confunde y les hace sentir inseguros. Este comportamiento genera un factor que dificulta su crecimiento y aprendizaje, dificultando su crecimiento emocional y personal.

La autoestima de los hijos se construye desde la infancia a través de las interacciones familiares. El lenguaje y la actitud que los padres utilizan al relacionarse con sus hijos puede generar un sentimiento de seguridad o de inseguridad, y afectar su autoestima de manera positiva o negativa. A veces,



los padres repiten patrones de comunicación aprendidos en su propia infancia, sin darse cuenta del daño que pueden estar causando (41).

2.3 Marco conceptual

Autoestima. Es la confianza que tenemos en nosotros mismos y se forma desde que nacemos. Depende del trato que recibimos: si nos sentimos amados, seguros y apoyados, nuestra autoestima será más fuerte. En cambio, si nos encontramos con desánimo, críticas o falta de afecto, nuestra autoestima se puede ver afectada (42)

Violencia Familiar. Acción que infrinja o vulnere la integridad corporal, mental o sexual de otra persona, basada en su género, se considera violencia de género (43).

Tipo de Familia. Una agrupación de sujetos conectados entre sí por lazos de sangre o de pareja, y puede ser nuclear (formada por padres e hijos), extensa (incluyendo otros familiares) o monoparental (compuesta por un solo padre o madre) (44).

Nivel de Instrucción. Se refiere a los años de estudios que la adolescente embarazada ha cursado y aprobado hasta la fecha (45).

Estado Civil. Se refiere a si la adolescente embarazada está casada, en pareja o soltera (46).

Dependencia Económica. Se refiere a la persona que proporciona el sustento económico a la adolescente embarazada (47).

Procedencia. Se refiere al lugar de nacimiento de la adolescente embarazada y su lugar de residencia actual (47).



Edad de la Pareja. Describe la edad del compañero íntimo de la adolescente embarazada, expresada en años cumplidos (48).

Embarazo deseado. Se refiere a algo que sucede con intención o programación anticipada (49).

Test de autoestima de Rosenberg. Herramienta de evaluación que explora la autoestima, entendida como la valoración personal y el respeto propio (50). Se clasifica en:

Alta Mayor o igual a 30 puntos

Media 26-29 puntos

Baja Menor o igual a 25 puntos



CAPÍTULO III

METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Métodos de la investigación

El presente trabajo de investigación emplea un método descriptivo transversal, dado que se basará en el análisis de casos y controles.

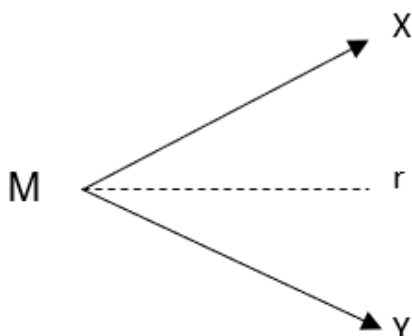
Por la naturaleza del estudio, este se clasifica como correlacional, ya que su propósito principal es establecer las asociaciones existentes entre las variables analizadas. Más allá de describir o abordar el problema investigado, busca establecer vínculos significativos entre dichas variables. En términos de su finalidad, la investigación es de tipo básica (51).

3.2. Diseño de la investigación

A. El diseño de la investigación se alude al conjunto de estrategias y métodos planificados con antelación con el fin de efectuar el estudio, orientado a alcanzar los objetivos y validarlos mediante la prueba de hipótesis. En lo que respecta a este estudio, se ha procedido por un diseño no experimental, con un enfoque específico correlacional.

B. Diseño específico

En la fase de desarrollo de esta investigación se plantearon la estrategia

Figura 1*Diseño específico*

Nota: El diagrama muestra un punto M. Donde M representa la muestra con la que se ejecutará en el estudio; X corresponde a los datos de la primera variable; y a los datos de la segunda variable, mientras que r señala la intensidad del ajuste lineal entre las variables.

a) Prueba estadística:

Para la situación actual, se implemento la prueba Chi-cuadrado

b) Calculo del estadístico de prueba.**Cálculo del estadístico Chi-cuadrado**

Aplica la fórmula:

$$x^2 = \sum \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

Donde:

O_{ij} = es la frecuencia observada en la celda i,j,

E_{ij} = es la frecuencia esperada en la misma celda

Determinación de los grados de libertad

$$gl = (r - 1) \times (c - 1)$$



Decisión estadística

- Contrasta el estadístico obtenido con el umbral de la tabla Chi-cuadrado según el criterio de significación elegido ($\alpha=0.05$) y a los grados de libertad determinados.
- Alternativamente, si usas software estadístico, compara el valor-p con α :
 - Si $p < 0.05$: Se descarta la hipótesis nula. Se evidencia una relación significativa entre las variables.
 - Si $p \geq 0.05$: No se descarta la hipótesis nula. No hay evidencia de asociación significativa

3.3. Población y muestra

3.3.1 Población

Está representada por todas las mujeres gestantes asistidas en el Puesto de salud "Santa Catalina" Juliaca-2014, en el consultorio de Control Pre-Natal.

Cantidad conformada por 119 gestantes

3.3.2 Muestra

Por ser una población pequeña, el tamaño de la muestra se aplicó con la prueba de Fisher. Se tomo como muestra el 40% del total de población siendo esta (48) mujeres gestantes equivalente al 100% despejándose tiene:

$$119 (N) \text{ ————— } 100 \% (N)$$

$$X \text{ ————— } 40 \% (n)$$

$$X = \frac{119 \times 40}{100} = 48 \text{ Mujeres gestantes en estudio}$$

El tamaño de la muestra representativa es de 48 mujeres gestantes del puesto de salud Santa Catalina Juliaca-2014.



3.4. Técnicas e instrumentos de investigación

3.4.1 Técnicas de investigación

Variable 1: Violencia Familiar (Variable Independiente)

Técnicas aplicadas:

- Entrevista programada - Para recopilar información directa de las gestantes sobre experiencias de violencia
- Investigación de los Expedientes de Salud - Para revisar registros médicos y antecedentes documentados de violencia

Variable 2: Autoestima de mujeres gestantes (Variable Dependiente)

Técnica aplicada:

- Entrevista programada - Para aplicar el instrumento de medición de autoestima directamente a las participantes

3.4.2 Instrumentos de investigación

Variable 1: Violencia Familiar

Instrumentos utilizados:

- Ficha de Entrevista Estructurada - Específicamente diseñada para el tamizaje de violencia familiar, que posibilita detectar y agrupar las diversas formas de maltrato (corporal, emocional y sexual)
- Historias Clínicas - Para corroborar información médica relacionada con episodios de violencia registrados previamente

Variable 2: Autoestima de mujeres gestantes

Instrumento utilizado:

- Test de Autoestima de Rosenberg - Aplicado como parte de la Ficha de Entrevista Estructurada, que evalúa la autoestima en tres niveles:
 - Alta: Mayor o igual a 30 puntos



- Media: 26-29 puntos
- Baja: Menor o igual a 25 puntos

3.5. Procesamiento de la investigación

1. Se remitió una petición formal al jefe o directivo del establecimiento de salud 'Santa Catalina', informando sobre la implementación de la técnica y el instrumento de recogida de información.
2. Se coordinó con las mujeres gestantes para realizar la investigación y se les informó sobre los por menores de la pesquisa y explicar la forma de trabajo de la investigación, informándoles lo necesario.
3. Se explicó la ficha de cuestionario en una sola vez, cuyo contenido será el mismo para cada mujer gestante.

3.6. Procesamiento de datos: análisis estadístico

Para la contratación de la hipótesis: Prueba estadística.

$$\chi^2 = \sum \left[\frac{(f_o - f_e)^2}{f_e} \right]$$

Donde:

$\chi^2 = X^2$ = cuadrada calculada.

f_e = Frecuencia esperadas.

f_o = Frecuencia s observada.

- **Para la Variable dependiente.**

Puntajes para el variable dependiente: Test de autoestima

Atraves del programa "SPSS".

Se desarrolló una caracterización de la autoestima de la mujer gestante que fue afectado por actos violentos utilizando este método:

Valoración (Criterios de evaluación –Carozzo J.C. 2001).



De 0 a 10 puntos: Baja autoestima:

Individuos con baja autoestima tienden a percibirse como inferiores a los demás, colocando a estos últimos en una posición superior a la suya.

Aquellos con escasa autoestima les falta seguridad en sus capacidades, interpretando incluso pequeños desafíos como fracasos. Al adoptar esta mentalidad, se autoimponen una sensación de derrota que les obstaculiza en la consecución de sus metas. Además, muestran insatisfacción constante al buscar la perfección en sus labores, motivados por sentirse derrotados. Por tanto, el éxito les brinda alegría y les permite pasar por alto posibles fallos.

De 11 a 30 puntos: Autoestima media:

Individuos de este tipo mantienen una autoestima fuerte, aunque en ciertos momentos esta puede tambalearse. Estas personas conservan una sólida autoestima, aunque en ocasiones puede verse afectada. Las personas con esta disposición tienden a depender en cierta medida de la opinión de los demás; su autoestima aumenta cuando reciben apoyo y disminuye si cometen errores.

De 31 a 40 puntos: Alta autoestima:

Individuos con una alta autoestima están destinados al triunfo en todos los aspectos de su existencia. Estas personas se consideran poderosas y dueñas de la verdad en todo momento. Son individuos difíciles de convencer y de derrotar. Su fortaleza mental los convierte en verdaderos bastiones difíciles de derribar.

- **Estilos o normas de redacción utilizada en el proyecto**

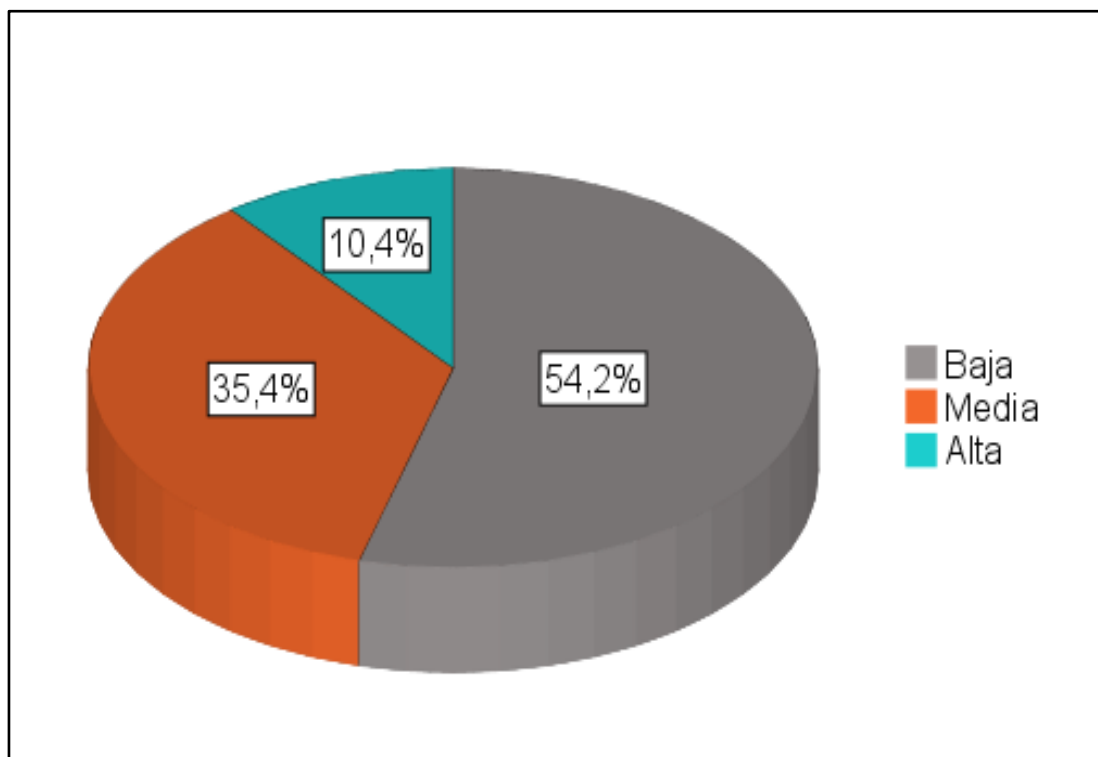
Se adoptaron las normas Vancouver.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Presentación, análisis e interpretación de los datos

Figura 2. Nivel de autoestima en las mujeres gestantes que asisten al puesto de salud



Fuente: Matriz de sistematización de datos

INTERPRETACIÓN:

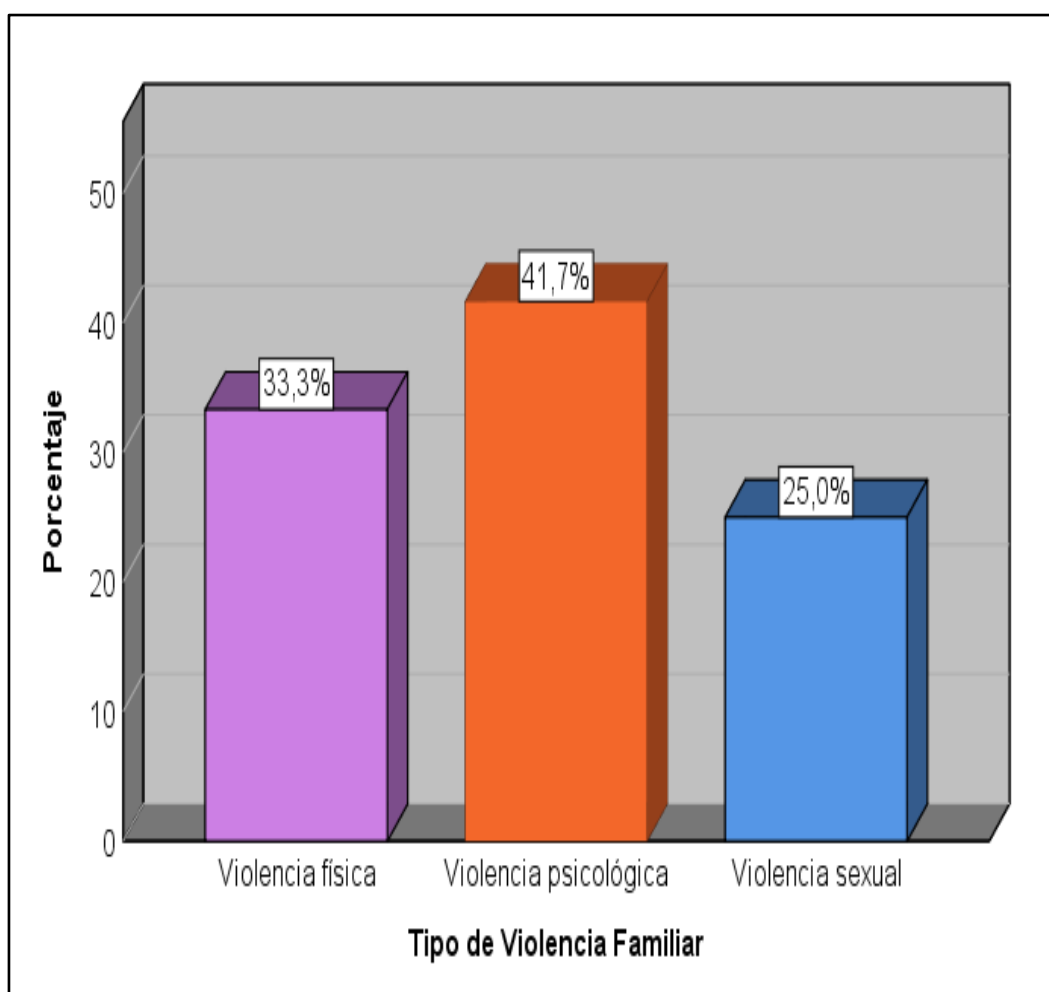
La figura 2, manifiesta el análisis de los niveles de autoestima en las mujeres gestantes que son asistidas en el Puesto de Salud Santa Catalina muestra una distribución preocupante. Del total de 48 mujeres encuestadas, el 54.2%

(26) presenta un nivel bajo de autoestima, lo que indica que más de la mitad experimenta inseguridades significativas.

El 35.4% (17) se encuentra en un nivel medio de autoestima, lo que conlleva una impresión menos negativa pero aún insuficiente para considerarse una autoestima alta.

Por otro lado, solo el 10.4% (5) alcanza un nivel elevado de autoestima, lo que manifiesta que una minoría del grupo tiene confianza en sus capacidades.

Figura 3. Tipo de violencia familiar en las mujeres gestantes que asisten al puesto de salud



Fuente: Matriz de sistematización de datos



INTERPRETACIÓN:

La figura 3, evidencia el análisis del tipo de violencia familiar en las mujeres gestantes donde indica que la violencia psicológica es la más frecuente, afectando al 41.7% (20) de la muestra. Este tipo de violencia incluye insultos, amenazas, chantajes y otras conductas que afectan el bienestar emocional. La violencia física es el segundo tipo más reportado, con un 33.3% (16). Este porcentaje refleja un tercio de las mujeres ha sufrido agresiones como puñetes, jalones o patadas, situaciones que no solo ponen en riesgo su integridad física, junto con su bienestar emocional y el del embarazo. Por último, la violencia sexual afecta al 25.0% (12). Aunque es el porcentaje más bajo entre los tipos de violencia, sigue siendo alarmante, ya que incluye conductas como forzamiento sexual o relaciones sin consentimiento.

Tabla 2. Tipo de violencia familiar y nivel de autoestima de las mujeres gestantes que asisten al puesto de salud

Tipo de Violencia Familiar	Nivel de autoestima							
	Bajo		Media		Alto		TOTAL	
	Fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%
Violencia física	8	16.7	6	12.5	2	4.2	16	33.3
Violencia psicológica	8	16.7	9	18.8	3	6.3	20	41.7
Violencia sexual	10	20.8	2	4.2	0	0.0	12	25
TOTAL	26	54.2	17	35.4	5	10.4	48	100.0

Fuente: Matriz de sistematización de datos

$$X_c^2 = 12.847 \quad X_t^2 = 9.488 \quad g.l. = 4 \quad P < 0.05$$

INTERPRETACIÓN.

La Tabla 2 manifiesta el análisis de la relación entre los tipos de violencia familiar y el nivel de autoestima de las mujeres gestantes. Cada tipo de violencia afecta de manera diferenciada al nivel de autoestima.

En lo referente a la violencia física, expresada por el 33.3% (16) de las mujeres, se revela que el 16.7% (8) presenta un nivel bajo de autoestima, el 12.5% (6) tiene un nivel medio, y solo el 4.2% (2) logra un nivel alto de autoestima. Estos hallazgos manifiestan que la violencia física reduce notablemente la autoestima, concentrándose mayormente en los niveles bajos y medios.

La violencia psicológica, la que más se presenta, afecta al 41.7% (20) de las mujeres gestantes. De este grupo, el 16.7% (8) tiene un nivel bajo de autoestima, el 18.8% (9) evidencia un nivel medio, y el 6.3% (3) alcanza un nivel alto. Esto evidencia que la violencia psicológica influye en todos los niveles de autoestima.



En cuanto a la violencia sexual, que afecta al 25.0% (12) de las mujeres, se observa una influencia más severa en los niveles bajos de autoestima. El 20.8% (10) de las féminas que padecen este tipo de violencia tiene autoestima baja, el 4.2% (2) tiene un nivel medio, y ninguna alcanza un nivel alto.

En general, se manifiesta que el 54.2% (26) de las mujeres tiene un nivel bajo de autoestima, influido principalmente por la violencia sexual y psicológica. El 35.4% (17) presenta un nivel medio, destacando la violencia psicológica como un factor recurrente en este grupo. Solo el 10.4% (5) de las mujeres logra alcanzar un nivel alto de autoestima, generalmente afectado por tipos menos severos de violencia física o psicológica. Además de un total de 48 mujeres encuestadas (100%), el 41,7% (20) han sufrido violencia psicológica, lo que la convierte en el tipo de violencia más prevalente en este grupo. Le sigue la violencia física con 33,3% (16) y, finalmente, la violencia sexual con 25% (12).

Finalmente, el análisis estadístico realizado, usando la prueba de chi cuadrado, respalda estas observaciones. El valor calculado ($X^2c = 12.847$) supera al valor crítico ($X^2t = 9.488$) con 4 gl y un nivel de significancia de $p < 0.05$. Esto indica que existe una relación estadísticamente significativa entre la modalidad de violencia familiar y el grado de autoestima en las gestantes evaluadas. Es decir, los distintos tipos de violencia familiar afectan de manera diferente la autoestima de las mujeres embarazadas.

Tabla 3. Nivel de instrucción y el nivel de autoestima de las mujeres gestantes que asisten al puesto de salud

Nivel de Instrucción	Nivel de autoestima						TOTAL	
	Bajo		Media		Alto		fi	%
	Fi	%	Fi	%	fi	%		
Sin estudio	7	14.6	3	6.3	1	2.1	11	22.9
Primaria	7	14.6	4	8.3	1	2.1	12	25.0
Secundaria	5	10.4	4	8.3	0	0.0	9	18.8
Superior	7	14.6	6	12.5	3	6.3	16	33.3
TOTAL	26	54.2	17	35.4	5	10.4	48	100.0

Fuente: Matriz de sistematización de datos

$$X_c^2 = 11.847 \quad X_t^2 = 3.064 \quad g.l. = 6 \quad P < 0.05$$

INTERPRETACIÓN.

La Tabla 3 evidencia el análisis de la relación entre el nivel de instrucción y el nivel de autoestima de las mujeres gestantes, mostrando cómo cada nivel educativo influye de manera diferenciada en la autoestima.

En el caso de las mujeres sin estudios, que representan el 22.9% (11) del total, se observa que el 14.6% (7) tiene un nivel bajo de autoestima, el 6.3% (3) un nivel medio, y solo el 2.1% (1) alcanza un nivel alto. Esto refleja que la falta de educación formal limita considerablemente el desarrollo de una autoestima positiva, con una mayor concentración en los niveles bajos y medios.

Las mujeres con educación primaria, que constituyen el 25.0% (12) del total, presentan una distribución similar. El 14.6% (7) tiene un nivel bajo de autoestima, el 8.3% (4) un nivel medio, y solo el 2.1% (1) alcanza un nivel alto. Aunque este grupo evidencia un avance moderado en los rangos medio y superior en comparación con aquellas sin estudios, la mayoría sigue concentrada en niveles bajos de autoestima.



En cuanto a las mujeres con educación secundaria, que representan el 18.8% (9), el 10.4% (5) tiene un nivel bajo de autoestima, el 8.3% (4) un nivel medio, y ninguna alcanza un nivel alto. Esto evidencia que, aunque la educación secundaria reduce la prevalencia de autoestima baja en comparación con niveles educativos inferiores, no logra fomentar significativamente la autoestima alta.

Por último, las mujeres con educación superior, que constituyen el 33.3% (16), son el grupo con la mayor proporción de autoestima media y alta. El 14.6% (7) tiene un nivel bajo de autoestima, el 12.5% (6) un nivel medio, y el 6.3% (3) alcanza un nivel alto. Este grupo presenta la distribución más equilibrada, esto plantea que la educación superior produce un efecto beneficioso en la autoestima, aumentando las posibilidades de alcanzar niveles más altos de percepción personal.

En general, el 54.2% (26) de las mujeres tiene un nivel bajo de autoestima, predominando en aquellas con menor nivel educativo (sin estudios y primaria). El 35.4% (17) presenta un nivel medio, con una mayor representación en mujeres con educación superior. Solo el 10.4% (5) logra alcanzar un nivel alto de autoestima, principalmente en el grupo con mayor instrucción. Además de las 48 mujeres encuestadas (100%), 22,9% (11) no tienen estudios formales, 25,0% (12) alcanzaron nivel primaria, 18,8% (9) culminaron secundaria y 33,3% (16) cuentan con estudios superiores.

Finalmente, el análisis estadístico realizado, usando la prueba de chi cuadrado, respalda estas observaciones. El valor calculado ($X^2c = 11.847$) supera al valor crítico ($X^2t = 3.064$) con 6 gl y un nivel de significancia de $p < 0.05$. Esto comprueba que hay un vínculo no atribuible al azar entre el nivel educativo y el nivel de autoestima en las gestantes estudiadas. Es decir, los distintos niveles de instrucción afectan de manera diferente la autoestima de las mujeres gestantes

Tabla 4. Estado civil y el nivel de autoestima de las mujeres gestantes que asisten al puesto de salud

Estado Civil	Nivel de autoestima						TOTAL	
	Bajo		Media		Alto			
	Fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%
Soltera	9	18.8	3	6.3	1	2.1	13	27.1
Casada	9	18.8	8	16.7	2	4.2	19	39.6
Conviviente	8	16.7	6	12.5	2	4.2	16	33.3
TOTAL	25	54.2	17	35.4	5	10.4	48	100.0

Fuente: Matriz de sistematización de datos

$$X_c^2 = 7.934 \quad X_t^2 = 1.736 \quad g.l. = 4 \quad P < 0.05$$

INTERPRETACIÓN.

La Tabla 4 evidencia el análisis de la relación entre el estado civil y el nivel de autoestima de las mujeres gestantes.

En el caso de las mujeres no casadas, que representan el 27.1% (13), se manifiesta que el 18.8% (9) tiene un nivel bajo de autoestima, el 6.3% (3) un nivel medio, y solo el 2.1% (1) alcanza un nivel alto. Esto refleja que la soltería puede asociarse con un mayor impacto negativo en la autoestima.

Las mujeres casadas, que constituyen el 39.6% (19), presentan una distribución más balanceada. De estas, el 18.8% (9) tiene un nivel bajo de autoestima, el 16.7% (8) un nivel medio, y el 4.2% (2) alcanza un nivel alto. Este grupo evidencia que el matrimonio podría ofrecer mayor estabilidad emocional, favoreciendo niveles más altos de autoestima en comparación con las solteras.

Por su parte, las mujeres convivientes, que representan el 33.3% (16), muestran que el 16.7% (8) tiene un nivel bajo de autoestima, el 12.5% (6) un nivel medio, y el 4.2% (2) alcanza un nivel alto. Este grupo tiene una distribución similar al de las



casadas, pero con una leve mayor concentración en los niveles bajos y medios, lo que sugiere que la convivencia ofrece apoyo, aunque no al nivel de estabilidad que podría brindar el matrimonio.

En general, el 54.2% (25) de las mujeres tiene un nivel bajo de autoestima, predominando en los grupos de solteras y casadas. El 35.4% (17) presenta un nivel medio, con mayor presencia en mujeres casadas y convivientes. Solo el 10.4% (5) alcanza un nivel alto de autoestima, distribuido principalmente entre casadas y convivientes. Además de las 48 mujeres encuestadas (100%), 27,1% (13) son solteras, 39,6% (19) son casadas y 33,3% (16) son convivientes

Finalmente, el análisis estadístico, usando la prueba de chi cuadrado, respalda estas observaciones. El valor calculado ($X^2c = 7.934$) supera al valor crítico ($2t = 1.736$) con 4 gl y un valor crítico de p inferior a 0,05. Esto evidencia que existe una relación estadísticamente significativa entre el estado civil y el nivel de autoestima en las gestantes estudiadas. Es decir, los distintos estados civiles afectan de manera diferente la autoestima de las mujeres gestantes.

Tabla 5. Procedencia y el nivel de autoestima de las mujeres gestantes que asisten al puesto de salud

Procedencia	Nivel de autoestima						TOTAL	
	Bajo		Media		Alto			
	Fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%
Urbana	8	16.7	4	8.3	2	4.2	14	29.2
Urbano - marginal	7	14.6	7	14.6	2	4.2	16	33.3
Rural	11	22.9	6	12.5	1	2.1	18	37.5
TOTAL	26	45.2	17	35.4	5	10.4	48	100.0

Fuente: Matriz de sistematización de datos

$$X_c^2 = 6.245 \quad X_t^2 = 1.701 \quad g.l. = 4 \quad P < 0.05$$

INTERPRETACIÓN

La Tabla 5 evidencia el análisis de la relación entre el tipo de familia y el nivel de autoestima de las mujeres gestantes.

En el caso de las mujeres que forman parte de una familia, que representan el 37.5% (18) del total, se manifiesta que el 27.1% (13) presenta un nivel bajo de autoestima, el 6.3% (3) tiene un nivel medio, y el 4.2% (2) alcanza un nivel alto. Este resultado manifiesta que, aunque la estructura familiar nuclear es común, las mujeres en este grupo presentan una mayor tendencia hacia niveles bajos de autoestima con factores internos como el estrés familiar o expectativas no cumplidas.

Por otro lado, las mujeres de familia extensa, que constituyen el 22.9% (11) del total, muestran una distribución más equilibrada. El 8.3% (4) tiene un nivel bajo de autoestima, el 10.4% (5) presenta un nivel medio, y el 4.2% (2) alcanza un nivel alto. Este patrón sugiere que la presencia de más miembros en la familia, posiblemente con un mayor apoyo emocional, contribuye a que haya una



asignación más equitativa entre los distintos niveles de autoestima.

Finalmente, las mujeres de familia monoparental, que representan el 39.6% (19) del total, muestran la mayor proporción de mujeres con bajo nivel de autoestima. En este grupo, el 18.8% (9) tiene un nivel bajo, otro 18.8% (9) tiene un nivel medio, y solo el 2.1% (1) alcanza un nivel alto. Esto refleja que las mujeres en una familia monoparental enfrentan mayores desafíos emocionales y sociales.

En términos generales, el 54.2% (26) de las mujeres ostentan un nivel bajo de autoestima, especialmente en las familias monoparentales. El 35.4% (17) tiene un nivel medio, con mayor representación en las familias monoparentales y extensas. Solo el 10.4% (5) alcanza un nivel alto de autoestima, distribuido principalmente entre las mujeres de familia extensa y nuclear. Además de las 48 encuestadas (100%), 29,2% (14) provienen de zonas urbanas, 33,3% (16) de zonas urbano-marginales y 37,5% (18) de zonas rurales, siendo este último el grupo más numeroso dentro del estudio

Finalmente, el análisis estadístico realizado, usando la prueba de chi cuadrado, respalda estas observaciones. El valor calculado ($X^2c = 6.245$) supera al valor crítico ($X^2t = 1.701$) con 4 gl y un valor crítico de p inferior a 0,05. Esto evidencia que existe una relación estadísticamente significativa entre la procedencia y el nivel de autoestima en las gestantes estudiadas. Es decir, la procedencia impacta de forma distinta la confianza personal de las embarazadas.

Tabla 6. Tipo de familia y el nivel de autoestima de las mujeres gestantes que asisten al puesto de salud

Tipo de Familia	Nivel de autoestima						TOTAL	
	Bajo		Media		Alto			
	Fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%
Nuclear	13	27.1	3	6.3	2	4.2	18	37.5
Extensa	4	8.3	5	10.4	2	4.2	11	22.9
Monoparental	9	18.8	9	18.8	1	2.1	19	39.6
TOTAL	26	54.2	17	35.4	5	10.4	48	100.0

Fuente: Matriz de sistematización de datos

$$X_c^2 = 8.156 \quad X_t^2 = 5.885 \quad g.l. = 4 \quad P < 0.05$$

INTERPRETACIÓN

La Tabla 6 manifiesta el análisis de la relación entre el tipo de familia y el nivel de autoestima de las mujeres gestantes.

En el caso de las mujeres que pertenecen a una familia nuclear, que representan el 37.5% (18) del total, se observa que el 27.1% (13) logra un nivel bajo de autoestima, el 6.3% (3) manifiesta un nivel medio, y el 4.2% (2) alcanza un nivel alto. Este grupo muestra una prevalencia significativa de mujeres con baja autoestima.

En las mujeres que forman parte de una familia extensa, que constituyen el 22.9% (11), se manifiesta que el 8.3% (4) tiene un nivel bajo de autoestima, el 10.4% (5) evidencia un nivel medio, y el 4.2% (2) alcanza un nivel alto.

Por último, las mujeres de familia monoparental, que representan el 39.6% (19) del total, muestran que el 18.8% (9) tiene un nivel bajo de autoestima, el 18.8% (9) manifiesta un nivel medio, y solo el 2.1% (1) alcanza un nivel alto. Este grupo



evidencia una asignación más homogénea en los estratos bajos y medio de autoestima.

En términos generales, el 54.2% (26) de las mujeres gestantes tiene un nivel bajo de autoestima, predominando en las familias nucleares y monoparentales. El 35.4% (17) tiene un nivel medio, con mayor presencia en las familias monoparentales. Solo el 10.4% (5) alcanza un nivel alto de autoestima, distribuido principalmente entre las mujeres de familias nucleares y extensas. Además de un total de 48 mujeres (100%), 37,5% (18) viven en familias nucleares, 22,9% (11) en familias extensas y 39,6% (19) en familias monoparentales.

Finalmente, el análisis estadístico realizado, usando la prueba de chi cuadrado, respalda estas observaciones. El valor calculado ($X^2_c = 8.156$) supera al valor crítico ($> X^2_t = 5.885$) con 4 gl y un valor crítico de p inferior a 0,05. Esto constata que hay una correlación sustancial entre el tipo de familia y el nivel de autoestima en las gestantes estudiadas. Es decir, los diferentes tipos de familia afectan de manera diferenciada la autoestima de las mujeres gestantes.

Tabla 7. Dependencia económica y el nivel de autoestima de las mujeres gestantes que acuden al puesto de salud

Dependencia económica	Nivel de autoestima						TOTAL	
	Bajo		Media		Alto		fi	%
	Fi	%	Fi	%	fi	%		
Pareja	8	16.7	8	16.7	1	2.1	17	35.4
Padres	10	20.8	2	4.2	2	4.2	14	29.2
Sola	8	16.7	7	14.6	2	4.2	17	35.4
TOTAL	26	54.2	17	35.4	5	10.4	48	100.0

Fuente: Matriz de sistematización de datos

$$X_c^2 = 9.423 \quad X_t^2 = 4.229 \quad g.l. = 4 \quad P < 0.05$$

INTERPRETACIÓN:

La Tabla 7 evidencia el análisis de la relación entre la dependencia económica y el nivel de autoestima de las mujeres gestantes.

En el caso de las mujeres cuya dependencia económica es de la pareja, que representan el 35.4% (17) del total, manifiesta que el 16.7% (8) ostenta un nivel bajo de autoestima, el 16.7% (8) un nivel medio, y solo el 2.1% (1) alcanza un nivel alto de autoestima. Esto refleja que las mujeres que dependen económicamente de su pareja tienen una dispersión uniforme en los niveles bajo y medio de autoestima, con una menor proporción alcanzando un nivel alto.

Por otro lado, las mujeres cuya dependencia económica es de los padres, que constituyen el 29.2% (14) del total, presentan un 20.8% (10) con un nivel bajo de autoestima, el 4.2% (2) con un nivel medio, y el 4.2% (2) alcanza un nivel alto. Este grupo muestra una mayor proporción de mujeres con autoestima baja.



Finalmente, las mujeres que se mantienen económicamente solas, que representan el 35.4% (17) del total, muestran el 16.7% (8) con un nivel bajo de autoestima, el 14.6% (7) con un nivel medio, y el 4.2% (2) alcanzando un nivel alto de autoestima. Este grupo registra una dispersión razonablemente uniforme entre los niveles de autoestima baja y media, con una pequeña proporción alcanzando un nivel alto. La independencia económica parece tener una incidencia positiva en la autoestima.

En general, el 54.2% (26) de las mujeres tiene un nivel bajo de autoestima, predominando en los grupos de mujeres dependientes de los padres y de la pareja. El 35.4% (17) ostenta un nivel medio, y solo el 10.4% (5) alcanza un nivel alto de autoestima. La dependencia económica causa una influencia importante en la autoestima, donde las mujeres con mayor independencia económica (en este caso las que se mantienen solas) presentan una distribución más equitativa de autoestima media y baja, mientras que las que dependen de otros tienden a tener mayor proporción de autoestima baja. Además De las 48 participantes (100%), 35,4% (17) dependen económicamente de su pareja, 29,2% (14) dependen de sus padres y otras 35,4% (17) se sostienen solas.

Finalmente, el análisis estadístico realizado, usando la prueba de chi cuadrado, respalda estas observaciones. El valor calculado ($X^2c = 9.423$) supera al valor crítico ($X^2t = 4.229$) con 4 gl y un valor crítico de p inferior a 0,05. Esto manifiesta que manifiesta una relación estadísticamente significativa entre la dependencia económica y el nivel de autoestima en las gestantes estudiadas. Es decir, los diferentes tipos de dependencia económica afectan de manera diferenciada la autoestima de las mujeres gestantes.

Tabla 8. Embarazo deseado y el nivel de autoestima de las mujeres gestantes que acuden al puesto de salud

Embarazo deseado	Nivel de autoestima						TOTAL	
	Bajo		Media		Alto		fi	%
	Fi	%	Fi	%	fi	%		
Si	16	33.3	7	14.6	2	4.2	25	52.1
No	10	20.8	10	20.8	3	6.3	23	47.9
TOTAL	26	54.2	17	35.4	5	10.4	48	100.0

Fuente: Matriz de sistematización de datos

$$X_c^2 = 5.847 \quad X_t^2 = 2.034 \quad g.l. = 2 \quad P < 0.05$$

INTERPRETACIÓN

La Tabla 8 manifiesta el análisis de la relación entre el embarazo deseado y el nivel de autoestima de las mujeres gestantes.

En primer lugar, para las mujeres que deseaban el embarazo (52.1%, 25 mujeres), se manifiesta que el 33.3% (16) tiene un nivel bajo de autoestima, el 14.6% (7) tiene un nivel medio, y el 4.2% (2) tiene un nivel alto. A pesar de que estas mujeres deseaban el embarazo, una proporción significativa ostenta un nivel bajo de autoestima.

Por otro lado, en el caso de las mujeres que no deseaban el embarazo (47.9%, 23 mujeres), el 20.8% (10) tiene un nivel bajo de autoestima, el 20.8% (10) tiene un nivel medio, y el 6.3% (3) posee un nivel alto. En este grupo, aunque una mayor proporción presenta un nivel bajo de autoestima, también se observa un número considerable de mujeres con autoestima media y algunas con autoestima alta.



En términos generales, el 54.2% (26) de las mujeres gestantes presentan un nivel bajo de autoestima, lo que podría estar vinculado con factores emocionales relacionados con el embarazo, ya sea deseado o no. El 35.4% (17) tiene un nivel medio, y solo el 10.4% (5) alcanza un nivel alto de autoestima. Además de un total de 48 gestantes (100%), 52,1% (25) manifestaron que su embarazo fue deseado, mientras que 47,9% (23) señalaron que no lo desearon.

Finalmente, el análisis estadístico realizado, usando la prueba de chi cuadrado, respalda estas observaciones. El valor calculado ($X^2c = 5.847$) supera al valor crítico ($X^2t = 2.034$) con 2 gl y un nivel de significancia de $p < 0.05$. Esto revela que existe una relación estadísticamente significativa entre el hecho de que el embarazo sea deseado o no y el nivel de autoestima en las gestantes estudiadas. Es decir, la condición de embarazo deseado o no deseado repercute de manera heterogénea en la percepción de sí mismas de las gestantes.

Tabla 9. Edad de la pareja y el nivel de autoestima de las mujeres gestantes que asisten al puesto de salud

Edad de la Pareja	Nivel de autoestima							
	Bajo		Media		Alto		TOTAL	
	Fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%
≤ 19 años	9	18.8	5	10.4	1	2.1	15	31.3
De 20-34 años	6	12.5	5	10.4	1	2.1	12	25.0
≥ 35 años	11	22.9	7	14.6	3	6.3	21	43.8
TOTAL	26	54.2	17	35.4	5	10.4	48	100.0

Fuente: Matriz de sistematización de datos

$$X_c^2 = 7.234 \quad X_t^2 = 0.876 \quad g.l. = 4 \quad P < 0.05$$

INTERPRETACIÓN

La Tabla 9 manifiesta el análisis de la relación entre la edad de la pareja y el nivel de autoestima de las mujeres gestantes.

En el grupo de mujeres cuyas parejas tienen una edad de ≤ 19 años (31.3%, 15 mujeres), manifiesta que el 18.8% (9) presenta un nivel bajo de autoestima, el 10.4% (5) tiene un nivel medio, y el 2.1% (1) alcanza un nivel alto. Esto indica que las mujeres cuya pareja tiene una edad muy joven tienden a tener una mayor proporción de autoestima baja.

En el grupo de mujeres cuyas parejas tienen una edad de 20-34 años (25.0%, 12 mujeres), el 12.5% (6) posee un nivel bajo de autoestima, el 10.4% (5) posee un nivel medio, y el 2.1% (1) posee un nivel alto. En este caso, la distribución de los niveles de autoestima es más equilibrada, con una presencia similar de mujeres en los niveles bajo y medio, y un pequeño porcentaje en el nivel alto.



Además, en el grupo de mujeres cuyas parejas tienen una edad de ≥ 35 años (43.8%, 21 mujeres), se observa que el 22.9% (11) posee un nivel bajo de autoestima, el 14.6% (7) posee un nivel medio, y el 6.3% (3) logra un nivel alto. Este grupo presenta la mayor proporción de mujeres con bajo nivel de autoestima, aunque también es el grupo que ostenta el porcentaje más alto de mujeres con autoestima media y el mayor porcentaje de mujeres con autoestima alta.

En términos generales, el 54.2% (26) de las mujeres ostentan un nivel bajo de autoestima, siendo más pronunciado en aquellas con parejas de más de 35 años. El 35.4% (17) tiene un nivel medio, y solo el 10.4% (5) alcanza un nivel alto de autoestima, con la distribución más equilibrada en el grupo de parejas de 20 a 34 años. Esto sugiere que las relaciones con parejas de diferentes rangos de edad tienen un impacto variable en la autoestima de las mujeres gestantes. Además De las 48 gestantes encuestadas (100%), 31,3% (15) tienen parejas de 19 años o menos, 25,0% (12) están con parejas de 20 a 34 años y 43,8% (21) tienen parejas de 35 años o más.

Finalmente, el análisis estadístico realizado, usando la prueba de chi cuadrado, respalda estas observaciones. El valor calculado ($X^2c = 7.234$) supera al valor crítico ($X^2t = 0.876$) con 4 gl y un valor crítico de p inferior a 0,05. manifiesta que evidencia una relación estadísticamente significativa entre la edad de la pareja y el nivel de autoestima en las gestantes estudiadas. Es decir, la edad de la pareja influye de manera diferenciada en la autoestima de las mujeres gestantes.



4.2 Discusiones de los resultados

Los hallazgos de esta investigación revelan una preocupante realidad sobre la relación entre violencia familiar y autoestima en mujeres gestantes que asisten al Puesto de Salud Santa Catalina. El hallazgo principal muestra que el 54.2% de las mujeres gestantes presenta una escasa confianza en sí mismo, mientras que apenas el 10.4% alcanza un nivel alto. Los hallazgos refuerzan lo reportado por estudios anteriores (15), quienes encontraron que el 70.8% de adolescentes gestantes víctimas de violencia familiar presentaba baja autoestima, evidenciando un patrón similar en ambas investigaciones.

En cuanto a la diversidad de violencia, la violencia psicológica registró la prevalencia más alta (41,7%), continuada de la violencia física (33,3%) y la sexual (25,0%). Estos hallazgos coinciden con lo reportado por (2), quienes también identifican la violencia psicológica como la más común (47%), seguida de la física (36%) y sexual (17%). Esta prevalencia de la violencia psicológica podría explicarse por su naturaleza más sutil y normalizada en las relaciones interpersonales, como se ha reportado previamente (14).

En lo concerniente entre violencia y autoestima, nuestro análisis estadístico arrojó resultados significativos ($p < 0.05$). Se evidencia que las mujeres que experimentan violencia sexual presentan los índices más altos de baja autoestima (20.8%). Esta tendencia es consistente con hallazgos previos (17), quien encontró una relación inversa significativa (-0.372) entre violencia familiar y autoestima, y con investigaciones anteriores (11), quienes reportaron una relación negativa baja ($Rho = -0.384$; $p = 0.001$). Estas coincidencias sugieren que, aunque no se haya alcanzado significancia



estadística en nuestro estudio, existe un patrón de afectación de la autoestima por la violencia.

Los factores sociodemográficos analizados muestran que las mujeres sin estudios o con educación primaria tienen mayor prevalencia de baja autoestima (14.6% en ambos casos), lo que concuerda con lo reportado (13), quien identificó que las mujeres sin educación encuentran una mayor vulnerabilidad a la violencia durante la etapa gestacional. Esto reafirma la vulnerabilidad de las mujeres con menor nivel educativo frente a la violencia y sus repercusiones emocionales.

En cuanto al tipo de familia, las mujeres de familias nucleares presentan mayor prevalencia de baja autoestima (27,1%), seguidas por las de familias monoparentales (18,8%). Este hallazgo difiere de lo esperado, pues generalmente se asocia la familia nuclear con mayor estabilidad emocional. Sin embargo, podría relacionarse con lo reportado por Pérez (18), quien encontró que la violencia familiar repercute en las féminas independientemente de su estructura familiar, siendo determinante la calidad de las relaciones más que el tipo de familia.

La dependencia económica también muestra un patrón interesante, donde las mujeres que dependen de sus padres presentan mayor proporción de baja autoestima (20,8%). Este resultado del diálogo con lo encontrado (19), quien identificó una tensión positiva entre dependencia emocional y violencia familiar, sugiriendo que distintas formas de dependencia aumentan la vulnerabilidad a situaciones violentas y afectan la autoestima.



Un hallazgo llamativo es que las mujeres con embarazo deseado presentan mayor proporción de baja autoestima (33.3%) que aquellas con embarazo no deseado (20.8%). Esto contrasta con lo esperado y podría sugerir que otros factores, como la violencia familiar, tienen un impacto más determinante en la autoestima que la planificación del embarazo, como lo señalan en investigaciones recientes (20), quienes encontraron una prevalencia del 29.44% de violencia durante el embarazo independientemente de si este fue deseado o no.

Es relevante mencionar que, nuestro análisis estadístico halló relaciones significativas entre las variables estudiadas, la literatura revisada consistentemente señala correlaciones inversas entre violencia familiar y autoestima. Estudio previo (12) encontraron una comparación inversa significativa ($r=-0.380$, $p<0.05$), investigaciones anteriores (21), quien reportó una relación significativa e inversa ($r=-0.479$, $p<0.05$). Estas coincidencias refuerzan la hipótesis de que la violencia familiar afecta negativamente la autoestima, aunque en nuestro estudio específico no se haya alcanzado significancia estadística.

Finalmente, es importante considerar, como se ha reportado (14), que la agresión hacia las embarazadas constituye un problema multicausal, intrincado y sistémico, en el que participan también los proveedores de salud cumplen una tarea trascendental en la detección temprana, derivación oportuna y apoyo emocional a las víctimas. Los hallazgos de nuestro estudio, en diálogo con la literatura, subrayan la necesidad de implementar estrategias integrales para abordar la violencia familiar durante el embarazo y sus efectos en la autoestima de las mujeres.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Se determinó que la violencia familiar ejerce una influencia estadísticamente significativa en la autoestima de las mujeres embarazadas que asisten al Puesto de Salud Santa Catalina Juliaca ($X^2c = 12.847$; $p < 0.05$). Los resultados del análisis Chi-cuadrado evidencian un vínculo destacable entre ambas variables, confirmando que las diferentes manifestaciones de violencia familiar (física, psicológica y sexual) impactan negativamente en la percepción que las mujeres gestantes tienen de sí mismas. La violencia sexual demostró el mayor impacto destructivo, con el 20.8% de las víctimas concentradas exclusivamente en niveles bajos de autoestima y ningún caso registrado en niveles altos, estableciendo un patrón claro de deterioro emocional que compromete el bienestar integral durante esta etapa vulnerable del embarazo

SEGUNDA: El nivel de autoestima en las mujeres gestantes que acuden al Puesto de Salud es alarmantemente bajo, con el 54.2% (26 mujeres) de las participantes presentando esta condición. El 35.4% (17 mujeres) evidencia un nivel medio de autoestima, mientras que únicamente el 10.4% (5 mujeres) alcanza un nivel alto. Los datos evidencian que superior al 50% de las gestantes experimenta inseguridades significativas y baja percepción de autovalía, lo que constituye una problemática crítica de salud mental perinatal que requiere intervención especializada inmediata.

TERCERA: Los diferentes tipos de violencia familiar presentes en las féminas gestantes se distribuyen de manera preocupante: la violencia psicológica es la más prevalente con 41.7% (20 casos), caracterizada por insultos, amenazas, humillaciones y chantajes emocionales; seguida de la violencia física con 33.3% (16 casos), que incluye agresiones como golpes, jalones y patadas; y la violencia



sexual con 25.0% (12 casos), que abarca forzamiento sexual y relaciones sin consentimiento. Esta distribución confirma que todas las modalidades de violencia representan porcentajes alarmantemente altos, evidenciando la gravedad multidimensional del problema en esta población vulnerable.

CUARTA: Se constata una asociación relevante entre la violencia familiar y la autoestima de las mujeres gestantes ($p < 0.05$). El análisis específico revela un patrón diferenciado de impacto según el tipo de violencia: la violencia sexual presenta el efecto más devastador, con el 83.3% de las víctimas (10 de 12 casos) concentradas en autoestima baja y 0% en autoestima alta; la violencia psicológica muestra una distribución más heterogénea con 40% (8 de 20 casos) en autoestima baja, 45% (9 casos) en nivel medio y 15% (3 casos) en nivel alto; mientras que la violencia física evidencia que el 50% (8 de 16 casos) tiene autoestima baja, 37.5% (6 casos) nivel medio y 12.5% (2 casos) nivel alto. Esta relación evidencia que mientras más intensa y frecuente es la violencia familiar, más baja resulta la autoestima, estableciendo un patrón inverso y significativo que compromete gravemente el bienestar psicológico durante el embarazo



RECOMENDACIONES

PRIMERA: Se recomienda al director del Puesto de Salud Santa Catalina Juliaca la implementación de un Programa Integral de Prevención y Atención de la Violencia Familiar dirigido a mujeres gestantes. Este programa debe incluir protocolos específicos para la detección temprana, la intervención inmediata y el seguimiento continuo de los casos de violencia familiar. Asimismo, es fundamental contemplar la preparación calificada del personal de salud en la detección y respuesta frente a la violencia familiar y sus repercusiones en la autoestima de las víctimas, estableciendo rutas de atención que articulen los servicios de salud mental, trabajo social y apoyo legal.

SEGUNDA: Se recomienda al Equipo de Salud Mental del Puesto de Salud Santa Catalina y al Programa Materno Perinatal desarrollar e implementar talleres orientados al fortalecimiento de la autoestima en mujeres gestantes, considerando que el 54.2% de esta población presenta niveles bajos de autoestima. Dichos talleres deberán incorporar técnicas de empoderamiento personal, adquisición de estrategias de coping, reconocimiento de fortalezas individuales y construcción de redes de apoyo social. Asimismo, se sugiere la aplicación sistemática del Test de Autoestima de Rosenberg durante los controles prenatales como herramienta de tamizaje, estableciendo un sistema de referencia inmediata para aquellas gestantes que obtengan puntajes iguales o menores a 25 puntos (indicativo de autoestima baja).

TERCERA: Al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables se sugiere establecer un Sistema de Vigilancia y Respuesta Inmediata ante la Violencia Familiar en Gestantes, teniendo en cuenta que el maltrato psicológica, física y sexual presentan prevalencias alarmantes. Se recomienda crear un protocolo interinstitucional que permita la articulación efectiva entre el sector salud, justicia y protección social, garantizando medidas de protección inmediata para las víctimas.



Implementar campañas educativas comunitarias sobre prevención de violencia familiar, con énfasis en la identificación de signos de violencia psicológica, que resultó ser la más frecuente pero también la más normalizada socialmente.

CUARTA: Se sugiere al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables establecer un Sistema de Vigilancia y Respuesta Inmediata frente a la violencia familiar en mujeres gestantes, dada la alarmante prevalencia de violencia psicológica, física y sexual en este grupo. Asimismo, se recomienda la elaboración de un protocolo interinstitucional que facilite la articulación efectiva articulando la respuesta entre los sistemas sanitario, judicial y social, asegurando la aplicación de disposiciones de resguardo urgente para las personas afectadas. Además, resulta fundamental implementar campañas educativas comunitarias enfocadas en el combate de la violencia doméstica, enfatizando la identificación de signos de violencia psicológica, ya que es la forma más frecuente y, a la vez, la más socialmente normalizada

QUINTA: Crear un Centro de Investigación y Atención Especializada en Violencia Familiar y Salud Mental Perinatal, Este centro debe desarrollar investigaciones longitudinales que permitan comprender mejor los mecanismos de afectación y diseñar intervenciones basadas en evidencia. Se recomienda establecer convenios interinstitucionales para la formación de profesionales especializados en violencia de género y salud mental perinatal, así como la implementación de servicios de atención psicológica especializada con enfoque de género y derechos humanos.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Violencia contra las mujeres: prevalencia y consecuencias [Internet]. 2021. Available from: <https://shre.ink/SyOD>
2. Muñoz-Albarracín M, Mayorga-Muñoz C, Jiménez-Figueroa A, Muñoz-Albarracín M, Mayorga-Muñoz C, Jiménez-Figueroa A. Salud mental, autoestima y complacencia vital en universitarios del sur de Chile. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* [Internet]. 2023 May 1 [cited 2025 Mar 6];21(2):72–98. Available from: <https://doi.org/10.11600/rlcsnj.21.2.5428>
3. Morales V, Sánchez P. Impacto de la violencia familiar en la autoestima de mujeres gestantes Un enfoque regional. *Revista Salud y Sociedad*. 2017;9(3):45–58.
4. Naranjo ML. Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema fundamental del proceso educativo. *Actualidades Investigativas en Educación* [Internet]. 2007 Jul 3 [cited 2025 Mar 6];(1–27). Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44770311>
5. OMS. Violence against women: A priority health issue. Geneva [Internet]. WHO Press; 2013 [cited 2025 Mar 6]. Available from: <https://shre.ink/SyNJ>
6. López R, Martínez A. Educación y desigualdad: mecanismos culturales y estructurales de la violencia de género. Editorial Ciencias Sociales; 2018.
7. Jaramillo-Bolívar CD, Canaval-Eraza GE. Violencia de género: Un análisis evolutivo del concepto. *Univ Salud* [Internet]. 2020 May 1 [cited 2025 Mar 6];22(2):178–85. Available from: <https://doi.org/10.22267/rus.202202.189>



8. Dos Santos RM. Violencia durante el embarazo: derivaciones maternas, fetales y neonatales: una pesquisa sistemática de la literatura. *Revista Salud Areandina*. 2013;2:85–6.
9. González M. Aproximación a un estudio sobre vulnerabilidad y violencia familiar. *Rev Mex Cienc Polit Soc* [Internet]. 2005 [cited 2025 Mar 6];1(15):9–28. Available from: <https://www.scielo.org.mx/pdf/bmdc/v38n113/v38n113a9.pdf>
10. Mayor S, Salazar CA. La violencia intrafamiliar. Un problema de salud actual Intrafamily violence. A current health problem. *Gaceta Médica Espirituana* [Internet]. 2019;21:96–105. Available from: <http://revgmespirituana.sld.cu>
11. Haro SC, Zapata SV. Frecuencia de la Violencia intrafamiliar en las embarazadas en un hospital de la ciudad de Guayaquil durante el periodo 2022 – 2023 [Internet]. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2023 [cited 2025 Mar 6]. Available from: <https://n9.cl/nxzsq2>
12. Guasti JM, Gaibor IA. Exposición a la violencia y su correspondencia con la autoestima en adolescentes. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar* [Internet]. 2022 May 31 [cited 2025 Mar 6];6(3):1168–84. Available from: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i3.2281
13. Jungari S. Maternidad violenta: prevalencia y factores que afectan a la violencia contra las mujeres embarazadas en la India. *Revista de Violencia Interpersonal*. 2021;(36):11–2.
14. Mella M, Binfa L, Carrasco A, Cornejo C, Cavada G, Pantoja L. Violencia contra las féminas durante la gestación y tras el parto infligida por el cónyuge



- en Centros de Atención Primaria de la zona norte de Santiago, Chile. Rev Med Chile. 2021;149:543–53.
15. Tejedo JGG, Ruiz JR. Violencia familiar y autoestima en adolescentes gestantes atendidas en centros de salud del distrito de Castilla 2023 [Internet]. [Trujillo]: Universidad Católica de Trujillo; 2023 [cited 2025 Mar 5]. Available from: <https://orcid.org/0000-0003-0840-7983>
 16. Pérez D. Características sociodemográficas y violencia familiar en la población adulta, centro de salud mental comunitario esperanza de Vida - Cajamarca, 2023 [Internet]. Vol. 13, Nucl. Phys. Universidad Nacional de Cajamarca; 2023 [cited 2025 Mar 6]. Available from: <https://shre.ink/Sy5j>
 17. Gutiérrez DC. Violencia familiar y autoestima en usuarias del centro de salud del distrito de Pueblo Nuevo – Ferreñafe 2023 [Internet]. [Chiclayo]: Universidad César Vallejo ; 2023 [cited 2025 Mar 6]. Available from: <https://shre.ink/Sy53>
 18. Pérez EF. Niveles de autoestima y violencia familiar en mujeres que visitan a la comisaria de la familia, Chiclayo 2021. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. 2019.
 19. Rivera YL. Relación entre dependencia emocional y violencia familiar en gestantes de un centro hospitalario de Chimbote, 2021” [Internet]. [Chimbote]: Universidad César Vallejo; 2021 [cited 2025 Mar 6]. Available from: <https://shre.ink/Sy5L>
 20. Barzola MK, Moquillaza VH, Diaz CM. Violencia doméstica durante el embarazo en un hospital especializado del Perú: Prevalencia y factores



- asociados. CHIL OBSTET GINECOL [Internet]. 2020 [cited 2025 Mar 6];85(6):641–53. Available from: <https://shre.ink/SyOI>
21. Alarcón M, Sánchez J. Violencia familiar y autoestima en pacientes del servicio de salud mental de la institución de salud clas wanchaq, cusco-2019 [Internet]. [Chincha]: Universidad Autónoma de Ica; 2019 [cited 2025 Mar 6]. Available from: <https://shre.ink/Sy5t>
 22. Fernández A, Herrero S, Buitrago F, Ciurana R, Chocron L, García, et al. Violencia Doméstica [Internet]. Madrid (España): Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003. Available from: www.msc.es
 23. Huamán JL. Violencia familiar y conductas antisociales – delictivas en adolescentes de un centro educativo pública del distrito de Santa Anita, 2019 [Internet]. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ENTRE ESTUDIANTADO DE MEDICINA HUMANA DEL 1er al 3er AÑO UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN 202. [Lima]: Universidad César Vallejo; 2021 [cited 2025 Mar 6]. Available from: <https://shre.ink/SyJ4>
 24. Bámaca EE. Violencia y Pobreza: pan y tortilla del cada día. RELACSO [Internet]. 2014;5. Available from: <http://relacso.flacso.edu.mx>
 25. Grassi Bonamigo V, Broering Gomes Torres F, Gessner Lourenço R, Regina Cubas M. Violencia física, sexual y psicológica según el análisis conceptual Evolutivo de Rodgers. Cogitare Enfermagem. 2022 Jul 26;(27):1–13.
 26. Maldonado-García VL, Erazo-Álvarez JC, Pozo-Cabrera EE, Narváez-Zurita CI. Violencia económica y patrimonial. Libertad de las mujeres para una vida sin agresión. IUSTITIA SOCIALIS. 2020 Jan 20;5(8):511.



27. García EL. La figura del agresor en la violencia de género: características personales e intervención. 2004;88:31–8.
28. Ley N° 26260. Ley de Protección frente a la Violencia Familiar [Internet]. 1997 [cited 2024 Dec 27]. Available from: <https://shre.ink/SyNo>
29. OMS. Informe mundial sobre la violencia y la salud [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 2002 [cited 2024 Dec 27]. Available from: <https://shre.ink/Sy5M>
30. Acale Sánchez M. El delito de malos tratos físicos y psíquicos en el ámbito familiar. 1ª ed. Vol. 133. Valencia: Editorial Tirant Lo Blanch; 2000. 223 p.
31. Castellano Arroyo M, Sánchez-Castellano C. Violencia hacia las mujeres: ¿es igual en todos los rangos de edad? Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud (RIECS). 2022 May 30;7(1):91–6.
32. Llopis I, Rodríguez M, Hernández I. Relación entre el consumo abusivo de alcohol y la agresiones interpersonales cometidas por un hombre hacia su compañera en la unidad de valoración integral de violencia de género (UVIVG) de Sevilla. Cuad Med Forense. 2014;20:151–69.
33. OASH. Salir de una relación abusiva [Internet]. 2023. Available from: <https://shre.ink/Sy5b>
34. INEI. 2023. El 53,8% de las mujeres fueron víctimas alguna vez de violencia psicológica, física o sexual en el año 2023. Available from: <https://n9.cl/8zcmu>
35. Weiss S, Vargas E, Pére I. Yo Adolescente, Respuestas claras a mis grandesdudas [Internet]. Ariel Escolar, editor. México; 1962. Available from: <https://shre.ink/Sy5g>



36. Baumeister RF, Vohs KD. Self-esteem: The riddle of low self-regard. In *The Handbook of Psychology*. 2003;5.
37. López Reyes LH. Adolescent pregnancy, adolescent youth and its serious impacts on Peruvian society. A enduring tragedy. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2023;84(4):387–90.
38. Tinoco AC. Desafíos comunicacionales en las campañas de salud pública Peruana: Acciones comunicativas de la campaña “Prevención del Embarazo Adolescente” efectuado por el Ministerio de Salud (2010 – 2012) [Internet]. [Lima]: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2014 [cited 2025 Mar 6]. Available from: <https://shre.ink/Sy5r>
39. Figueirido E. ¿Me quiero o no me quiero? [Internet]. España: ANDAMIO.; 2019 [cited 2024 Dec 27]. Available from: <https://shre.ink/Sy5f>
40. Tinoco AC. Prevención del Embarazo Adolescente. Pontificia Universidad Católica del Perú; 2014.
41. Leiva L, Pineda M, Encina Y. Autoestima y apoyo social como predictores de la resiliencia en un grupo de adolescentes en vulnerabilidad social . *Red de Revistas Científicas de América Latina* [Internet]. 2013 [cited 2025 Mar 6];22(2):111–23. Available from: doi: 10.5354/0719-0581.2013.30859
42. Acosta R. La autoestima en la educación. *Red de Revistas Científicas de América Latina*. 2004;11:82–95.
43. García M, Huerta M. Aportes de J. W. Prescott para una propuesta de erradicación de la violencia en México. 2014 [cited 2025 Mar 6];14:115–32. Available from: <https://www.scielo.org.mx/pdf/ie/v14n65/v14n65a8.pdf>



44. Revilla L, Aragón A, Muñoz M, Angel M, Pascual J, Cubillo J. Una nueva tipología familiar según características demográficas para su uso en la atención primaria de salud. 1991;8(2):104–11.
45. Nakandakari M. Grado de instrucción de embarazadas adolescentes. 2012. 2013;6(3):33–6.
46. Mazuera-Arias R, Uribe PM, Albornoz-Arias N, Cuberos MA, Vivas-García M, Carreño-Paredes MT. La familia y el estado civil en la maternidad adolescente. Datos del Táchira (Venezuela) y Norte de Santander (Colombia). Adolescencia: Su relación con la familia, educación y sexualidad. 2018;57–101.
47. UNFPA. El costo económico del embarazo en niñas y adolescentes. Obstetricia. 2016;1–3.
48. Carreño-Meléndez J, Mota-González C, Sánchez-Bravo C. El embarazo adolescente: un error o un deseo cumplido. Revista Perinatología y Reproducción Humana. 2023;37(2):54–63.
49. OMS. Embarazo no deseado y embarazo adolescente [Internet]. 2021. Available from: <https://shre.ink/SyNW>
50. Moksnes UK, Espnes GA, Eilertsen MEB, Bjørnsen HN, Ringdal R, Haugan G. Assessing the neurocognitive quality of the Rosenberg Self-Esteem Scale with Norwegian adolescent populations. BMC Psychol [Internet]. 2024;12(1):506. Available from: <https://doi.org/10.1186/s40359-024-02004-0>
51. Charaja CF. Metodología de la investigación: Enfoques, técnicas y estrategias. Editorial Universitaria, editor. Puno, Perú; 2009.



ANEXOS



Anexo 1. Matriz de consistencia

Título: VIOLENCIA FAMILIAR EN LA AUTOESTIMA DE MUJERES GESTANTES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SANTA CATALINA JULIACA - 2021

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones / indicadores	Instrumentos / técnicas
<p>Problema general: ¿Cuál es la influencia de la violencia familiar en el nivel de autoestima de las mujeres gestantes que acuden al Puesto de Salud Santa Catalina Juliaca - 2021?</p>	<p>Objetivo general: Determinar la violencia familiar y su influencia en la autoestima de mujeres gestantes que acuden al puesto de salud Santa Catalina Juliaca - 2021.</p>	<p>Hipótesis general: Existe una influencia significativa de la violencia familiar en la autoestima de mujeres gestantes que acuden al Puesto de Salud Santa Catalina Juliaca - 2021.</p>	<p>Variable 1 Violencia familiar</p> <p>Variable 2 Autoestima de mujeres gestantes</p>	<p>2.1 Violencia física</p> <p>2.1.1 Presencia de agresión física (golpes, empujones, jalones, etc.)</p> <p>2.2 Violencia psicológica</p> <p>2.2.1 Presencia de insultos, humillaciones, amenazas, chantajes</p> <p>2.3 Violencia sexual</p> <p>2.3.1 Presencia de forzamiento sexual, relaciones sin consentimiento</p>	<p>- Ficha de entrevista estructurada. - Test de Autoestima de Rosenberg.</p> <p>Análisis Estadístico: Prueba Chi-cuadrado.</p>
<p>Problemas Específicos: ¿Cuál es el nivel de autoestima de las mujeres gestantes que acuden al Puesto de Salud Santa Catalina Juliaca - 2021?</p> <p>¿Cuáles son los diferentes tipos de violencia familiar en las mujeres gestantes que acuden al Puesto de Salud Santa Catalina Juliaca - 2021?</p>	<p>Objetivos específicos Determinar el nivel de autoestima en mujeres gestantes atendidas en el Puesto de Salud Santa Catalina, Juliaca – 2021</p> <p>Establecer los diferentes tipos de violencia familiar en mujeres gestantes atendidas en el puesto de salud</p>	<p>Hipótesis específicas: El nivel de autoestima de las mujeres gestantes que acuden al Puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2021, es mayoritariamente bajo.</p> <p>Los distintos tipos de violencia familiar física, psicológica y sexual es elevada</p>		<p>2.1 Nivel de autoestima</p> <p>2.1.1 Puntaje total en la Escala de Autoestima de Rosenberg</p>	



<p>Catalina Juliaca - 2021?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la violencia familiar y la autoestima en mujeres gestantes que acuden al Puesto de Salud Santa Catalina, Juliaca - 2021?</p>	<p>Santa Catalina Juliaca - 2021.</p> <p>Analizar la relación entre la violencia familiar y la autoestima en las mujeres gestantes que acuden al Puesto de Salud Santa Catalina, Juliaca – 2021.</p>	<p>entre las mujeres gestantes.</p> <p>Existe una asociación estadísticamente significativa entre la violencia familiar y el nivel de autoestima de las mujeres gestantes.</p>		<p>2.1.2 Seguridad en sí misma</p>	
--	--	--	--	------------------------------------	--



Anexo 2. Ficha de recolección de datos

N° de ficha

1. Nivel de Instrucción

- Sin estudio
- Primaria
- Secundaria
- Superior

2. Estado Civil

- Soltera
- Casada
- Conviviente

3. Procedencia

- Urbana
- Urbano - marginal
- Rural

4. Tipo de Familia

- Nuclear
- Extensa
- Monoparental

5. Dependencia Económica

- Pareja
- Padres
- Sola

6. Embarazo Deseado

- Si
- No

7. Edad de la Pareja

- ≤ 19 años
- De 20-34 años
- ≥ 35 años

II. VIOLENCIA FAMILIAR

1. En tu domicilio, alguna vez sufriste de violencia familiar

- Si
- No

2. Tipo de Violencia Familiar

- Violencia Física
- Violencia Psicológica
- Violencia Sexual



Anexo 3. Escala de autoestima de Rosseberg

A continuación, se muestra un test con 10 apartados. En cada pregunta ha de elegir una sola respuesta. Mientras realiza el test, ha de sumar los puntos que hay a la derecha de cada respuesta elegida. La suma final es el resultado que ha obtenido en el test y se corrige al final de la página.

1. Siento que soy una persona digna, al menos tanto como las demás

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Muy de acuerdo | 4 puntos |
| <input type="checkbox"/> De acuerdo | 3 puntos |
| <input type="checkbox"/> En desacuerdo | 2 puntos |
| <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo | 1 punto |

2. Estoy convencido de que tengo buenas cualidades.

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Muy de acuerdo | 4 puntos |
| <input type="checkbox"/> De acuerdo | 3 puntos |
| <input type="checkbox"/> En desacuerdo | 2 puntos |
| <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo | 1 punto |

3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de gente.

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Muy de acuerdo | 4 puntos |
| <input type="checkbox"/> De acuerdo | 3 puntos |
| <input type="checkbox"/> En desacuerdo | 2 puntos |
| <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo | 1 punto |

4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Muy de acuerdo | 4 puntos |
| <input type="checkbox"/> De acuerdo | 3 puntos |
| <input type="checkbox"/> En desacuerdo | 2 puntos |
| <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo | 1 punto |

5. En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Muy de acuerdo | 4 puntos |
| <input type="checkbox"/> De acuerdo | 3 puntos |
| <input type="checkbox"/> En desacuerdo | 2 puntos |
| <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo | 1 punto |



6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgullosa.

- | | | |
|--------------------------|-------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | Muy de acuerdo | 4 puntos |
| <input type="checkbox"/> | De acuerdo | 3 puntos |
| <input type="checkbox"/> | En desacuerdo | 2 puntos |
| <input type="checkbox"/> | Muy en desacuerdo | 1 punto |

7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.

- | | | |
|--------------------------|-------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | Muy de acuerdo | 4 puntos |
| <input type="checkbox"/> | De acuerdo | 3 puntos |
| <input type="checkbox"/> | En desacuerdo | 2 puntos |
| <input type="checkbox"/> | Muy en desacuerdo | 1 punto |

8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí misma.

- | | | |
|--------------------------|-------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | Muy de acuerdo | 4 puntos |
| <input type="checkbox"/> | De acuerdo | 3 puntos |
| <input type="checkbox"/> | En desacuerdo | 2 puntos |
| <input type="checkbox"/> | Muy en desacuerdo | 1 punto |

9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.

- | | | |
|--------------------------|-------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | Muy de acuerdo | 4 puntos |
| <input type="checkbox"/> | De acuerdo | 3 puntos |
| <input type="checkbox"/> | En desacuerdo | 2 puntos |
| <input type="checkbox"/> | Muy en desacuerdo | 1 punto |

10. A menudo creo que no soy una buena persona.

- | | | |
|--------------------------|-------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | Muy de acuerdo | 4 puntos |
| <input type="checkbox"/> | De acuerdo | 3 puntos |
| <input type="checkbox"/> | En desacuerdo | 2 puntos |
| <input type="checkbox"/> | Muy en desacuerdo | 1 punto |

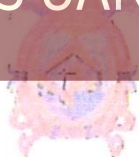


Anexo 4. Base de datos

ID	Instrucción	Estado Civil	Procedencia	T_Familia	Dependencia	Embarazo	Edad	P_1	P_2	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	AUTOESTIMA	
1	1	1	1	2	2	3	2	2	2	1	2	1	3	1	1	4	2	1	4	4	1
2	2	4	2	1	1	1	2	1	1	3	4	4	3	1	1	1	3	2	2	4	1
3	3	2	3	1	3	1	1	1	1	2	2	2	4	3	4	1	3	4	1	1	1
4	4	4	2	2	3	3	1	2	2	2	2	1	4	4	1	1	1	4	2	1	1
5	5	2	3	3	3	3	1	3	1	2	1	2	3	2	1	4	1	4	2	1	1
6	6	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	4	1	4	4	3	2	2	4	2
7	7	4	3	3	1	2	1	1	2	3	2	1	1	3	2	1	1	3	3	2	1
8	8	4	2	3	1	2	2	3	2	1	2	3	4	2	3	4	2	3	1	3	2
9	9	4	3	2	3	3	2	3	1	2	2	4	2	4	2	4	3	3	3	2	2
10	10	4	3	3	2	1	2	3	1	1	4	4	3	3	2	1	2	1	2	1	1
11	11	3	1	1	1	3	1	3	1	3	1	4	2	1	1	3	2	3	2	3	1
12	12	1	1	3	1	1	1	3	2	3	1	1	3	3	4	2	3	1	1	1	1
13	13	1	3	1	1	1	2	1	1	2	4	2	2	4	2	2	2	2	4	4	2
14	14	4	3	3	2	3	1	1	2	2	2	4	1	2	3	4	2	1	3	4	2
15	15	2	2	2	1	1	1	3	2	2	1	4	1	3	4	1	4	2	1	1	1
16	16	2	2	2	3	3	2	2	1	2	3	2	4	1	1	1	1	3	4	1	1
17	17	2	3	1	3	1	2	2	2	1	1	4	4	3	3	2	1	1	4	3	2
18	18	1	1	2	3	3	2	1	2	2	1	3	3	4	4	1	1	3	3	2	1
19	19	4	2	3	3	2	1	3	1	3	4	1	1	2	3	1	1	3	3	3	1
20	20	4	3	2	1	1	1	3	1	2	3	2	2	2	2	2	4	2	2	1	1
21	21	3	2	2	3	1	1	3	2	3	2	1	2	4	2	3	2	4	4	3	2
22	22	2	3	3	1	3	2	2	1	1	1	2	1	2	3	3	3	3	1	4	1
23	23	3	1	2	1	3	2	1	2	1	2	4	1	1	3	3	1	3	3	3	1
24	24	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	4	1	3	3	4	4	1	1
25	25	1	3	3	2	2	2	3	2	1	3	3	1	2	3	2	4	2	3	1	1
26	26	4	3	1	2	2	1	3	2	1	3	1	4	4	4	2	4	4	4	4	3

ID	Instrucción	Estado Civil	Procedencia	T_Familia	Dependencia	Embarazo	Edad	P_1	P_2	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	AUTOESTIMA	
27	27	2	2	1	3	3	2	3	1	1	3	2	1	1	2	3	3	4	4	3	2
28	28	4	2	2	1	1	2	3	2	2	4	4	4	3	3	3	3	1	3	2	3
29	29	4	1	3	1	2	1	3	2	3	3	1	3	2	1	2	1	3	1	4	1
30	30	3	3	1	2	1	2	1	2	3	4	3	1	4	1	3	2	4	3	1	2
31	31	2	1	3	3	3	2	3	2	2	2	4	1	2	2	4	4	4	2	1	2
32	32	1	1	1	3	2	2	3	2	3	2	3	4	1	2	4	3	2	1	3	1
33	33	3	2	3	3	2	2	1	1	1	2	1	2	2	4	1	4	3	3	2	1
34	34	4	2	2	3	3	1	2	1	1	1	2	2	3	4	3	4	1	3	3	2
35	35	2	1	2	2	3	2	3	2	2	1	2	2	2	3	3	4	3	4	3	2
36	36	2	2	2	2	3	1	2	1	2	4	3	1	4	1	4	4	4	4	2	3
37	37	1	2	2	3	1	1	2	2	2	4	4	4	3	3	4	3	1	1	1	2
38	38	4	3	3	1	2	2	1	1	2	4	2	3	3	4	1	4	3	4	4	3
39	39	1	3	3	3	3	1	1	2	3	1	4	4	3	2	3	1	1	2	1	1
40	40	3	1	1	1	2	2	3	2	2	2	2	1	2	1	4	2	2	1	4	1
41	41	3	3	2	1	1	2	3	2	2	2	3	4	3	2	4	1	3	2	4	2
42	42	2	2	3	1	1	1	1	2	3	1	1	2	4	3	2	3	4	1	1	1
43	43	3	2	3	3	2	1	1	1	2	3	4	1	1	3	4	3	4	3	3	2
44	44	4	2	3	3	3	2	2	1	1	3	2	1	3	3	4	2	4	1	4	2
45	45	4	2	3	2	1	1	1	2	2	2	2	1	4	3	1	4	4	1	4	2
46	46	3	2	1	1	1	1	2	2	3	1	1	1	1	2	2	2	3	1	2	1
47	47	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	4	2	1	2	1	1	3	2	4	1
48	48	1	1	1	3	3	2	3	2	1	4	4	4	2	3	1	4	4	4	2	3
49																					
50																					
51																					
52																					

Vista de datos Vista de variables



FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO OPINIÓN DEL EXPERTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Autor del instrumento: ROSA APAZA MAMANI
- 1.2. Validado por: Dr. RAMIRO AMILCAR BOLAÑOS CALDERÓN
- 1.3. Título de la investigación:
VIOLENCIA FAMILIAR EN LA AUTOESTIMA DE MUJERES GESTANTES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SANTA CATALINA JULIACA - 2021
- 1.4. Nombre del instrumento: ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

II. ASPECTOS A EVALUAR

Nº	INDICADORES		VALORACIÓN																			
			DEFICIENTE				BAJO				REGULAR				BUENA				EXCELENTE			
			1	9	11	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96
			5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1	CLARIDAD	Esta formado con lenguaje apropiado.																			X	
2	OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.																			X	
3	ACTUALIDAD	Está adecuado al avance de la ciencia.																			X	
4	ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.																			X	
5	SUFICIENCIA	El número de ítems propuesto es suficiente para medir la variable.																			X	
6	ADECUACIÓN	Está adecuado para valorar la variable de estudio.																			X	
7	CONSISTENCIA	Está basado en aspectos teóricos y científicos.																	X			
8	COHERENCIA	Existe coherencia entre el problema, objetivos e hipótesis.																		X		
9	METODOLOGÍA	Responde al propósito de la investigación.																	X			
10	PERTINENCIA	Es útil y adecuado para la investigación.																		X		

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: EXCELENTE

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 95%

V. OBSERVACIONES:

LUGAR Y FECHA: 10 de septiembre del 2024

FIRMA DEL EXPERTO

Dr. Ramiro Amilcar Bolaños Calderón



FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO OPINIÓN DEL EXPERTO



I. DATOS GENERALES

1.1. Autor del instrumento: ROSA APAZA MAMANI

1.2. Validado por: Dra. YUDY HUACANI SUCASACA

1.3. Título de la investigación:
VIOLENCIA FAMILIAR EN LA AUTOESTIMA DE MUJERES GESTANTES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SANTA CATALINA JULIACA - 2021

1.4. Nombre del instrumento: ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

II. ASPECTOS A EVALUAR

N°	INDICADORES	VALORACIÓN																			
		DEFICIENTE				BAJO				REGULAR				BUENA				EXCELENTE			
		1	9	11	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1	CLARIDAD	Esta formado con lenguaje apropiado.																			X
2	OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.																			X
3	ACTUALIDAD	Está adecuado al avance de la ciencia.																			X
4	ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.																			X
5	SUFICIENCIA	El número de ítems propuesto es suficiente para medir la variable.																			X
6	ADECUACIÓN	Está adecuado para valorar la variable de estudio.																			X
7	CONSISTENCIA	Está basado en aspectos teóricos y científicos.																			X
8	COHERENCIA	Existe coherencia entre el problema, objetivos e hipótesis.																			X
9	METODOLOGÍA	Responde al propósito de la investigación.																			X
10	PERTINENCIA	Es útil y adecuado para la investigación.																			X

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: EXCELENTE

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 95%

V. OBSERVACIONES:

LUGAR Y FECHA: 20 de Noviembre del 2024

FIRMA DEL EXPERTO

406738 20

989-574722



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital

Fecha de entrega: 06-10-2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: ROSA APAZA MAMANI

Dirección: Jr. BENIGNO BALLON 439

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 02438052

Teléfono: 951699601 email: buenasrosas@gmail.com

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____ email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: ESCUELA POSGRADO - MAESTRÍA EN SALUD

Escuela Profesional o Mención: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Título o Grado Académico a optar: MAGÍSTER EN SALUD

Asesor: Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico

Título: VIOLENCIA FAMILIAR EN LA AUTOESTIMA DE MUJERES

GESTANTES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SANTA

CATALINA JULIAGA - 2021

Palabras claves, (3 a 5 términos): AUTOESTIMA, MUJERES GESTANTES, VIOLENCIA FAMILIAR

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1,2}?

2

¹ Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.

² Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

- Bachiller
 Titulo
 2da Especialidad
 Maestría
 Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
- No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- Sí autorizo
- No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción “internacional” o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción “internacional” emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción “internacional” goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: SALUD PÚBLICA - P43

Firma de Autor



huella digital

06-10-2025

Fecha