



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE OBSTETRICIA

“CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A LA VIOLENCIA FÍSICA Y PSICOLÓGICA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL JUAN PABLO II, LOS OLIVOS -2018

Tesis para optar el título profesional de:

Obstetra

Autor:

Br. Allison Raquel Salas Espinoza

Asesor:

Mg. Obst. Cecilia Inés Mejía Gomero

Lima – Perú

2020

APROBACIÓN DE LA TESIS

El (La) asesor(a) y los miembros del jurado evaluador asignados, **APRUEBAN** la tesis desarrollada por el (la) Bachiller **Allison Raquel Salas Espinoza**, denominada:

“CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A LA VIOLENCIA FÍSICA Y PSICOLÓGICA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL JUAN PABLO II, LOS OLIVOS - 2018”

Mg. Obst. Cecilia Inés Mejía Gomero
ASESORA

Mg. Lily Carmina Callalli Palomino
JURADO
PRESIDENTE

Mg. María del Pilar Rojas Janampa
JURADO

Mg. Geraldine Lesly Veliz Guanilo
JURADO

DEDICATORIA

De manera muy especial y simbólica lo dedico a mis papas que me motivaron a luchar y perseverar durante toda la etapa de mi vida universitaria, dándome fortalezas y ejemplo de superación.

AGRADECIMIENTO

Agradecer a Dios por darme la fortaleza a no desistir y guiarme por el buen camino y a mejorar en mis debilidades y fortalecerme a pesar de las adversidades.

Agradezco a mis padres, por la gran labor que tuvieron hacia mi persona y su tiempo dedicado a todas esas amanecidas y/o trabajos que tuve. Por apoyarme en mí desempeño de universitaria y, sobre todo el granito de arena que enterraron junto con mi conocimiento.

Gracias a todos mis profesores y/o compañeros que me ayudaron a realizarme como persona y sobre todo como profesional.

Gracias al Centro Materno Infantil Juan Pablo II, que me abrió las puertas para poder realizar mi investigación y hacerla realidad.

Finalmente, deseo agradecer a mi coordinadora de Obstetricia Jenny Orihuela Munive y a mi asesora Cecilia Mejía Gomero por tenerme mucha paciencia y dedicación en cada paso que le brinde a mi tesis durante todo este proceso.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Contenido

APROBACIÓN DE LA TESIS.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	v
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	viii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT	x
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	11
1.1 Realidad problemática.....	12
1.2 Formulación del problema.....	14
1.2.1 Problema general.....	14
1.2.2 Problema específico.....	15
1.3 Justificación.....	15
1.4 Limitaciones.....	16
1.5 Objetivos.....	16
1.5.1 Objetivo general.....	16
1.5.2 Objetivo específico.....	16
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO.....	¡Error! Marcador no definido.17
2.1 Antecedentes.....	17
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	17
2.1.2 Antecedentes nacionales.....	20
2.2 Bases teóricas.....	22
2.2.1 Violencia basada en Género.....	22
2.2.1.1 Definición.....	22
2.2.1.2 Tipos de violencia.....	23
2.2.1.2.1 Violencia física.....	23
2.2.1.2.2 Violencia psicológica.....	24
2.2.1.3 Etiología de la violencia.....	25
2.2.1.4 Ciclo de la violencia.....	25
2.2.1.5 Violencia contra la mujer a través del ciclo de vida.....	28
2.2.1.6 Componente atención integral.....	28

2.2.1.7 Acciones por etapa de vida.....	30
2.2.1.8 Factores de riesgo para vivir en situaciones de violencia.....	31
2.2.1.9 Detección de signos y síntomas de violencia basada de género.....	33
2.2.1.10 Protocolo de manejo de personas afectada de violencia basada de género.....	34
2.2.1.11 Derechos sexuales y reproductivos.....	36
2.2.1.12 Teorías.....	37
2.2.1.13 Marco legal.....	38
2.3 Definición de términos.....	40
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA.....	41
3.1 Operacionalización de variable.....	41
3.2 Diseño de investigación.....	41
3.3 Unidad de estudio.....	41
3.4 Población.....	41
3.4.1 Criterios de selección.....	42
3.4.1.1 Criterios de inclusión.....	42
3.4.1.2 Criterios de exclusión.....	42
3.5 Muestra.....	42
3.5.1 Tipo de muestreo.....	42
3.6 Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos.....	43
3.7 Métodos, instrumentos y procedimientos de análisis de datos.....	43
CAPÍTULO 4. RESULTADOS.....	44
4.1 Análisis sociodemo-económicas.....	44
4.2 Análisis de factor de desarrollo.....	52
4.3 Análisis de Violencia Familiar.....	61
CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN.....	69
CONCLUSIONES.....	71
RECOMENDACIONES.....	72
REFERENCIAS.....	73
ANEXOS.....	78
Anexo 1 Operacionalización de variable.....	78
Anexo 2 Instrumento.....	83
Anexo 3 Matriz de consistencia.....	86
Anexo 4 Validez del instrumento de investigación.....	88

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. Características sociodemo-económicas de las gestantes violentadas en el Centro Materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos, 2018.....	44
Tabla N° 2 Características sociodemo-económicas según el tipo de violencia en las gestantes en el Centro Materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos, 2018.....	46
Tabla N° 3. Características de desarrollo de las gestantes en el Centro Materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos, 2018.....	52
Tabla N° 4 Características de desarrollo según el tipo de violencia en las gestantes en el Centro Materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos, 2018	54
Tabla N°5 Estimación del tipo de agresor de las gestantes violentadas en el Centro Materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos, 2018	61
Tabla N° 6 Agresor según el tipo de violencia en las gestantes en el Centro Materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos 2018	62
Tabla N° 7 Estimación de tipo de agresión según tipo de violencia de las gestantes violentadas en el Centro Materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos, 2018	63
Tabla N° 8 Clasificación de las violencias en las gestantes en el Centro Materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos, 2018	64
Tabla N° 9 Violencia física en las gestantes en el Centro Materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos, 2018	65
Tabla N°10 Violencia psicológica en las gestantes en el Centro Materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos, 2018.....	67

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1: Edad relacionada según el tipo de violencia en las gestantes en el Centro Materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos 2018.....	48
Figura N° 2: Grado de instrucción relacionada según el tipo de violencia en las gestantes en el Centro Materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos, 2018.....	49
Figura N° 3: Ocupación relacionada con el tipo de violencia en las gestantes en el Centro Materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos 2018	50
Figura N° 4: Estado civil relacionada con el tipo de violencia en las gestantes en el Centro Materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos, 2018	51
Figura N° 5 Características de desarrollo de las gestantes en el Centro Materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos, 2018.....	53
Figura N° 6: Menarquía e inicio de relación sexual según el tipo de violencia en las gestantes en el Centro Materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos, 2018.....	57
Figura N° 7. Método anticonceptivo según el tipo de violencia en las gestantes en el Centro Materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos, 2018.....	58
Figura N° 8. Paridad según el tipo de violencia en las gestantes en el Centro Materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos, 2018.....	59
Figura N° 9. Planificación del embarazo según el tipo de violencia en las gestantes en el Centro Materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos, 2018.....	60
Figura N° 10: Estimación del tipo de agresor de las gestantes violentadas en el Centro Materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos, 2018	61
Figura N° 11: Agresor según el tipo de violencia en las gestantes en el Centro Materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos, 2018	63
Figura N° 12: Estimación de tipo de agresión según tipo de violencia de las gestantes violentadas en el Centro Materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos, 2018	64
Figura N° 13: Estimación de tipo de agresión de las gestantes violentadas en el Centro Materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos, 2018	65
Figura N° 14: Violencia física en las gestantes en el Centro Materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos, 2018	66
Figura N° 15: Violencia psicológica en las gestantes en el Centro Materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos, 2018	68

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características asociadas con la violencia física y psicológica en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos 2018. **Metodología:** El básico, cualitativa, no experimental, de corte transversal, retrospectiva. Se aplicó un cuestionario que fue validado por juicio de expertos. La muestra es de 75 gestantes violentadas, la muestra obtenida fue por tipo de muestreo no probabilístico y por conveniencia. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS-25 y Microsoft Excell 2010, el análisis fue descriptivo e inferencial. **Resultados:** Según las características sociodemo-económicas, la edad es de 20-24 años 28%, seguido de 15-19 años 21.3%; el 50.7% eran de provincia, la instrucción educacional es secundaria 62.7%, ama de casa 62.7%, la religión católica 37.3%, convivencia 65.3% y, el tiempo de convivencia mayor a un año 42.7%. Dentro las características de desarrollo biológico, la menarquía comprendía ≤ 13 años el 44%, el rango de inicio de relaciones sexuales es de 15-19 años 64%, tuvieron más de dos parejas sexuales 38.7%, el 49.3% no utilizaron algún método anticonceptivo, eran primíparas 38.7%, cursaban el I trimestre 48%, no habían planificado su embarazo el 80% y, dentro de éstas habían aceptado su gestación el 56%. El agresor principal de la violencia era la pareja 54.7% en relación con la clasificación de las violencias, tenemos de a la pareja en ambas violencias ejercidas con 53.7%, mamá con 45.5% en violencia física, en la violencia psicológica tenemos al papá en un 41.7%. La violencia psicológica se encontró en el primer lugar con 78.7%, seguida de la física con 64%; de la cual, separando las gestantes que sufrían de ambas violencias eran el 42.7%, seguido de solo la agresión psicológica 36% y, por último, la física 21.3%. **Conclusiones:** Las características sociodemo-económicas (edad, grado de instrucción, ocupación, estado civil) y de desarrollo biológico (menarquía, inicio de relaciones sexuales, métodos anticonceptivos, edad de embarazo, planificación de embarazo) son los más destacados con la violencia en gestantes. La agresión fue dada más por parte de la pareja y, el tipo de agresión hacia las gestantes eran aquellas que sufrieron ambos tipos de agresiones.

Palabras claves: Violencia, Violencia contra la mujer, Gestante.

ABSTRACT

Objective: To determine the characteristics associated with physical and psychological violence in pregnant women treated at the Juan Pablo II Maternal and Child Center, Los Olivos 2018.

Methodology: The basic, qualitative, non-experimental, cross-sectional, retrospective. A questionnaire was applied that was validated by expert judgment. The sample is 75 pregnant women violated, the sample obtained was by type of non-probabilistic sampling and for convenience. The statistical analysis was performed with the SPSS-25 and Microsoft Excell 2010 program, the analysis was descriptive and inferential.

Results: According to socio-economic characteristics, the age is 20-24 years 28%, followed by 15-19 years 21.3%; 50.7% were from the province, the educational instruction is secondary 62.7%, housewife 62.7%, the Catholic religion 37.3%, coexistence 65.3% and, the time of coexistence greater than one year 42.7%. Within the characteristics of biological development, menarche comprised ≤ 13 years 44%, the range of sexual intercourse is 15-19 years 64%, they had more than two sexual partners 38.7%, 49.3% did not use any contraceptive method, 38.7% were primiparous, 48% were in the I trimester, 80% had not planned their pregnancy and, within these 56% had accepted their pregnancy. The main aggressor of the violence was the couple 54.7% in relation to the classification of violence, we have the couple in both violence exercised with 53.7%, mom with 45.5% in physical violence, in psychological violence we have the father in a 41.7% Psychological violence was found in the first place with 78.7%, followed by physics with 64%; Of which, separating pregnant women suffering from both violence were 42.7%, followed by only 36% psychological aggression and, finally, physical 21.3%.

Conclusions: The sociodemo-economic characteristics (age, level of education, occupation, marital status) and biological development (menarche, sexual intercourse, contraceptive methods, age of pregnancy, pregnancy planning) are the most prominent with violence in pregnant women The aggression was given more by the couple and, the type of aggression towards pregnant women were those who suffered both types of aggressions.

Keywords: Violence, Violence against women, Pregnant.

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

En el capítulo 1 se desarrolló la introducción donde se abarca la realidad problemática de la población de mujeres y/o gestantes violentadas según cada campo de salud en el mundo. También, se detalló el problema general y los específicos, y la justificación en donde se detalla la importancia de la tesis y realizaciones futuras.

En el capítulo 2 se presentan las bases teóricas de la investigación, donde se especifica los antecedentes internacionales y nacionales que den sustento a la investigación y, los conceptos básicos de la violencia basada en género y, la definición de términos.

En Capítulo 3 se expone la metodología de estudio, donde se explica la Operacionalización de variables, las variables correspondientes, así como el diseño de la investigación, la población a estudiar, muestra y los criterios de inclusión y exclusión, y consiguiente el instrumento de recolección de datos y las técnicas usadas para el análisis de datos.

El capítulo 4 se muestra los resultados mediante gráficas y tablas estadísticas y sus respectivas descripciones.

Finalmente, en el capítulo 5 se muestra la discusión del estudio y las conclusiones con sus recomendaciones.

1.1. Realidad problemática

La violencia contra la mujer, llamada también Violencia Basada en Género (VBG) es cualquier acto de fuerza física o verbal, coerción o privación que atente contra la vida de una mujer o niña, causando daño físico o psicológico, humillación o privación arbitraria de la libertad y que perpetúe la subordinación de la mujer. Ministerio de la Mujer y las poblaciones Vulnerables (2016)

“La violencia de género es un fenómeno muy complejo, y si a ello le añadimos el contexto cultural, político, y social tan diferente entre algunos países y otros de la UE, hacen que cualquier comparación deba hacerse con mucha precaución.” Advierte Zulema Altamirano, especialista del Instituto Europeo por la Igualdad de Género. (Público, 2015)

Según el Informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) habla sobre la Violencia y la Salud. El estudio señala que el 30% de las mujeres de todo el mundo sufren violencia de género por parte de sus parejas y que el 35% la sufrirán ya sea en la pareja o fuera de ella, en algún momento de sus vidas. La Directora General de la OMS, Margaret Chan, afirmó con contundencia que la violencia contra las mujeres se ha convertido en “un problema de salud mundial de proporciones epidémicas”.

Un estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud (2016) en sus siglas OPS, menciona en la escala de violencia regional y mundial, se detallan que los sistemas de salud a nivel mundial “pueden y deben hacer más” por las víctimas. En este informe se recogen datos de 133 países, de las cuáles la Región de Asia Suroriental lidera con el 37.7%, seguido de 37.0% la Región Mediterráneo Occidental, la Región de África con el 36.6%, el 29.8% la Región de las Américas, con la región europea el 25.4%, el 24.6% la región del Pacífico Occidental y, por último, el 23.2% de los países de Ingresos Altos.

Según la Unión Europea señala que de una de cada tres mujeres (33 %) ha experimentado violencia física y/o sexual desde los 15 años. “...” De todas las encuestadas con pareja (actual o anterior), el 22 % han experimentado violencia física y/o sexual por parte de la pareja desde los 15 años. Unión Europea (2013)

Según la organización Mundial de la Salud (2017), en sus siglas OMS, señala que casi un tercio (30%) de todas las mujeres que han tenido una relación ha sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja. Las estimaciones de prevalencia de la violencia de pareja

oscilan entre el 23,2% en los países de ingresos altos y el 24,6% en la región del Pacífico Occidental, al 37% en la región del Mediterráneo Oriental y el 37,7% en la región de Asia Sudoriental.

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2014) en sus siglas CEPAL, señala a nivel de Latinoamérica, el Perú ocupa el segundo lugar con 83 feminicidios con mayor cantidad de este tipo de crímenes. El mismo señala que solo nos supera Colombia, con 88 homicidios de mujeres perpetrados por sus parejas o exparejas durante el 2013. Al Perú le siguen República Dominicana (71%), El Salvador (46%), Chile (40%), Uruguay (25%), Paraguay (20%) y Guatemala (17%). Así lo revela el último informe del Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe (OIG), perteneciente a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

“Un informe de la OMS publicado en el 2016, señala que el Perú es el tercer país del mundo con mayor incidencia en delitos de violencia contra la mujer, detrás de Etiopía y Bangladesh”. (OMS, 2018)

Al menos 144 países han aprobado leyes sobre violencia doméstica y 154 disponen de legislación sobre acoso sexual. Sin embargo, ni siquiera contar con una ley garantiza que ésta siempre respete o aplique las normas y las recomendaciones internacionales. (Grupo del Banco Mundial, 2019).

En el departamento de Lima y sus distritos, se registran un total de 19,675 casos de violencia contra la mujer. El Ministerio Público, Ministerio de la Mujer y el INEI trabajan en conjunto para determinar el porcentaje exacto de víctimas en los distritos de Lima Metropolitana y Callao entre el periodo 2014 – 2015. “Entre enero y julio de 2014, se presentaron un promedio de 2,811 casos por mes, 94 casos por día, 4 casos por hora y 1 caso cada 15 minutos aproximadamente”. No obstante, es necesario precisar que existen casos que no se denuncian. A estos se les conoce como casos de la *cifra negra*. Según los reportes oficiales sobre victimización desarrollados en Lima Metropolitana y Callao, aproximadamente 4 de cada 10 casos de violencia a la mujer se denuncian. La violencia contra la mujer en el año 2014, se encontraron como principales tipos de agresiones la psicológica, la física y la sexual en la capital. (Sánchez, 2017)

Se ha reportado en el año 2018, que se han implementado en total 295 Centro de Emergencia Mujer a nivel nacional, de las cuales están distribuidas en zona urbana 119 y rural 176. Así como evidencia se tiene 19 461 casos de violencia en dicho año, de las

cuáles en la etapa de la mujer adulta fue el 64%, teniendo como violencia económica 47 casos, seguido de psicológica con 6 269 casos, física con 5 516 casos y por último, violencia sexual con 530 casos. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables en sus siglas MINP (2018)

Relacionando a las características asociados a la violencia, destacan a un mayor riesgo, de ser víctima de la pareja, así como, la violencia sexual figura un bajo nivel de instrucción, el haber tenido como antecedente de violencia en los padres como la violencia en la infancia, actitudes de aceptación de la violencia y las desigualdades de género.

Las estrategias sanitarias de salud sexual y reproductiva del año 2018, identificadas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, describen a una población de 491 gestantes que se registraron para la atención de control prenatal; de las cuales de todas ellas que se le realizó el tamizaje de violencia, de las cuáles salieron como resultado 75 positivos.

Por ello, con la presente investigación se busca detectar la población vulnerable, aportando así conocimientos científicos que ayuden a otras investigaciones en adelante identificar hallazgos y/o características que se asocien a la violencia en general, generando así múltiples salidas de acción y promoviendo los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en todas sus facetas.

1.2. Formulación del problema

1.2.1 Problema General

¿Cuáles son las características asociadas a la violencia física y psicológica en gestantes que acuden al Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos 2018?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características sociodemo-económicas asociadas a la violencia física, psicológica de las gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos 2018?

- ¿Cuáles son las características de desarrollo biológico asociados a la violencia física, psicológica de las gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos 2018?
- ¿Cuál es la frecuencia de violencia física y psicológica en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos 2018?

1.3. Justificación

La salud sexual y reproductiva de la mujer engloba todos los aspectos de la salud de la mujer desde la preconcepción, posterior a la gestación, continuando con el parto y por último el puerperio. Una maternidad saludable es siempre una experiencia positiva en la mayoría de las mujeres, aunque a veces en ellas, es sinónimo de sufrimiento, enfermedad o incluso la muerte.

La violencia en el Perú es un problema de salud pública de graves consecuencias para la salud, la economía y el desarrollo de los pueblos, en la que se instala de manera silenciosa en numerosas familias y deja sus terribles secuelas.

De tal manera, la violencia no solo ataca a mujeres sino también a hombres; como se conoce el término *violencia de género*, aunque el término se identifique más con el género femenino e infanticidio. También se ve reflejado más en la sociedad la violencia en la gestación. Sin embargo, este sistema de atención de violencia se ve casi inusual en los establecimientos de salud, por lo consiguiente el hallazgo de violencia se desarrolla cautelosamente en los servicios de salud sexual y reproductiva; por medio del tamizaje de violencia basada en género.

Las víctimas de violencia durante el embarazo tienen tres veces más complicaciones durante el parto y posparto que las mujeres no maltratadas, por ello es más probable tener bebés de bajo peso al nacer. [...] así como lo señala Castañeda, et al (2006). El impacto de la violencia contra la mujer embarazada puede tener alcances mortales, tanto para la madre como para el feto. Por lo consiguiente, identificar estos factores de riesgo y/o características en su debido momento; es tarea de suma importancia, para poder así eliminar y trabajar de esta manera conjuntamente en pareja y/o familia.

Es por ello, que nuestra función como profesional de Obstetricia, es captar todas las gestantes desde su primer control prenatal e incluso enfocarnos desde el servicio de planificación familiar mediante la entrevista y el tamizaje de violencia, para poder de esta manera identificar el hallazgo, diagnosticar desde la primera señal y actuar de forma eficaz. Si el trabajo es conjunto podemos superar metas y obtener resultados oportunos.

1.4. Limitaciones

El establecimiento de salud no tuvo la correcta codificación de las historias clínicas, en las cuales no tenían número de historia, solo contaba con su documento nacional de identidad.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Determinar las características asociadas con la violencia física y psicológica en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos 2018.

1.5.2. Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemo-económicos asociados a la violencia física, psicológica de las gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos 2018.
- Identificar las características de desarrollo biológico asociados a la violencia física, psicológica de las gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos 2018.
- Estimar la frecuencia de violencia física y psicológica en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos 2018.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Internacionales

En la investigación dada por la autora Urrutia (2016) realizada en Chile, tuvo como título Violencia contra la mujer por parte de su pareja durante el embarazo: comparación de instrumentos de pesquisa en atención primaria de salud. Tuvo como objetivo comparar la capacidad predictiva de dos instrumentos para detectar violencia contra la mujer en el ciclo vital en la atención primaria. Su metodología fue cuantitativo, observacional de corte transversal en gestantes chilenas de un Centro de Salud Familiar del sur de Chile desde Diciembre de 2015 a Junio de 2016. La muestra ascendió a 150 gestantes. Se utilizó un cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínicas realizado por la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF_RHO) y la Evaluación Psicosocial Abreviada propuesta por el Ministerio de Salud (EPsA). Dentro de sus resultados se obtuvo que el 35% de las gestantes admitió haber sufrido algún tipo de violencia a lo largo de su vida con el cuestionario de la IPPF_RHO versus el 13% con el cuestionario EPsA. Con el primero se detecta la presencia de violencia sexual en la infancia (21%), psicológica (18), sexual a lo largo del ciclo vital (8%), y el 5% de violencia física grave y económica. Dentro de sus conclusiones obtuvieron que dicho cuestionario es sensible para detectar cualquier tipo de violencia contra la mujer a lo largo de su vida en comparación con la EPsA (35% frente a 13%, respectivamente), y tiene mayor capacidad de distinguir los diferentes tipos de violencia. Por tanto, hay que reconsiderar la actual pauta de pesquisa de violencia en el embarazo debido a sus limitaciones.

Según el autor Monterrosa et al (2017) en su estudio realizado en Colombia, señalado el embarazo en adolescentes y la violencia doméstica (VD) son problemas mundiales, cuya prevalencia está influenciada por factores culturales. Tuvo como objetivo caracterizar a las embarazadas adolescentes y a sus parejas sexuales y determinar la prevalencia de VD psicológica, física y sexual. Su metodología estuvo basada en un estudio transversal en 406 adolescentes colombianas gestantes. Se registraron las características sociodemográficas y se aplicaron las escalas *Are you being abused?* y *Abuse Assessment Screen*. La primera establece la VD por la pareja y la segunda, la VD en alguna época, en el último año o en el embarazo. Resultados: edad: $16,5 \pm 1,5$ años; 92,9 % en adolescencia tardía; promedio de escolaridad 9 años; deserción escolar al quedar en embarazo: 50,0 %; dependencia de los padres antes y después del embarazo: 70,0 %. Frecuencia de VD por la pareja 7,1 %; VD física 6,7 %; VD psicológica 3,7 % y VD sexual 2,2 %. VD por la pareja, el marido u otra persona:

12,4 %; maltrato físico o emocional por la pareja u otra persona: 21,7 %; miedo a la pareja: 3,4 %. El consumo de alcohol todos los fines de semana por la pareja fue un factor significativo de riesgo para VD. En conclusión, fue alta la frecuencia de VD contra las adolescentes embarazadas y el consumo de alcohol por parte de la pareja es un factor de riesgo importante para sufrirla.

Lencha et al. (2019) realizaron un estudio titulado *Intimate partner violence and its associated factors among pregnant women in Bale Zone, Southeast Ethiopia: A cross-sectional study*. [Traducido al español]. (su estudio fue transversal vado en gestantes que asistían a control prenatal en la institución de Bale Zone. Se realizó un cuestionario a través de la entrevista. Los datos relacionados fueron las características sociodemográficas, el embarazo y el historial reproductivo, y comportamiento de la pareja. Tuvo una muestra de 612 gestantes. Los resultados obtenidos que 361 (59%) enfrentaban algún tipo de violencia durante el embarazo. La violencia física 20.3%, sexual 36.3%, psicológica 33%, comportamiento de control de 30.4% y económica 27%. Además, los que tuvieron un embarazo no deseado [AOR = 3.3; IC 95%: (1.9-5.5)]. En conclusión, se obtuvieron que la violencia durante el embarazo fue alto. Existió un comportamiento agresivo de parte de la pareja, hubo embarazos no deseados y el historial reproductivo fue alto.

Finnbogadottir (2016) realizó un estudio de investigación en Suecia, titulado *Prevalence and incidence of domestic violence during pregnancy and associated risk factors: a longitudinal cohort study in the south of Sweden*. [Traducido al español]. (Tuvo como objetivo explorar la prevalencia e incidencia de la violencia doméstica entre las mujeres embarazadas, en la región suroeste de Scania en Suecia, y su experiencia de una historia de violencia. Además, para explorar la relación entre la violencia doméstica durante el embarazo y los posibles factores de riesgo. Utilizó una metodología de cohorte-estudio longitudinal. Una cohorte de 1939 mujeres embarazadas respondió Cuestionario I (QI) en la semana gestacional 13 (media de 12,8 semanas, SD 5.11). La tasa de respuesta del Cuestionario II (QII) en la semana de gestación 34 (media 33,9 semanas, SD 2,2) fue 78,8% (n = 1527). Su procesamiento estadístico fue estadística descriptiva, la regresión logística y regresión múltiple con odds ratio (OR) y los intervalos de confianza del 95% (IC 95%). Como resultado se obtuvo que el QI y QII se relacionaron con el 77.8 % y el 44.3% obteniendo como información de manera independiente del tipo de violencia, gravedad y/o agresor. La prevalencia de violencia durante el embarazo fue el 2.0 % y la incidencia fue de

7,3 nuevos casos por cada 1000 mujeres. El factor de riesgo más importante para la violencia era la historia de la violencia mediante el cual todas las mujeres que dan a conocer la exposición también habían informado historia de violencia ($p < 0,001$). En conclusión, las mujeres embarazadas con antecedentes de violencia, y el parentesco de pareja, así como los síntomas deben ser alertas para los profesionales de salud que desempeñen el área).

Azene, Yeshita y Mekonnen (2019) elaboraron un estudio en Etiopia, titulado *Intimate partner violence and associated factors among pregnant women attending antenatal care service in Debre Markos town health facilities, Northwest Ethiopia. [Traducido al español]*. Teniendo como objetivo determinar la prevalencia de violencia de pareja íntima entre las mujeres embarazadas que asisten a la atención prenatal e identificar los factores asociados que la causan. Su método fue basado por un estudio transversal, en la cual tuvo a lugar en una Institución de 409 gestantes que asistían al servicio de control prenatal en la ciudad de Markos 2018. El tipo de muestreo fue aleatorio. Se utilizó un cuestionario. Se utilizó la logística bivariable y multivariable y el Odds ratio, con intervalo de 95%. Dentro de los resultados obtenidos, se demostró que el 41.1% de las embarazadas eran víctimas de violencia por parte de su pareja; de esto, la prevalencia de violencia psicológica, física y sexual fue de 29.1%, 21%, 19.8% respectivamente. Asimismo, dentro de los factores sociodemográficos, se encontró que eran de bajo nivel educativo, de residencia rural, abuso frecuente de alcohol por pareja, inicio temprano de la atención prenatal, la edad promedio de mujeres eran de 17-26 años. Estos fueron los factores que tuvieron alto valor para la violencia de la pareja en las gestantes.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

La autora Agurto (2015) en su investigación realizada con el título denominado *Prevalencia y factores asociados a la violencia en mujeres gestantes que acuden al Centro de Salud del distrito de Bellavista durante el periodo 2012-2015*. Tuvo como objetivo general, determinar la prevalencia y factores asociados a la violencia en mujeres gestantes que acuden al centro de salud del distrito de Bellavista provincia de Sullana, durante el periodo 2012_2015. Su investigación fue cuantitativa, descriptiva, de la cual se había escogido una muestra de 150

mujeres, a quienes se les aplicó un cuestionario de 50 preguntas cerradas. Obteniéndose los siguientes resultados: la prevalencia de violencia fue 51.3%. Las mujeres que sufrieron mayor violencia fueron entre las edades de 26 y 60 años, mujeres convivientes el 57.1%, mujeres con nivel de instrucción secundario 53.2% según procedencia las mujeres del distrito de Bellavista 51.2%, mujeres ama de casa 51.7% Violencia física el 84.5%, mujeres que optaron por buscar ayuda son de un 5.2%, y las que necesitaron ayuda por atención psicológica un 5.2%. Se concluye que la prevalencia de violencia en gestantes es de 51.3%.

Se realizó un estudio en Sullana, por la autora Coloma (2015) que estuvo enmarcada con el título prevalencia y factores asociados a la violencia en mujeres gestantes, que acuden al Puesto de Salud del distrito de Marcavelica provincia de Sullana durante el período 2012-2015. Teniendo como objetivo determinar cuál es la prevalencia y factores asociados a la violencia en mujeres gestantes que acuden al Centro de Salud del Distrito de Marcavelica de la Provincia de Sullana, durante el Periodo 2012– 2015. Su investigación fue desarrollada de forma cuantitativa, consiguiendo como resultado de las 97 gestantes encuestadas, se encontró una prevalencia de 14.4% eran víctimas de violencia. De las cuales el 25% eran adolescentes, el 26.3% eran analfabetas, eran de ocupación dependientes el 25% y que el 100% habían recibido violencia psicológica, el 92.9% física y el 64.3% sexual. Se concluye que la prevalencia de violencia fue el 14% durante el embarazo.

Heras (2015), realizó una investigación que fue titulado “prevalencia y factores asociados a la violencia en mujeres gestantes que acuden al Centro de Salud Los Órganos provincia de Talara durante el período 2013 - 2015”. Cómo el determinar cuál es la prevalencia y factores asociados a la violencia en mujeres gestantes que acuden al centro de salud de los Órganos Provincia de Talara durante el periodo 2013 – 2015. Su investigación fue cuantitativa - descriptiva, de la cual para el recojo de la información se escogió una muestra de 100 gestantes, a los cuales se les aplicó un cuestionario de 50 preguntas cerradas. Obteniéndose los siguientes resultados que el 64% contestaron haber sufrido alguna vez un tipo de violencia. Asimismo, las gestantes que padecieron mayor violencia fueron el 64% gestantes jóvenes (19 a 25 años), además los factores sociodemográficos que resaltaron fueron las gestantes convivientes y casadas 50 %; gestantes con nivel secundario 48.4%; según procedencia de Los Órganos

100%; gestantes que son “ama de casa” 100%. Conforme al tipo de Violencia fue violencia psicológica 100 %, seguida de física 84.4% y, violencia sexual 67.2%. Solo 14% habló con alguien sobre los hechos, 23.4% busco ayuda y 14% denunció.

La autora Moreno (2018), refiere en su investigación realizada en Perú titulada Determinar la presencia y el nivel de violencia ejercida por la pareja durante el embarazo, en madres atendidas en el Hospital María Auxiliadora en los meses de Agosto - Setiembre del 2017. Tuvo como objetivo determinar la presencia y el nivel de violencia ejercida por la pareja durante el embarazo, en madres atendidas en el Hospital María Auxiliadora en los meses de Agosto - Setiembre del 2017. Su metodología fue observacional, analítico, descriptivo, prospectivo de corte transversal. Su muestra fue 120 gestantes que cumplieron criterios de selección; muestreo no probabilístico intencionado. Instrumento fue la Versión Española Del Index Of Spouse Abuse, validada y adaptada para el estudio. Tuvieron como resultados; que las características generales de las gestantes mayormente fueron edades entre 20 a 29 años 68.3%, instrucción secundaria 64.2%, estado civil conviviente 72.5%, amas de casa 80%, convivientes 65%, y multigestas 66.7%. La violencia ejercida por la pareja fue por presencia de violencia social muchas veces 2.4%, nivel leve 90%; violencia económico siempre 6.7%, nivel leve 85%; violencia psicológica varias veces 5%, nivel leve 58.3%; violencia física varias veces 3.6%, siendo leve 74.2%; violencia sexual siempre 9.9%, nivel severo 66.7%; en violencia en general varias veces 5.7% y siempre 5.2%, con nivel de leve 56.1%, moderado 20.6% y severo 23.4%. Del total de entrevistadas el 89.2% presentaron algún tipo de violencia. En conclusión, se obtuvieron que existe presencia de violencia ejercida por la pareja durante la gestación, que continúa oculta por las víctimas y que puede ocasionar no solo daño en la familia y en la sociedad, sino con consecuencias en el embarazo produciendo gran impacto negativas sobre la salud de la mujer.

Gonzales (2014), desarrolló una investigación en el Perú, titulado factores asociados con la violencia en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé Enero – Marzo 2014, teniendo como objetivo identificar los factores asociados con la violencia en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé de enero a marzo del 2014. Fue un estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, transversal. Se recolectó información de las fichas de tamizaje de violencia de

140 gestantes adolescentes atendidas en dicho servicio. Como resultado se obtuvo que la edad promedio fue de 16.98 años, el 78.57% tenían el grado de secundaria y que el 60% eran amas de casa y convivientes. Y que el inicio de relaciones sexuales fue 15.46 años y el 83.57% indicó no haber planificado su embarazo. El principal agresor de la gestante adolescente en los tres tipos de violencia son los padres o pareja. La prevalencia que resalto fue la violencia psicológica con un 48.2% antes del embarazo, lo cual disminuye durante la gestación a un 10%. Así como, la violencia física antes del embarazo fue de 41.2% y, durante el embarazo disminuye a un 5.3% y, por último, la violencia sexual representó un 10.6% antes del embarazo, y durante ella disminuyó un 2.4%. Se puede concluir, que los factores socioeconómicos y los de desarrollo biológico son los más representativos con la violencia en gestantes. Así como, el tipo de violencia más frecuente en gestantes es la violencia psicológica, seguida de física y en menor porcentaje la violencia sexual.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Violencia basada en género

2.2.1.1 Definición

«Todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada». (Organización Mundial de Salud, 2019)

El Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables señala que, la violencia basada en género (VBG), “es cualquier acto de fuerza física o verbal, coerción o privación que atente contra la vida de una mujer, causando daño físico, psicológico, humillación o privación arbitraria de la libertad y que perpetúe la subordinación de la mujer” (Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables, 2016)

La declaración de las naciones unidas habla sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (1993), la define como “todo acto de violencia

basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada”. (Naciones Unidas , 1993)

2.2.2.1 Tipos de violencia:

2.2.2.1.1 Violencia física:

Según el MINSA, tiene como concepto la violencia física; cuando una persona se encuentra en situación de peligro físico y/o está controlada por amenazas de uso de fuerza física. (...) sus manifestaciones pueden incluir: empujones, bofetadas, puñetazos, patadas, arrojar objetos, entre otros. (Resolución Ministerial N° 141-2007- MINSA , 2009)

“Acciones, comportamientos u omisiones que amenazan o lesionan la integridad física de una persona”. (Fundación Nacional para el Desarrollo, 2017)

Se refiere a todo acto u omisión de agresión intencional, en el que se utiliza alguna parte del cuerpo, algún objeto o sustancia con la finalidad de sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física de la contraparte, encaminado al sometimiento y al control de la persona violentada.

Los autores (Gonoyeche, Pardo, & Mármol, 2013) destacan el concepto de la OMS que clasifica la agresión física en leve, moderada y severa.

- a. La agresión física leve está referida a aquellas agresiones menores como empujones, manifestaciones agresivas expresadas en romper y patear objetos, golpes con la palma de la mano y otras intimidaciones que involucran el uso del cuerpo, la fuerza y la autoridad frente a la víctima
- b. En la agresión física moderada el autor deja huellas sobre la víctima que no requiere intervención médica profesional y permanecen máximos durante 48 horas

- c. La agresión grave se caracteriza porque se producen daños físicos en la víctima resultantes de golpizas, arma blanca, objetos contundentes y armas de fuego que producen heridas abiertas, fracturas y lesiones graves en la capacidad física de la persona, requiriendo la atención de personal médico profesional

2.2.2.1.2 Violencia psicológica:

Es toda acción u omisión que dañe la autoestima, la identidad o el desarrollo emocional de una persona. Puede darse antes y después de la violencia física o acompañarla. Sin embargo, no siempre que hay violencia psicológica o emocional hay violencia física. Aunque la violencia verbal llega a usarse y/o aceptarse como algo natural, es parte de la violencia psicológica. (Resolución Ministerial N° 141-2007- MINSAs , 2009)

La violencia psicológica según la Ley N° 30364 es definida como “la acción o conducta tendiente a controlar o aislar a la persona contra su voluntad, a humillarla o avergonzarla y que puede ocasionar daños psíquicos. [...] que determina un menoscabo temporal o permanente, reversible o irreversible del funcionamiento integral previo” (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), 2016)

2.2.3 Etiología de la Violencia

Según el (Resolución Ministerial N° 141-2007- MINSAs , 2009) Ministerio de Salud del Perú, señalan:

[...] Para prevenir la violencia es necesario conocer cómo se origina. En sí, no existen algunas causas específicas relacionadas a la violencia. Según el

modelo Ecológico (el más aceptado y difundido por la comunidad profesional internacional) la violencia es el resultado de la interacción compleja de un conjunto de factores que actúan en distintas dimensiones tales como: individuales, relacionales, sociales, institucionales, culturales y ambientales.

A nivel individual, está referido a los factores biológicos y factores de la historia personal que influyen en el comportamiento de una persona.

En el nivel relacional está referido a la relación social muy cercana como amiga, pareja y familiar.

En el nivel de la comunidad se examinan diversos escenarios como la escuela, trabajo, vecindario, en donde se establecen relaciones sociales que pueden posibilitar relaciones de violencia.

En el nivel social se examinan los factores institucionales, sociales y culturales que crean un clima de aceptación de la violencia y contribuyen a mantener las brechas y tensiones entre distintos segmentos de la sociedad o fuera de ella.

2.2.4 Ciclo de la violencia

Los ciclos de agresión pueden presentarse en una pareja en forma regular o estar separado por diferentes períodos. Pueden aparecer tempranamente en la relación, puede ser al mes de estar conviviendo o tomar tiempo para aparecer como puede ser después de varios años de convivencia.

Se denomina así al proceso en que devienen muchas relaciones en que la violencia es ejercida siguiendo un patrón más o menos estable en el que se han identificado 3 momentos o fases:

Según (Walker, 2012.) Citado por Palop & Bonet, señalan que la consecuencia de la violencia genera un síndrome de maltrato que tiene tres fases que se repiten de forma continuada en la gran mayoría de las ocasiones. Estos ciclos están basados en el caso de que sea la mujer la agredida, con el comportamiento característico de cada miembro de la pareja.

En esta primera fase de *acumulación de tensión* ocurre una agresividad latente hacia la mujer. En ellos, existen algunas conductas de agresión verbal y física de carácter leve y aislado, con un grado creciente de tensión y hostilidad.

Tanto el comportamiento de la mujer y el del hombre varían [...]

En el comportamiento de la mujer se caracteriza por:

- Se caracteriza por una actitud sumisa ante las primeras manifestaciones de violencia.
- Trata de controlar los factores “externos” que pueden provocar violencia.
- Se siente culpable.
- Se aísla, se avergüenza, no pide ayuda.
- Minimiza la situación, negando importancia a lo ocurrido.

En la conducta del hombre se denomina por:

- Considera que tiene derecho; lo hace para “educarla”.
- La sumisión de la mujer refuerza el dominio del hombre.
- Incrementa paulatinamente su condición de abusivo y controlador.
- No es violento en todos los ámbitos, sino fundamentalmente en el hogar.
- Solo modifica la violencia ante un control extremo.

En la segunda fase de *incidente agudo de agresión*, implica una descarga sin control de las tensiones acumuladas. Se distingue de la fase anterior por la falta de control y la gran destructividad que conlleva. En la que se manifiesta por el abuso sexual, amenazas, patadas, mordidas, golpes e, incluso, uso de armas, entre otros. La mayoría de las mujeres no buscan ayuda inmediata después de la agresión, a menos que las lesiones sean tan graves que necesiten ayuda inmediata. Las mujeres que se encuentran en esta etapa se aíslan y niegan los hechos, tratando de minimizarlos.

En el comportamiento de la mujer se caracteriza por:

- Se aísla aún más que en la etapa anterior, debido a que presenta lesiones visibles que desea ocultar.
- Se atemoriza y/o deprime, lo cual socava sus fuerzas para defenderse.
- Algunas veces es el momento en el que reacciona y pide ayuda.
- A veces lo abandona y se va del hogar cuando no tiene hijos.
- Por temor, acepta comportamientos aberrantes, incluso en lo sexual.

En la conducta del varón:

- Se cree que tiene derecho a golpearla.
- Es controlador en exceso.
- Es celoso y posesivo.
- Destruye aquellos objetos que son significativos para la mujer.
- No toma conciencia del daño que ocasiona.
- Pierde el control.

En la última fase de *episodio de reconciliación*, se caracteriza por el comportamiento del agresor después de acaecido el hecho violento se torna cariñoso, amable, y, promesas de nunca más repetir tales acciones con actitud de arrepentimiento. Además, trata de paliar su actitud, pero irremediamente va cayendo en nuevas tensiones hasta ingresar a la FASE UNO y volver a repetir el ciclo.

Aquí vemos el comportamiento de la mujer:

- Se siente con ánimo y hace consultas.
- Tiene esperanza de que no se repitan los sucesos de violencia.
- Se aferra a la necesidad de que sea cierto que él ha cambiado.
- Se sigue sintiendo culpable de haber provocado la situación.
- Comienza a dudar sobre las decisiones previamente tomadas. Si ha dejado el hogar, puede volver.
- Si ha iniciado acciones policiales y/o legales, puede retirarlas.
- Si ha comenzado un tratamiento psicológico o ha comenzado a concurrir a un grupo de autoayuda, puede abandonarlo.

Y la conducta del hombre varía:

- Atento, seductor, protector.
- Obsequioso, puede llegar a hacer regalos y promesas.
- Pide perdón.
- Asegura que no le volverá a pegar y siente que así será.
- Busca el apoyo de otras personas a su favor.
- Es probable que, si comenzó un tratamiento, lo abandone.

2.2.5 Violencia contra la mujer a través del ciclo de vida

La (Resolución Ministerial N° 141-2007- MINSA , 2009) adaptada del año 2001, señalan que, según las etapas de vidas, se pueden señalar diferencias de violencias:

- Prenatal: interrupción selectiva del embarazo; violencia durante el embarazo con efectos sobre el recién nacido.
- Infancia: infanticidio femenino; abuso físico, sexual y psicológico.
- Niñez: matrimonio infantil; abuso físico, sexual y psicológico; incesto; prostitución infantil y pornografía.
- Adolescencia: violencia durante el enamoramiento y el noviazgo (ejemplo: alteración de bebidas y violaciones); sexo forzado por razones económicas (ejemplo: niñas estudiantes que tienen relaciones sexuales con adultos a cambio de favores); incesto; suicidio.
- Adulthood: abuso sexual, violaciones, acoso sexual, prostitución y pornografía forzada, tráfico de mujeres; violencia conyugal y de la pareja, abuso y homicidio, abuso psicológico, abuso de mujeres discapacitadas; suicidio por situaciones de depresión y ansiedad.
- Vejez: suicidio forzado u homicidio por diversas razones, abuso físico sexual y psicológico, abandono.

2.2.6 Componentes de la Atención Integral

2.2.6.1 Promoción:

Esta unidad comprende acciones referidas a incentivar la promoción de salud:

- El profesional de salud del primer y segundo nivel de atención deben regirse en el marco de los principios de equidad, respeto a los derechos humanos e interculturalidad [...]

2.2.6.2 Recuperación:

Este hincapié, comprende los procesos por el cual el personal de salud detectan, atienden, dan tratamiento oportuno y refieren los casos de violencia basada en género, a través de:

- Identificar las situaciones de riesgo de VBG en el centro de salud, facilitando el proceso de referencia y traslado de ello.
- Sensibilizar y capacitar al personal de salud en la identificación de los signos y síntomas de la persona afectada por VBG, de igual modo sabrá identificar el protocolo del centro ante la violencia.

- Detectar por consulta externa a través de la ficha de tamizaje de Violencia, que formará parte de la historia clínica, así como conocer cada pregunta de este cuestionario.
- Realizar la atención de la persona afectada, por el personal de salud del 1° y 2° nivel de atención, para lo cual debe contar con los instrumentos de guía de atención de VBG, flujogramas, formularios de consentimiento informado, formularios para servicios auxiliares.
- Derivar el caso al establecimiento de referencia y/o informar sobre las instituciones o redes sociales existentes.
- Realizar las atenciones realizadas en la Historia clínica y ficha de Tamizaje de la VBG, e informar a través del HISS.
- Realizar acciones de consejería y crear espacios diferenciados para realizar esta actividad con adolescentes y gestantes afectadas por VBG.
- Contar con el personal capacitado según el nivel de complejidad, que posea competencias en el tema para la consejería en aspectos de VBG.
- Referir a otros establecimientos de mayor complejidad u organizaciones civiles de mujeres o del estado, para garantizar una precisión diagnóstica más precisa, un tratamiento más allegado, así como el apoyo legal, psicológico y emocional.

2.2.6.3 Rehabilitación

Este hincapié comprende la rehabilitación emocional de las víctimas, en la cual pasan las víctimas a los especialistas relacionados a salud mental. De la que consiste con una atención personalizada en los servicios de 2° y 3° nivel de atención, luego de referencia. Posterior, se realizará coordinaciones con el establecimiento que refirió el caso durante el tiempo que dure la rehabilitación. Y por último, se realizará la contrarreferencia luego de culminado el proceso de rehabilitación.

2.2.7 Acciones por Etapas de vida:

El profesional de salud encargado de la promoción de salud deberá tener rigor acerca de las acciones en las diferentes etapas de vida, así como de las Estrategias Sanitarias Nacionales.

Durante las edades de 0 a 9 años, se promoverá el apego materno durante la lactancia y los masajes y el cariño del padre. Se brindará información acerca

de la crianza y expresión de los afectos en los niños. Se realizarán sesiones de estimulación temprana, que incluyan la participación del varón. Y se promoverá la adopción de conductas de disciplinas para ambos padres.

En los adolescentes entre edades de 10 a 19 años; se brindará charlas educativas teórico-práctico acerca de los derechos sexuales y reproductivos, sexualidad saludable y responsable, libre de coacción y violencia. Fomentando el retraso del inicio de las relaciones sexuales. Así como fortalecer sus habilidades para la toma de decisiones, autoestima, asertividad, para que puedan construir de esta manera un proyecto de vida sin violencia.

En caso de los adultos de 20 a 59 años, se promoverá la expresión de afectos, la comunicación asertiva, la empatía, la solución pacífica y equidad de los conflictos. También, el de tener una sexualidad saludable libre de violencia, empoderamiento social. Adicional a ello, se fomentará a los padres el respeto por la intimidad de sus hijos.

En cambio, durante la gestación es muy importante recalcar la participación de la pareja en este proceso, ya que implica que el varón sea empático con la gestante, es por ello, que gracias a la Psicoprofilaxis Obstétrica y la estimulación prenatal, este ámbito se ha ido fortaleciendo más, así como el vínculo afectivo y la convivencia armoniosa.

2.2.8 Factores de riesgo para vivir situaciones de violencia

2.2.8.1 Violencia Física

a. Socioculturales:

- Bajo nivel educativo y de ingreso (no es una constante)
- Desempleo
- Subvaloración social de la mujer
- Impulso de conductas discriminatorias hacia la mujer
- Subvaloración de la niñez y la adolescencia

b. Del agresor (Padre, Hijo, Conyugue, otros familiares)

- Antecedente de maltrato
- Bajo nivel de escolaridad
- Crisis conyugales y familiares por diferentes causas (celos, dificultades en la educación de los hijos, etc.)
- Rivalidades permanentes
- Alcoholismo y Drogadicción
- Trastornos de personalidad
- Valoración de la violencia física como medio de resolución de conflictos
- Desconocimiento de los derechos de la mujer, de la niñez y la adolescencia

c. De la persona agredida

- Historia de maltrato, vivir situaciones traumáticas en la infancia
- Pasividad e inseguridad
- Agresividad e intolerancia
- Alcoholismo y drogadicción
- Discapacidades
- Baja autoestima
- Incapacidad de tomar decisiones autónomas
- Dependencia económica
- Desconocimiento de derechos

2.2.8.2 Violencia Psicológica

a. Familiares:

- Situaciones traumáticas de la infancia
- Discapacidades
- Noviazgos apresurados, superficiales o forzados que no permiten la compenetración afectiva de la pareja
- Uniones forzadas por situaciones imprevistas
- Desacuerdo en los intereses prioritarios de cada uno
- Dependencia afectiva, económica, social, etc.
- Ausencia y exceso de autocrítica
- Influencia de las familias de origen en la relación conyugal

- Trastornos mentales
- Alcoholismo y drogadicción
- Desacuerdos en la crianza y socialización de los/as hijos/as
- Tendencia a interesarse más por las familias de origen, que por situaciones de la propia familia
- Disputas por la posesión de bienes o por la satisfacción de necesidades económicas como respuesta a dificultades de tipo afectivo
- Alianzas o formación de bandos entre los miembros de la familia

b. Sociales:

- Dificultades económicas o laborales
- Tensiones sociales
- Significado cultural desvalorizante de la mujer en la relación de pareja
- Falta de énfasis del estado en la protección de los derechos sexuales y reproductivos
- Subordinación económica, social y cultural de las mujeres y las niñas
- Concepciones culturales erróneas sobre los diferentes roles y formas de interacción autoritaria en la familia y en la pareja

2.2.9 Detección de signos y síntomas de la violencia basada en género

Según la (Resolución Ministerial N° 141-2007- MINSA , 2009) Cuando se atiende a una persona por primera vez en los servicios se deberá estar atento para la detección de signos y síntomas de la VBG.

a) En relación con la violencia física:

- Hematomas y contusiones
- Cicatrices, quemaduras, fracturas

- Lesiones notificadas como accidentales
- Retraso entre la ocurrencia de la lesión y la fecha de la consulta
- marca de mordeduras de adulto
- Lesiones en la vulva, perineo, recto o infecciones urinarias.
- Lesiones durante el embarazo sobre todo en mamas y abdomen
- Laceraciones inexplicables en boca, mejilla, ojos.
- Quejas crónicas sin causa física: cefalea, trastornos del sueño y gastrointestinales.
- Dolores crónicos sin motivos claros
- Dolor pélvico crónico.
- Asma.
- Disfunciones sexuales (anorgasmia, vaginismo, dispareunia)
- Uso frecuente del servicio de emergencia.
- Heridas abiertas por armas de fuego, objetos contundentes o armas punzo cortantes.
- Dolor al miccionar.
- Consulta reiterada por sospecha de presencia de ITS.

b) En relación con la Violencia psicológica

Según el (Ministerio de Salud del Perú, 2017) menciona que los signos y/o síntomas más allegados son:

- Extrema desconfianza en el personal del establecimiento
- Exagerada necesidad de ganar o sobresalir
- Demandas excesivas de atención
- Marcada agresividad o pasividad.
- Marcada ansiedad y depresión
- Uso de sedantes.
- Aislamiento, retraimiento.
- Perturbaciones del apetito y sueño
- Consumo de alcohol y drogas.
- Temor de llegar al hogar o temor a los padres
- Intento de suicidio
- Tristeza o angustia marcada
- Llanto frecuente
- Baja autoestima
- Conducta motora lenta

- Confusión
- Cambios en la conducta laboral: bajo rendimiento, ausentismo

c) Algunos signos del compañero violento

- Compañero con lesiones en las manos, brazos y cara.
- El compañero se muestra agresivo, alarmado o se niega a dejarla sola.
- El compañero no deja de hablar a la mujer en consulta.
- Se niega a que se brinde atención.
- Negación al maltrato.
- Control y aislamiento.
- Intimidación física.
- Ocultamiento.
- Agresión verbal solapada.
- Agresión psicológica abierta

2.2.10 Protocolo de manejo de la Persona afectada de VBG

Según la (Ministerio de Salud del Perú , 2004) señala que se deben de cumplir lineamientos generales en situación de violencia, manteniendo la privacidad de ella.

1. Identificación del caso se debe de realizar cuando el paciente entra a consulta o viene por el servicio de emergencia. Si la paciente viene a la consulta indicando el tema de violencia puede ser referida a otras instituciones. Si la paciente acude al consultorio sin relacionando el tema de VBG, entonces se debe explorar con “*preguntas claves*”, asimismo, durante el examen físico se debe de ser muy minucioso, para antes de tipificar el caso y brindar medidas de tratamiento.
2. Cuando este en la consulta indague acerca del contexto familiar y sociodemográfico. No entre en discusión con la paciente. Preguntarle cuál es el motivo de la consulta. En caso de que la usuaria no manifieste una situación de violencia: debemos de observar el comportamiento, si es nerviosa, llora sin causa aparente, está ansiosa o a la defensiva. Si está el marido presente, observe si él es quien contesta las preguntas o la sobreprotege. Además debemos de hablarle a la paciente de violencias sucedidas a terceras personas, y que son muy frecuentes en las mujeres y, que por esta razón deben de realizar algunas preguntas: ¿Alguna vez

ha sido maltratada psicológicamente, físicamente o ha sido forzada a tener relaciones sexuales?, si la respuesta es Sí, preguntar ¿quién fue el agresor?, ¿desde cuándo lo realiza?, y ¿cuándo ha sido la última vez?

3. En caso de que la pesquisa es negativa y no haya evidencia de señales sospechosas, dar tratamiento por el motivo de la consulta. En caso contrario es negativo, pero hay evidencia de señales alarmantes, ofrecerle la posibilidad de discutir el asunto en otro momento, diciéndole que: “Nosotros nos preocupamos por su bienestar”, “Usted no está sola, estamos para apoyarla”. Además, brindarle consejería y evaluar el riesgo, informándole que puede recibir apoyo legal o psicológico. Así como proporcionar información de centros de apoyo a las mujeres víctimas de violencia. (Resolución Ministerial N°290-2006/MINSA, 2006)
4. El examen físico incluye un examen general y ginecológico, así como la anotación rigurosa de todos los hallazgos (es preferible realizar los exámenes dentro de las 72 horas de ocurrida la agresión).

La importancia del médico legal es de suma importancia, previo a ello se debe considerar algunos criterios:

- a) Usar un par de guantes sin talco
 - b) El espéculo vaginal debe de ser humedecido con agua tibia, pero no lubricante.
 - c) Para la identificación del agresor, el material puede ser obtenido de la ropa de la persona (la ropa externa debe de ser separada de la ropa interior, guardando en una bolsa de papel), del vello pubiano (en caso, que hubiese secreción recoja y guarde la muestra en una bolsa de papel, dejar secar y ponerlo en un sobre común), o tomarse la muestra del contenido vaginal y cervical haciendo uso del espéculo. Si se trata de una joven adolescente, se deberá tomar la muestra con hisopo de algodón.
5. Ofrecer al paciente los siguientes exámenes de laboratorio, como la tipificación de la sangre, pruebas de VIH, sífilis y de hepatitis, una prueba de embarazo y una muestra de secreción vaginal y cervical.

6. Informar a la paciente la posibilidad de quedar embarazada y, si ella lo solicita brindar la AOE en caso de que no esté utilizando algún otro método anticonceptivo.
7. En caso de que haya sido expuesta a armas punzo cortantes, recomendarle la vacuna del tétano.
8. Registrar el caso en la historia clínica, incluyendo la fecha y hora exacta de la agresión.
9. Posterior realizarle un seguimiento más continuo. En caso de serológicas para sífilis a los 30 días, hepatitis B a los 180 días y VIH a los 90 y 180 días.

2.2.11 Derechos sexuales y reproductivos

Según la (CAIRO +20, 2013) señala que la Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres del 2007 “realiza una referencia genérica sobre la obligación estatal de garantizar los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR)”

Así como, las políticas públicas mencionan que la sexualidad es el derecho a experimentar y gozar de la sexualidad independientemente de la reproducción, y viceversa. [...] prestando atención especial a quienes no pueden ejercerlo debido a la violencia, discriminación, estigma y el miedo, colocándose en situaciones de amenazas reales e impidiendo el ejercicio de sus derechos SSR.

La violencia lesiona los derechos humanos, porque afecta gravemente lo siguiente:

- Derecho a la vida.
- Derecho a la integridad.
- Derecho a la salud.
- Derecho a la seguridad personal.
- Derecho a la libertad individual.
- Derecho a la libertad sexual.
- Derecho a tener una vida libre de violencia.

Por lo cual, en las instituciones educativas deberían brindar e incluir con mayor interés en las sesiones pedagógicas con los alumnos acerca del tema de Educación Sexual Integral y, de esta manera puedan asumir una sexualidad responsable.

2.2.12 Teorías

– **Violencia:**

Desde el punto de vista *biológico*, Ramírez (2000) explica que la violencia es la respuesta de supervivencia de un individuo u organismo a su medio ambiente. Este autor explica que, en el caso de la violencia de género en la pareja, esta conducta es considerada como parte de la estructura biológica del hombre, pues el hombre ha desarrollado su agresividad para sobrevivir. (De Alencar & Cantera, 2012)

La teoría *Generacional*, menciona que busca explicar por qué una persona maltrata a su pareja. (De Alencar & Cantera, 2012), menciona en el ítem de Dutton y Golant en el año 1997, quienes sostienen que es un factor de riesgo a nivel individual el maltrato hacia la pareja. Ellos explican que la mayoría de los hombres agresores han demostrado que han tenido desde su infancia maltratos físicos y emocionales y, que eso influye con la pareja. Además, a ello, aclaran que el rechazo y la vergüenza perjudican la identidad de la noción del niño incluyendo su capacidad de controlar sus emociones.

Según la teoría *sistémica*, menciona los (De Alencar & Cantera, 2012) del apartado de Perrone y Nanini de 1995, detallan que la “violencia es el resultado de la organización dinámica familiar, donde todas se relacionan y son responsables de sus propios actos”.

Si lo vemos desde la *perspectiva de género*, esto es considerado como un *modelo patriarcal*, porque explica el maltrato que impera en la sociedad contra la mujer. La perspectiva de género se preocupa del análisis de cuestiones socioculturales, concibiendo la violencia masculina contra las mujeres como un abuso de poder estructural que favorece que los hombres agredan a las mujeres. (Walker, 2012.)

El *modelo ecológico*, es un modelo más complejo, ya que los organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003), el fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas (UNIFEM, 2003) y la Asociación de Psicología Americana (APA, 2002) recomiendan el uso del modelo ecológico de Heise del 2003 para explicar la violencia de género en la pareja e identificar los factores de riesgo de protección en la pareja. (Olivares & Incháustegui, 2011)

2.2.13 Marco legal

Según el decreto supremo N° 008-2016 del MIMP, señala que la violencia es un problema de salud pública a nivel mundial, ya que existen desigualdades entre mujeres y hombres sobre los derechos humanos. Y que para prevenir, sancionar y erradicar ésta debemos de saber sus orígenes en un orden social. Asimismo, si esta violencia se cruza con las otras violencias (étnicas, raciales, entre otras) las ensombrece y complica, dando así un sistema más complejo. Según el Plan Nacional contra la violencia de género 2016 – 2021, quiere destacar que la violencia tiene un dominio propio en las personas y, la que hace atravesar a todas las clases sociales, nivel educativo, es decir violencia intrafamiliar, de la cual se está formando un plan estratégico para poder erradicar a través de un sistema de monitoreo y evaluación como un instrumento de gestión y facilitando el seguimiento a las personas víctimas de violencia (Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables, 2016)

En el ámbito profesional de obstetricia la violencia forma una parte de nuestra función en el entorno de salud sexual y reproductiva. Según la norma que nos respalda nosotros debemos de brindar el acceso a todos los servicios a las poblaciones vulnerables. Así como promover, participar, dirigir y ejecutar actividades orientadas para prevenir la violencia contra las familias. Asimismo, de derivar de manera oportuna a instancias correspondientes. Además, el profesional de salud competente debe de reconocer y derivar a centros especializados que contribuyan al desarrollo de delito o que den indicios a otras situaciones vulnerables de violencia, así señala el D.S N° 013-2006. (Colegio de Obstetras del Perú (COP), 2012)

Según la LEY N° 30364, del artículo 45, menciona que todas las Ministerios deben de jugar una sola estrategia para la erradicación de la violencia, viendo de ésta manera desde el punto de vista de su jurisdicción; así como al

Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables: promueve campañas de difusión sobre la violencia en los medios; el Ministerio de Educación: implementa programas en la malla curricular sobre el respeto del derecho a una vida libre de violencia; el Ministerio de Salud: garantiza la calidad de atención de calidad a los casos de violencia; el Ministerio del Interior: garantiza el acceso a los servicios de las comisarías y áreas competentes la permanencia de personal especializado y sensibilizado; el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos: brinda el servicio de defensa pública a las personas de violencia; el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo: brinda acceso directo a programas de empleos; Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social: pone a disposición de la sociedad programas adscritos a personas beneficiadas víctimas de violencia. (Congreso de la República Ley N° 30364, 2015)

2.3 Definición de términos básicos

- **Violencia:** La Violencia Basada en Género trasciende el escenario familiar, en este sentido la Violencia Familiar se Incluye en la Violencia Basada en Género (VBG), que es un fenómeno más complejo que abarca una amplia de modalidades y comportamientos violentos que afectan sobre todo a la mujer. (Resolución Ministerial N° 141-2007- MINSA , 2009)
- **Violencia contra la mujer:** La violencia contra las mujeres constituye tanto una violación a los derechos humanos de las mujeres como un grave problema de salud pública. (Mirta, 2010)
- **Gestante:** Estado de embarazo o gestación. Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina en el parto. (Ministerio de Salud del Perú , 2004)

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

3.1 Operacionalización de la variable

(Ver Anexo 1)

3.1.1 Variable

3.1.1.1 Variable independiente

Características asociadas a la violencia

3.1.1.2 Variable dependiente

Violencia física y psicológica

3.2 Diseño de investigación

La investigación es básica, de tipo cualitativa, no experimental porque no habrá manipulación de variables, además, es descriptiva debido a que implica describir las características asociados a la violencia en gestantes, retrospectiva; porque se recopilarán datos de las historias clínicas y, por último, transversal, porque se estima recoger los datos de las gestantes en un determinado tiempo.

3.3 Unidad de estudio

Una mujer gestante violentada atendida en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos en el año 2018.

3.4 Población

La población estuvo constituida por 491 gestantes que acudieron a su control prenatal y de las que se aplicaron el tamizaje de violencia en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos en los meses de enero hasta el mes de diciembre del año 2018.

3.4.1 Criterios de selección

a. Inclusión

- Gestantes que reciben atención al Centro Materno Infantil Juan Pablo II.
- Gestantes estén registradas en el sistema de Wawared en su primer control prenatal.
- Gestantes que hayan sido registradas en su historia clínica.
- Gestantes que hayan acudido a su primer control prenatal entre las fechas del mes de Enero a Diciembre.
- Gestantes que haya sido entrevistada empleando la Ficha de tamizaje de VBG.
- Gestantes que comprendan entre las edades de 15 a 49 años.
- Gestantes con diagnóstico de violencia física y psicológica.

b. Exclusión

- Gestantes que se atienden en otro centro asistencial u hospital.

- Gestantes que no hayan sido registradas en el sistema de Wawared en su primer control prenatal.
- Gestantes que no tengan historias clínicas.
- Gestantes que hayan acudido a su primer control prenatal entre los años 2017 y del año 2019.
- Gestantes que no hayan sido encuestada sobre la Ficha de tamizaje de VBG.
- Gestantes que tengan menos de 15 años y mayores de 49 años.
- Gestantes que hayan sido diagnosticadas con violencia sexual.

3.5 Muestra

3.5.1 Muestra

La muestra es de 75 mujeres embarazadas con signos de violencia física y psicológica.

3.5.2 Tipo de muestreo

El tipo de muestreo corresponde a uno no probabilístico y por conveniencia, ya que se tomará a la totalidad de gestantes violentadas que son atendidas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II.

3.3 Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos

En este trabajo de investigación se utilizará el instrumento de ficha de recolección de datos del autor (Gonzales, 2014) que ha utilizado la técnica de documentación y será adaptada por el autor del presente proyecto para fines de investigación de este, el cual pasará por juicios de expertos para dicha validación. (**Anexo 2**). Cabe mencionar que la ficha de tamizaje está validada, pero solo se utilizará los criterios necesarios sobre la violencia física y psicológica. El instrumento se dividirá en 3 segmentos: la primera parte corresponde a las características sociodemo-económicas (7 ítems), la segunda parte correspondiente a características de desarrollo biológico (7 ítems) y la última parte es de violencia familiar (3 ítems).

3.4 Métodos, instrumentos y procedimientos de análisis de datos

Primero se acudió al Centro Materno Infantil Juan Pablo II para verificar si existía una población de gestantes violentadas. Posterior, con la autorización de la Jefa de Obstetricia se revisó el sistema de Wawared y registro de seguimiento de obstetricia, en la cual

describía datos puntuales del primer control prenatal, en dichos ítems estaba la ficha de tamizaje de violencia, allí describían el total de gestantes que estaban violentadas. Luego se solicitó el permiso al director de la DIRIS LIMA NORTE. Posterior, se gestionará la autorización al director(a) del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Seguido, se coordinará con la jefa del área de obstetricia para la toma de recolección de datos de las historias clínicas. Posteriormente, para el procesamiento y el análisis de los datos se usará la estadística descriptiva e inferencial, con una base datos del programa de Microsoft Excel 2010 y el programa estadístico SPSS 25.0, las variables se expresaron de acuerdo con las categorías previamente diseñadas en el instrumento de medición. Obteniendo los datos recolectados, se introdujeron a dichos programas para el análisis estadístico, de acuerdo con los criterios definidos para el procesamiento de la información. La presentación de los datos se hizo mediante tablas y/o figuras. **(Anexo 3).**

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

4.1 Análisis sociodemo-económicas

Tabla N° 1. Características sociodemo-económicas de las gestantes violentadas en el Centro Materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos- 2018

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMO-ECONÓMICAS	Ítems	Frecuencia	Porcentaje
EDAD	15-19 años	16	21.3 %
	20-24 años	21	28 %
	25-29 años	6	8 %
	30-34 años	15	20 %
	35-39 años	8	10.7 %
	40-44 años	8	10.7 %
	45-49 años	1	1.3 %
	Total	75	100%
	Lima	37	49.3 %

LUGAR DE NACIMIENTO	Provincia	38	50.7 %
	Total	75	100%
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin educación	3	4 %
	Primaria	10	13.3 %
	Secundaria	47	62.7 %
	Técnico	10	13.3 %
	Universitario	5	6.7 %
	Total	75	100%
OCUPACIÓN	Estudiante	5	6.7 %
	Ama de casa	41	54.7 %
	Independiente	16	21.3 %
	Obrera	6	8 %
	Profesional	4	5.3 %
	Sin ocupación	3	4 %
	Total	75	100%
RELIGIÓN	Católica	28	37.3 %
	Evangélica	16	21.3 %
	Otras	19	25.3 %
	No profesa	12	16 %
	Total	75	100%
ESTADO CIVIL	Soltera	17	22.7 %
	Casada	7	9.3 %
	Conviviente	49	65.3 %
	Viuda	0	0 %
	Divorciada	2	2.7 %
	Separada	0	0 %
	Total	75	100%
TIEMPO DE CONVIVENCIA	Menos de 1 año	12	16 %
	Un año	13	17.3 %
	Mayor de 1 año	32	42.7 %
	No conviven	18	24 %
	Total	75	100%

Muestra total: 75 del 100% Fuente: Elaboración propia

Respecto a los resultados de la Tabla N° 1, se analiza las características sociodemo-económicas, de las cuáles tenemos a la edad; con rangos de edades entre 20- 24 años con 28%, seguido de 15- 19 años (21.3%). Así como el lugar de nacimiento fue de provincia (50.7%), según su grado de

instrucción se obtuvo que el gran porcentaje fue de nivel de secundaria (62.7%), la ocupación fue dada por mujeres amas de casa N=41 (54.7%). Por otro lado, la religión católica fue la más resaltante (37.3%) dentro de ellas. El estado de conviviente fue el mayor porcentaje de esta población N=49 (65.3%), de las cuál según el tiempo de convivencia la predominancia es mayor de un año (42.7%).

Tabla N° 2 Características sociodemo-económicas según el tipo de violencia en las gestantes en el Centro Materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos- 2018

Características de desarrollo biológico/ según tipo de violencia	Física		Psicológica		Física y psicológica		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
EDAD	15-19 años	1	6.30%	7	43.80%	8	50%
	20-24 años	7	33.3%	9	42.9%	5	23.8%
	25-29 años	0	0.0%	2	33.3%	4	66.7%
	30-34 años	5	33.3%	5	33.3%	5	33.3%
	35-39 años	2	25.0%	2	25.0%	4	50.0%
	40-44 años	1	12.5%	1	12.5%	6	75.0%
	45-49 años	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%
Total	16	21.3%	27	36.0%	32	42.7%	
LUGAR DE NACIMIENTO	Lima	8	21.6%	19	51.4%	10	27.0%
	Provincia	8	21.1%	8	57.9%	22	57.9%
	Total	16	21.3%	27	36.0%	32	42.7%
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin educación	1	33.3%	0	0.0%	2	66.7%
	Primaria	3	30.0%	4	40.0%	3	30.0%
	Secundaria	7	14.9%	18	38.3%	22	46.8%
	Técnico	3	30.0%	4	40.0%	3	30.0%
	Universitario	2	40.0%	1	20.0%	2	40.0%
	Total	16	21.3%	27	36.0%	32	42.7%

OCUPACIÓN	Estudiante	1	20.0%	2	40.0%	2	40.0%
	Ama de casa	4	9.8%	12	31.7%	24	58.5%
	Independiente	6	37.5%	7	43.8%	3	18.8%
	Obrera	2	33.3%	1	16.7%	3	50.0%
	Profesional	2	50.0%	2	50.0%	0	0.0%
	Sin ocupación	1	33.1%	2	66.7%	0	0.0%
Total		16	21.3%	27	36.0%	32	42.7%
RELIGIÓN	Católica	4	14.3%	9	32.1%	15	53.6%
	Evangélica	2	12.5%	6	37.5%	8	50.0%
	Otras	8	42.1%	8	42.1%	3	15.8%
	No profesa	2	16.7%	4	33.3%	6	50.0%
	Total	16	21.3%	27	36.0%	32	42.7%
ESTADO CIVIL	Soltera	2	11.8%	9	52.9%	6	35.3%
	Casada	1	14.3%	1	14.3%	5	71.4%
	Conviviente	13	26.5%	16	32.7%	20	40.8%
	Divorciada	0	0.0%	1	50.0%	1	50.0%
	Total	16	21.3%	27	36.0%	32	42.7%
TIEMPO DE CONVIVENCIA	Menos de 1 año	4	33.3%	3	25.0%	5	41.7%
	Un año	3	23.1%	4	30.8%	6	46.2%
	Mayor de 1 año	7	21.9%	10	31.3%	15	46.9%
	No conviven	2	11.1%	10	55.6%	6	33.3%
	Total	16	21.3%	27	36.0%	32	42.7%

Muestra total: 75 del 100%

Fuente: Elaboración propia

Según los resultados obtenidos a la tabla N°2, las características sociodemo-económicas según el tipo de agresión, la edad más predominante es la de 45 – 49 años (100%) con violencia psicológica, seguido de ambas violencias 75% y, último entre las edades de 20 – 24 años y 30 – 34 años con 33.3%. El lugar de nacimiento predomina provincia con (57.9%) con violencia psicológica y ambas violencias, en Lima 51.4% violencia psicológica y física 21.6%. Según grado de instrucción lidera sin educación ambas violencias 66.7%, psicológica con instrucción técnica 40%, universitaria con violencia física 40%. La ocupación se relaciona con ama de casa (58.5%) en ambas violencias y, sin ocupación (66.7%) violencia psicológica y física 50% con los profesionales. La religión católica se observa que ambas violencias destacan (53.6%), psicológica y física predomina en otras religiones con 42.1%. Así como, el estado civil que se vincula con casada (71.4%) en ambas violencias, en violencia psicológica el estado de soltera 52.9%, y la física en conviviente 42.1%. Y por último, con el tiempo de convivencia; se enlaza con las gestantes que no conviven (55.6%),

seguido de ambas violencias con mayor de 1 año de convivencia 46.9%, y por último, la física con menos de 1 año 33.3%.

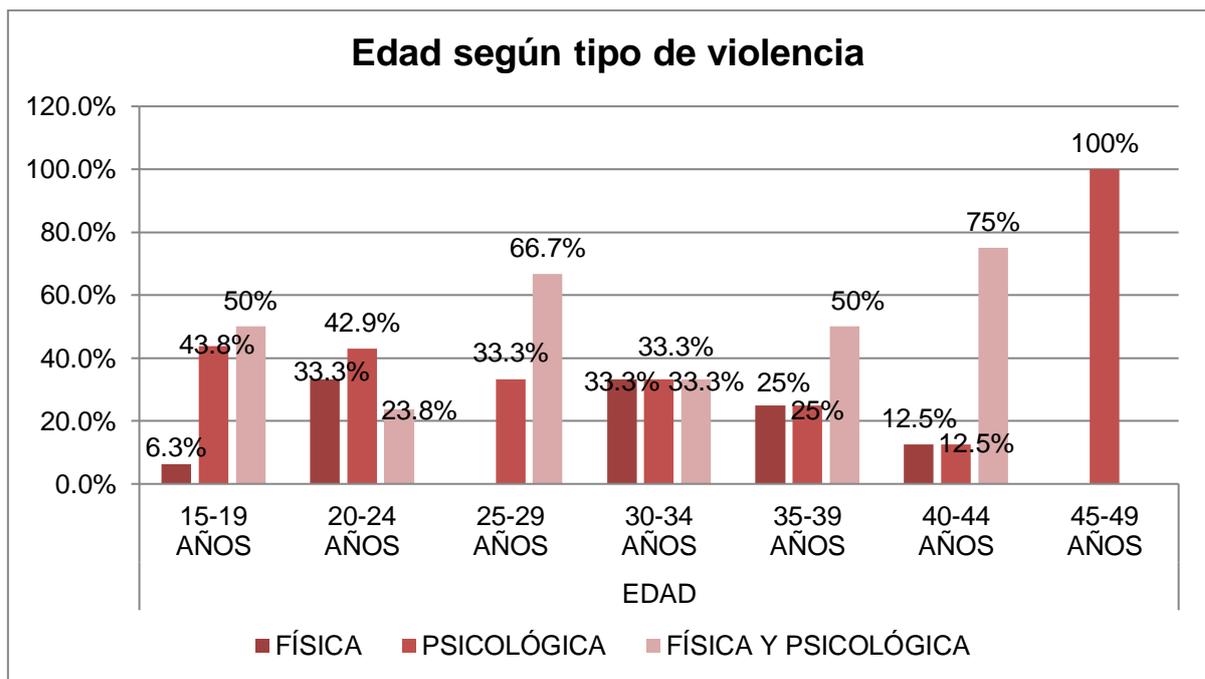


Figura 1: Edad relacionada según el tipo de violencia en las gestantes en el Centro Materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos-2018 (N=75)

Nota. Fuente: Elaboración propia

Según los rangos de edades estimadas, se evidencia que las gestantes entre los 15 - 19 años es quien predomina con ambas violencias 50%, seguidos de edades de 20-24 años con violencia psicológica 42.9%, entre 25-29 años la dominancia es 66.7% con ambas violencias, 30-34 años su estimación es porcentaje por igual en todas las violencias 33.3%, en rango de 35-39 años quien

predomina son quienes tienen ambos tipos de violencias con 50%, 40-44 años con ambas violencias 75%, y por último, siendo 45-49 años la predominancia total es de 100% con violencia psicológica.

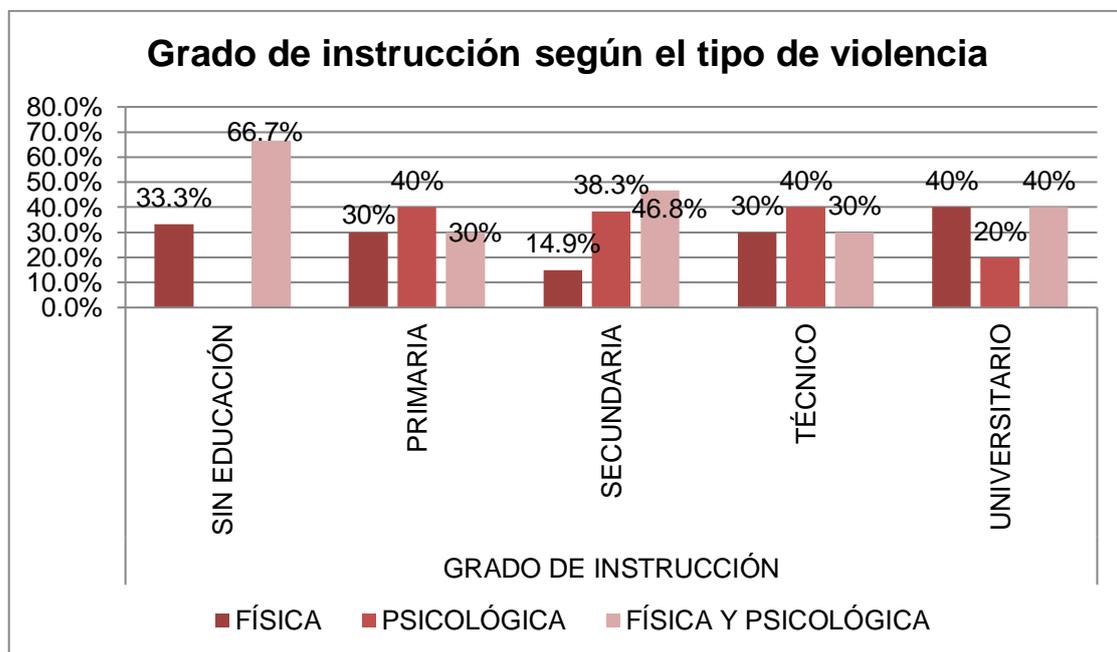


Figura 2: Grado de instrucción relacionada según el tipo de violencia en las gestantes en el Centro Materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos-2018 (N=75)

Nota. Fuente: Elaboración propia.

En relación al grado de instrucción y los tipos de violencia se determinó que, las gestantes sin educación predominan violencia física y psicológica 66.7%, gestante con grado de primaria indicaron la violencia psicológica 40%, gestantes con grado de secundaria predominan ambas violencias 46.8%, grado técnico abarca la violencia psicológica 40% y en el grado universitario se encontró física 40% al igual que padecieron ambas violencias 40%.

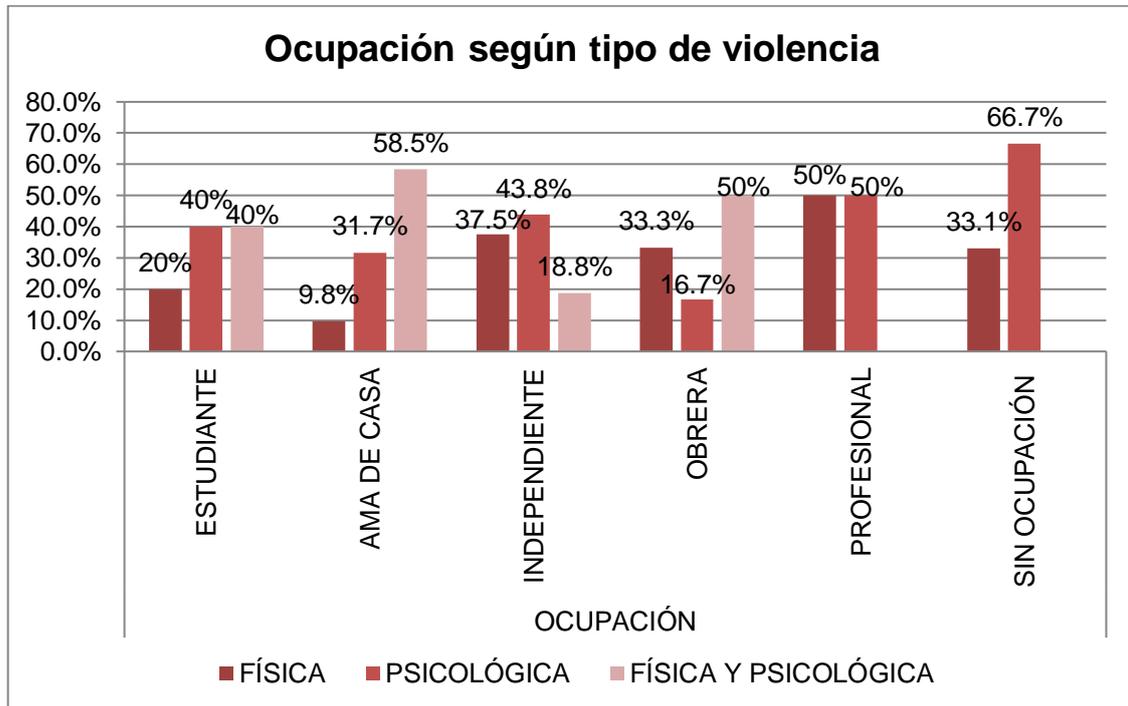


Figura 3: Ocupación relacionada con el tipo de violencia en las gestantes de un Centro Materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos-2018 (N=75)

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Con relación a la ocupación con el tipo de violencia, tenemos a la violencia física con el 50% quienes son profesionales, a los que no ejercen ninguna ocupación 66.7% en violencia psicológica, y en ambas violencias a las amas de casa con 58.7%

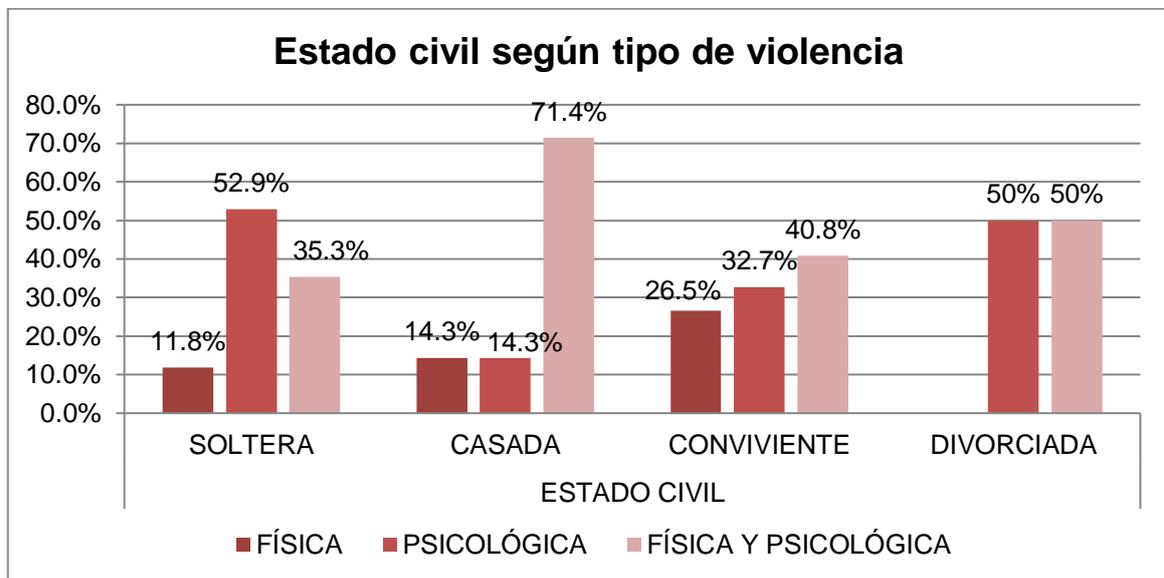


Figura 4: Estado civil relacionada con el tipo de violencia en las gestantes de un Centro Materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos-2018 (N=75)

Nota. Fuente: Elaboración propia

En estado civil y tipo de violencia, se observa que el estado de soltera quién es predominante es la violencia psicológica 52.9%, casada con ambas violencias 71.4%, el estado de conviviente con ambas violencias 40.8%, y las gestantes divorciadas tienen los valores similares con 50% en tanto violencia física como psicológica.

4.2 Análisis de desarrollo biológico

Tabla N° 3. Características de desarrollo de las gestantes en el Centro Materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos-2018

Características de desarrollo biológico		Frecuencia	Porcentaje
Menarquía	Menor o igual 13 años	33	44 %
	14-16 años	32	42.7 %
	17-19 años	10	13.3 %
	Total	75	100%
Inicio de relación sexual	10-14 años	12	16 %
	15-19 años	48	64 %
	Mayor 19 años	15	20 %
	Total	75	100%
Número de parejas sexuales	Uno	16	21.3 %
	Dos	29	38.7 %
	Tres	22	29.3 %
	Cuatro	5	6.7 %
	Cinco	2	2.7 %
	Más de cinco	1	1.3 %
	Total	75	100%
Métodos anticonceptivos	Anticoncepción oral de emergencia	0	0 %
	Métodos naturales	8	10.7 %
	Inyectable mensual	5	6.7 %
	Inyectable Trimestral	8	10.7 %
	Píldoras anticonceptivas	12	16 %
	Óvulos vaginales	0	0 %
	Preservativo	4	5.3 %
	Implante	0	0 %
	Dispositivo intrauterino	0	0 %
	Coitus interruptus	1	1.3 %
	No utilizó	37	49.3 %
Total	75	100%	
Paridad	Nulípara	16	21.3 %
	Primípara	29	38.7 %
	Múltipara	23	30.7 %
	Gran múltipara	7	9.3 %
	Total	75	100%
Planificación de embarazo	Sí	60	80 %
	No	15	20%
	Total	75	100%
Aceptación de embarazo	Sí	42	56 %
	No	33	44 %
	Total	75	100%

Fuente: Elaboración propia

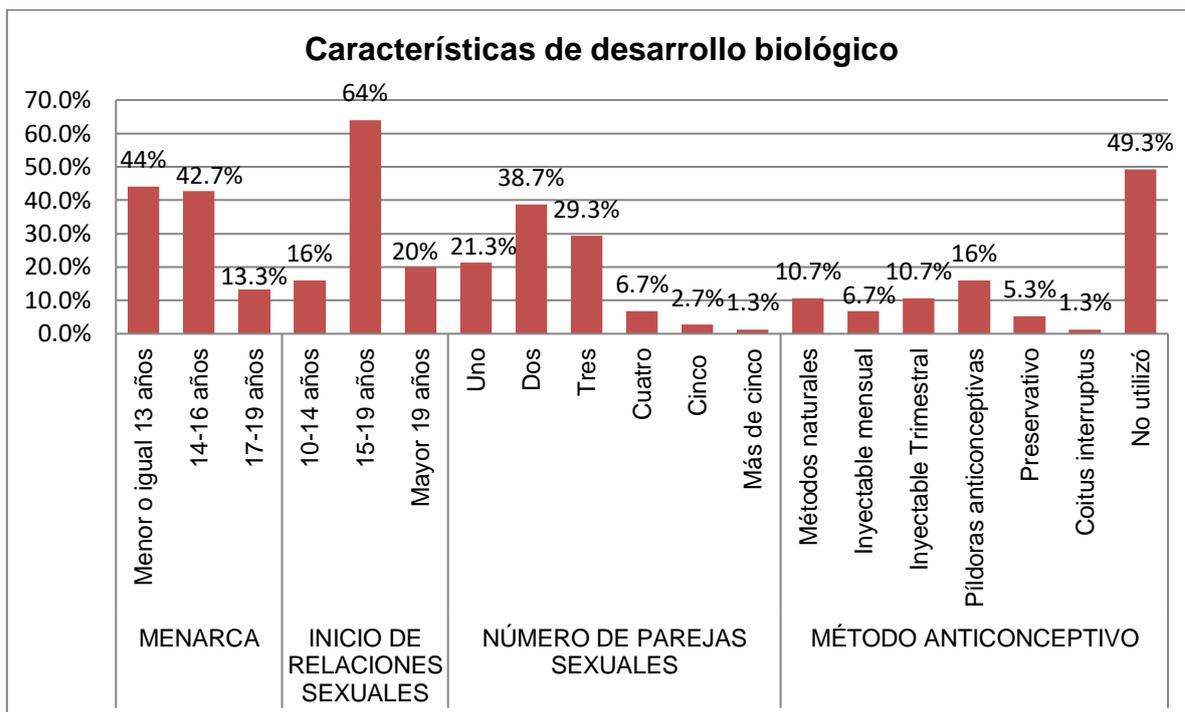


Figura N° 5 – A. Características de desarrollo biológico de las gestantes en el Centro Materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos-2018 (N=75)

Nota. Fuente: Elaboración propia

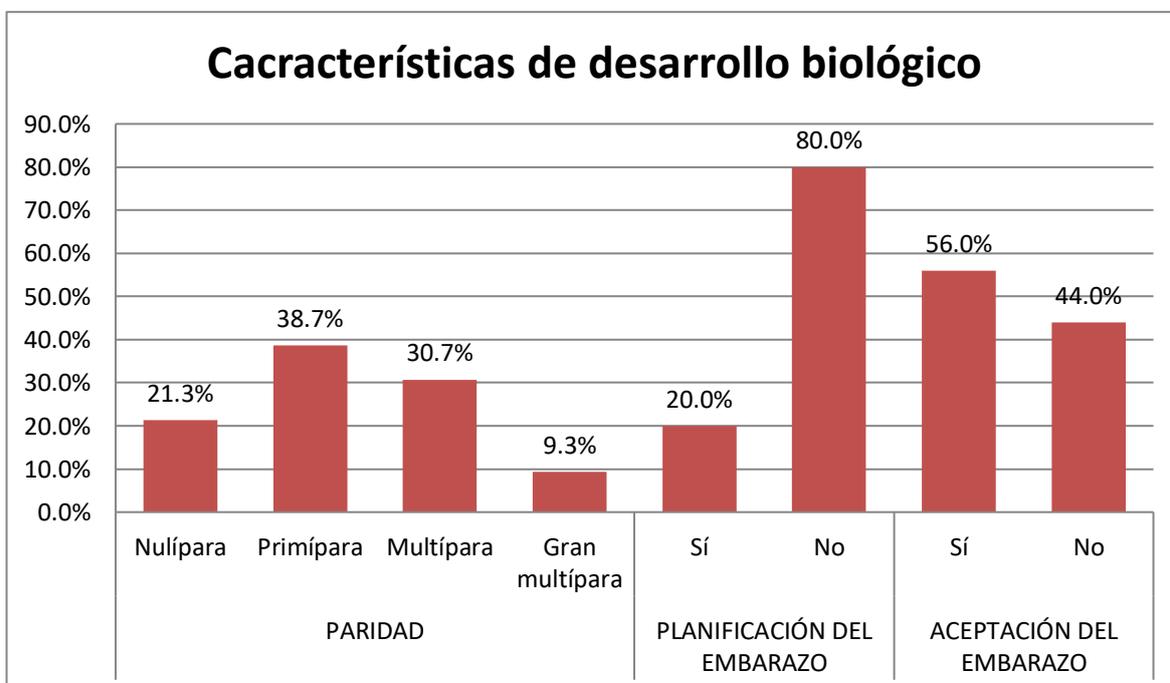


Figura N° 5 – B. Características de desarrollo biológico de las gestantes en el Centro Materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos-2018 (N=75)

Nota. Fuente: Elaboración propia

En base a los resultados adquiridos en la Tabla N°3 y la Figura N° 5 A – B. de las características de desarrollo biológico; se observa que la menarquía predomina las edades menor o igual que 13 años (44%), inicio de las relaciones entre las edades de 15-19 años (64%), de haber tenido dos parejas sexuales (38.7%), no utilizaron algún método anticonceptivo (49.3%), las mujeres que hayan sido primíparas (38.7%), por otro lado, se observa que no planificaron su embarazo (80%), y quiénes aceptaron el embarazo (56%).

Tabla N° 4 Características de desarrollo biológico según el tipo de violencia en las gestantes de un Centro Materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos-2018

Características de desarrollo biológico / Violencia		Física		Psicológica		Física y psicológica	
Indicadores		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
MENARQUÍA	≤ 13 años	7	21.2%	13	39.4%	13	39.4%
	14-16 años	5	15.6%	9	28.1%	18	56.3%
	17-19 años	4	40.0%	5	50.0%	1	10.0%
	Total	16	21.3%	27	36.0%	32	42.7%
INCIO DE RELACIÓN SEXUAL	10 - 14 años	6	50.0%	2	16.7%	4	33.3%
	15 - 19 años	7	14.6%	19	39.6%	22	45.8%
	> 19 años	3	20.0%	6	40.0%	6	40.0%
	Total	16	21.3%	27	36.0%	32	42.7%
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES	Uno	1	6.3%	9	56.3%	6	37.5%
	Dos	8	27.6%	7	24.1%	14	48.3%
	Tres	5	22.7%	9	40.9%	8	36.4%
	Cuatro	1	20.0%	1	20.0%	3	60.0%
	Cinco	0	0.0%	1	50.0%	1	50.0%
	Más de 5	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Total	16	21.3%	27	36.0%	32	42.7%
MÉTODO ANTICONCEPTIVO	Métodos Naturales	4	50.0%	2	25.0%	2	25.0%
	Inyectable Mensual	2	40.0%	0	0.0%	3	60.0%
	Inyectable trimestral	2	25.0%	2	25.0%	4	50.0%
	Píldoras anticonceptivas	1	8.3%	7	58.3%	4	33.3%
	Preservativo	2	50.0%	1	25.0%	1	25.0%
	Coitus interruptus	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%
	No utilizó	5	13.5%	15	40.5%	17	45.9%
	Total	16	21.3%	27	36.0%	32	42.7%
PARIDAD	Nulípara	5	31.3%	8	50.0%	3	18.8%
	Primípara	3	10.3%	10	34.5%	16	55.2%
	Múltipara	6	26.1%	5	21.7%	12	52.2%
	Gran múltipara	2	28.6%	4	57.1%	1	14.3%
	Total	16	21.3%	27	36.0%	32	42.7%
EDAD DE EMBARAZO	I Trimestre	9	25.0%	10	27.8%	17	47.2%
	II Trimestre	4	12.9%	15	48.4%	12	38.7%
	III Trimestre	3	37.5%	2	25.0%	3	37.5%

	Total	16	21.3%	27	36.0%	32	42.7%
PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO	Sí	6	40.0%	4	26.7%	5	33.3%
	No	10	16.7%	23	38.3%	27	45.0%
	Total	16	21.3%	27	36.0%	32	42.7%
ACEPTACIÓN DEL EMBARAZO	Sí	11	26.2%	13	31.0%	18	42.9%
	No	5	15.2%	14	42.4%	14	42.4%
	Total	16	21.3%	27	36.0%	32	42.7%

Muestra total: 75 del 100%

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N° 4 se demuestra el tipo de violencia según las características de factor de desarrollo, los más resaltantes son: la menarquía con edades entre 14-16 años (56.3%) en ambas violencias, violencia psicológica entre rango de edades de 17 – 19 años 50% y física de edades 17 – 19 años con 40%. El Inicio de relación sexual que comprende las edades de 15-19 años (45.8%) en ambas violencias y; de edades 10-14 años con violencia física (50%), seguido mayor de 19 años 40% en violencia física. Conforme al número de parejas sexuales se relaciona con más de 5 parejas sexuales en violencia física al 100% y, el (60%) en ambas violencias con más de 4 parejas, y psicológica con 1 pareja 56.3%. Según el método anticonceptivo, se considera que en ambas violencias utilizaron el coitus interruptus el 100%, en la violencia física predominan los métodos naturales y el preservativo con el (50%), así como en la violencia psicológica con píldoras anticonceptivas (58.3%). Con relación a la paridad prevalece las dos violencias con (55.2%) siendo la primípara, violencia psicológica (50%) en nulípara, y la violencia física con el (31.3%) la nulípara. Según la edad de embarazo por trimestre destaca el II trimestre con violencia psicológica (48.4%), en entre ambas violencias destaca el I trimestre (47.2%), y la violencia física (37.5%) con gestantes del I trimestre. La planificación del embarazo con los que no planificaron su embarazo destaca (45%) con ambas violencias, física las que sí planificaron son el 40% y las que no planificaron su embarazo fue el 38.3% en violencia psicológica. Y los que aceptaron su embarazo son (42.9%) en ambas violencias, seguido de los que no deseaban aceptar 42.4% con violencia psicológica y por último, las que sí aceptaron 26.2% con la violencia física.

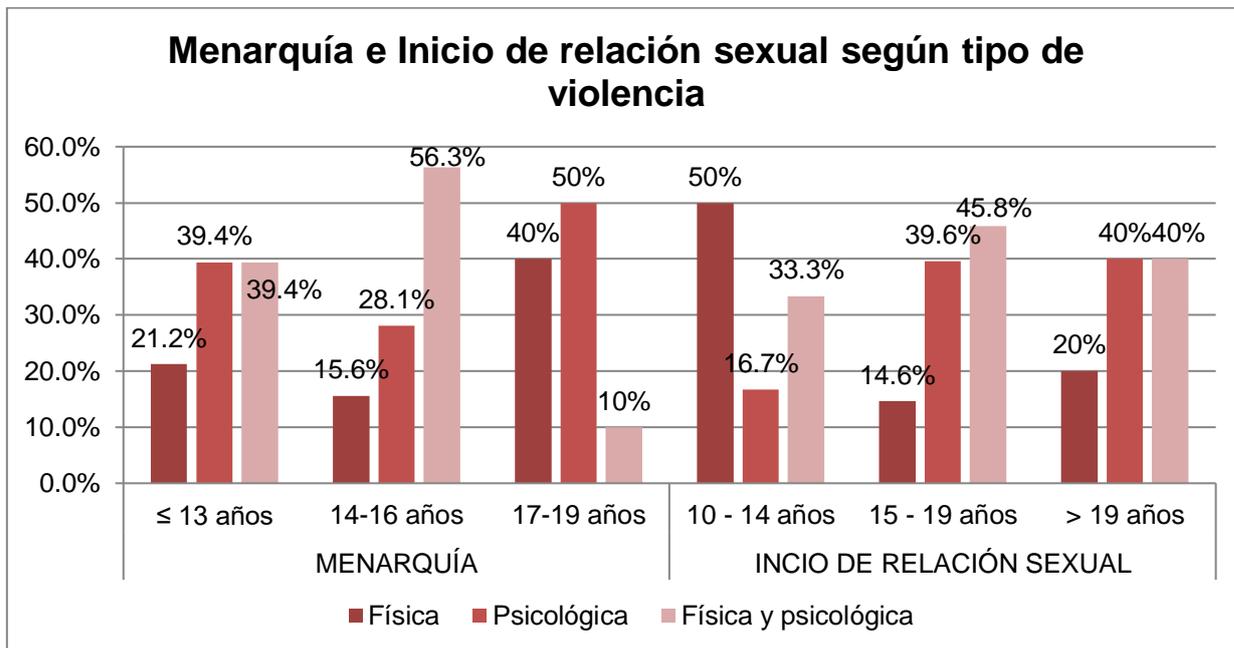


Figura N° 6: Menarquía e inicio de relación sexual según el tipo de violencia en las gestantes en el Centro Materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos-2018 (N=75)

Nota. Fuente: Elaboración propia

Con respecto a la menarquía y el tipo de violencia, destaca las edades de rangos de 14-16 años con ambas violencias con 56.3%, seguido de 17-19 años con violencia psicológica con 50% y física con 40%. Por otro lado, el inicio de relación sexual, entre las edades de 10-14 años con 50% en violencia física, seguido de ambas violencias con edades de 15-19 años 45.8%, y > de 19 años con valor igual a 40% en violencia psicológica y en ambas violencias.

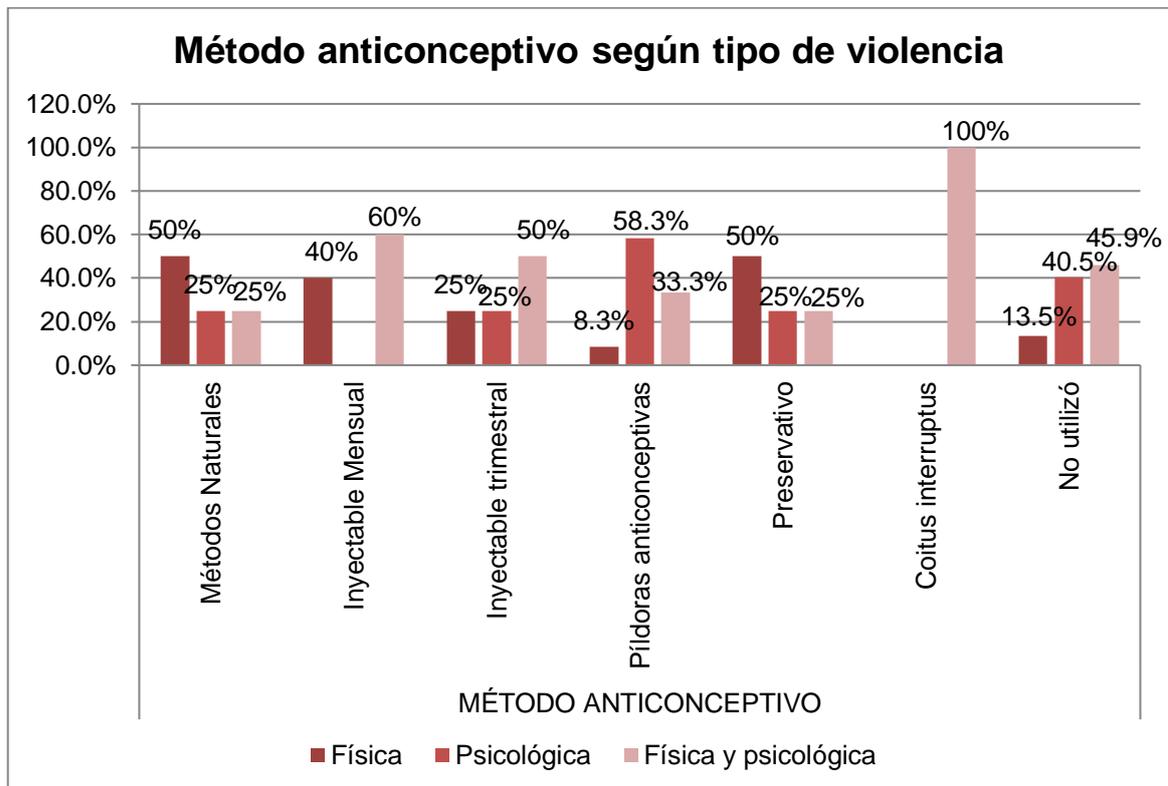


Figura N° 7. Método anticonceptivo según el tipo de violencia en las gestantes en el Centro Materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos-2018 (N=75)

Fuente: Elaboración propia

Con respecto a los métodos anticonceptivos según el tipo de violencia, se observa que la violencia física tanto en métodos naturales y el uso del preservativo son el 50%, en violencia psicológica predomina las píldoras anticonceptivas con 58.3%, seguido de quienes no utilizaron ningún método anticonceptivo con 40.5%, y en ambas violencias quién predomina a su totalidad es el coitus interruptus con 100%.

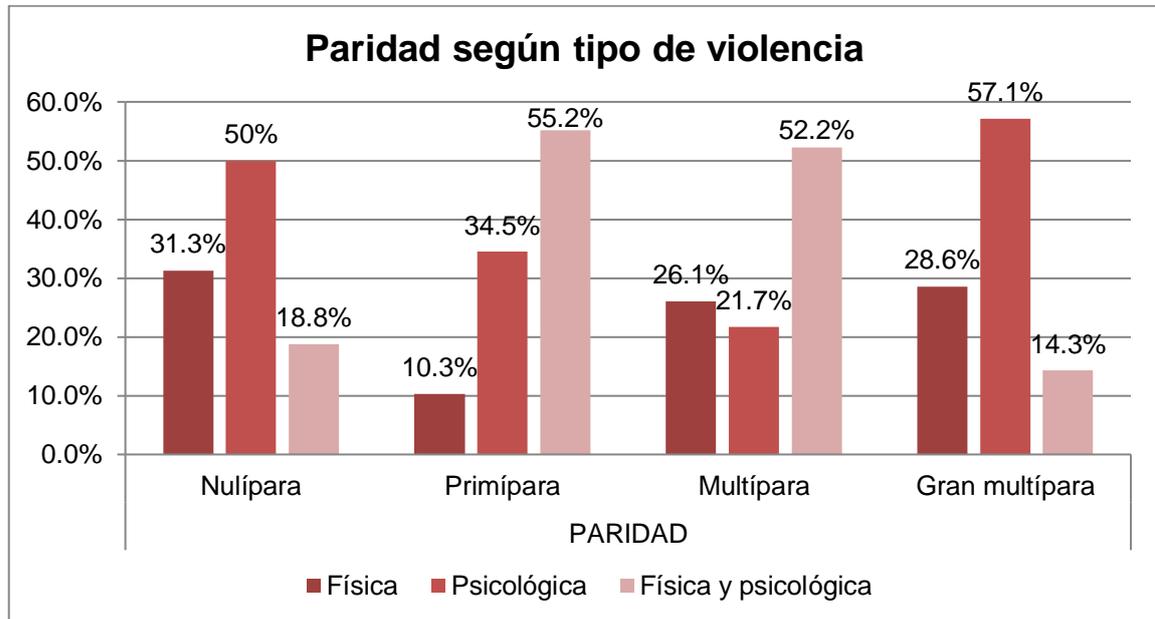


Figura N° 8. Paridad según el tipo de violencia en las gestantes en el Centro Materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos-2018 (N=75)

Fuente: Elaboración propia

Correspondiente a la paridad según el tipo de agresión, tenemos a las nulíparas con mayor relevancia con 50% en violencia psicológica, en primíparas tenemos ambas violencias con 55.2%, en multíparas con 52.2% en ambas violencias, gran multíparas con violencia psicológica 57.1%.

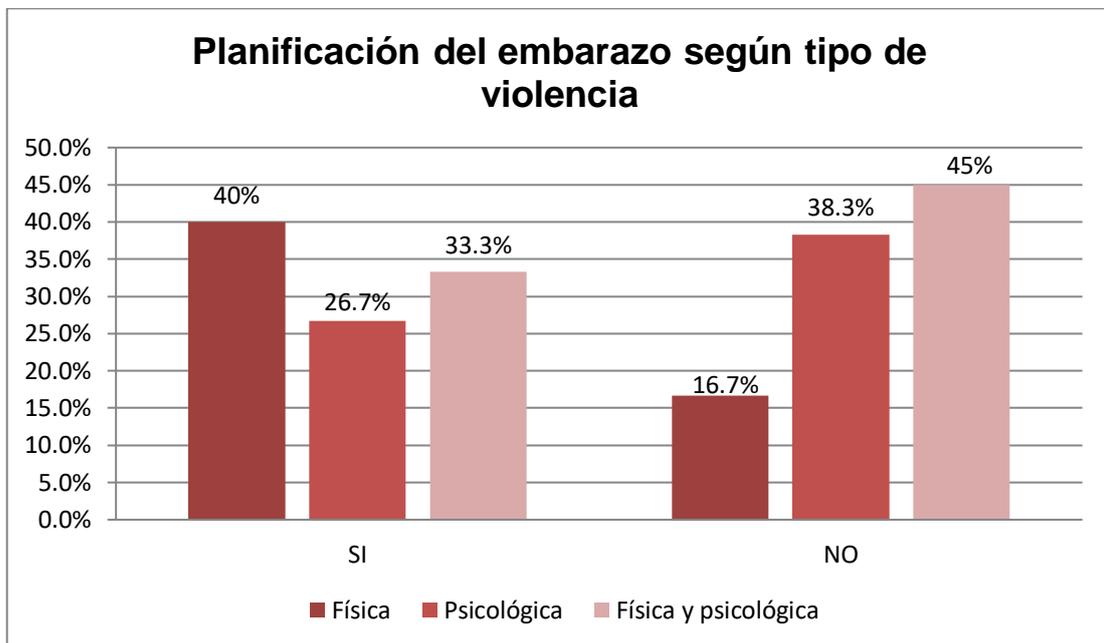


Figura N° 9. Planificación del embarazo según el tipo de violencia en las gestantes en el Centro Materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos-2018 (N=75)

Fuente: Elaboración propia

Según planificación del embarazo según tipo de violencia, quienes no planificaron su embarazo 45% son aquellas que habían sido víctimas de ambas violencias, seguido de las gestantes violentadas con 38.3%. Por otro lado, quienes si habían planeado su embarazo fueron las gestantes violentadas con 40%.

4.3 Análisis de Violencia familiar

4.3.1 Durante el embarazo

4.3.1.1 Agresor

Tabla N°5 Estimación del tipo de agresor de las gestantes violentadas en un Centro Materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos-2018

Agresor	Frecuencia	Porcentaje
Papá	12	16 %
Mamá	11	14.7 %
Pareja	41	54.7 %
Otros	11	14.7 %

Muestra total: 75 del 100%

Fuente: Elaboración propia

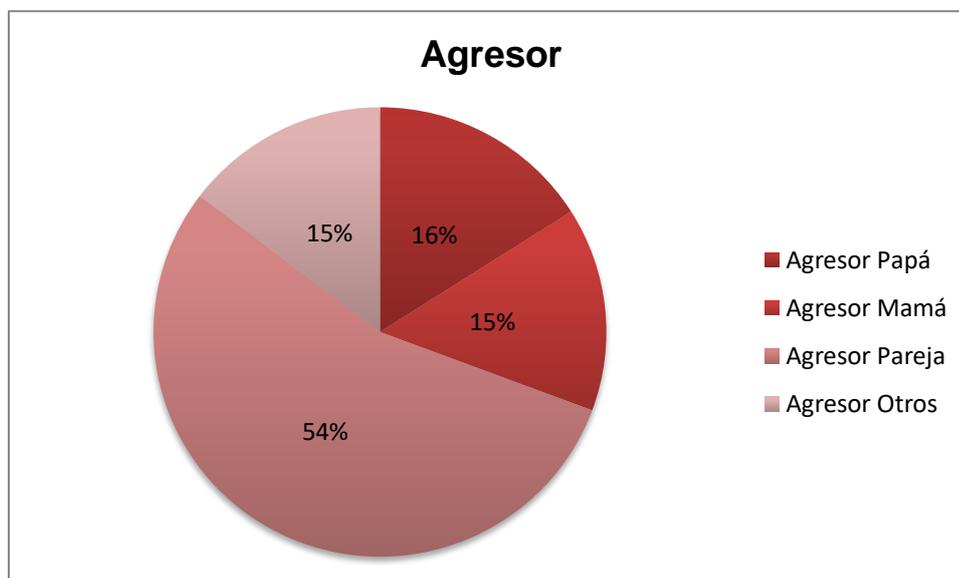


Figura N° 10 Estimación del tipo de agresor de las gestantes violentadas en un Centro Materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos-2018 (N=75)

Nota. Fuente: Elaboración propia

Según la Tabla N° 5 Con relación al tipo de agresor, se evidencia que la predominancia es la agresión de la pareja con 54.7 %, seguido del agresor papá (16%), y posterior a la mamá y otros (hermano, tío y expareja) con 14.7%.

Tabla N° 6 Agresor según el tipo de violencia en las gestantes en el Centro Materno infantil Juan Pablo II, Los Olivos-2018

AGRESOR / TIPO DE VIOLENCIA	FÍSICA		PSICOLÓGICA		FÍSICA Y PSICOLÓGICA	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
PAPÁ	3	25.0%	5	41.7%	4	33.3%
MAMÁ	5	45.5%	4	36.4%	2	18.2%
PAREJA	5	12.2%	14	34.1%	22	53.7%
*OTROS	3	27.3%	4	36.4%	4	36.4%
TOTAL	16	21.3%	27	36%	32	42.7%

Muestra total: 75 del 100%

Fuente: Elaboración propia

*Otros: Hermanos, tíos y/o ex pareja.

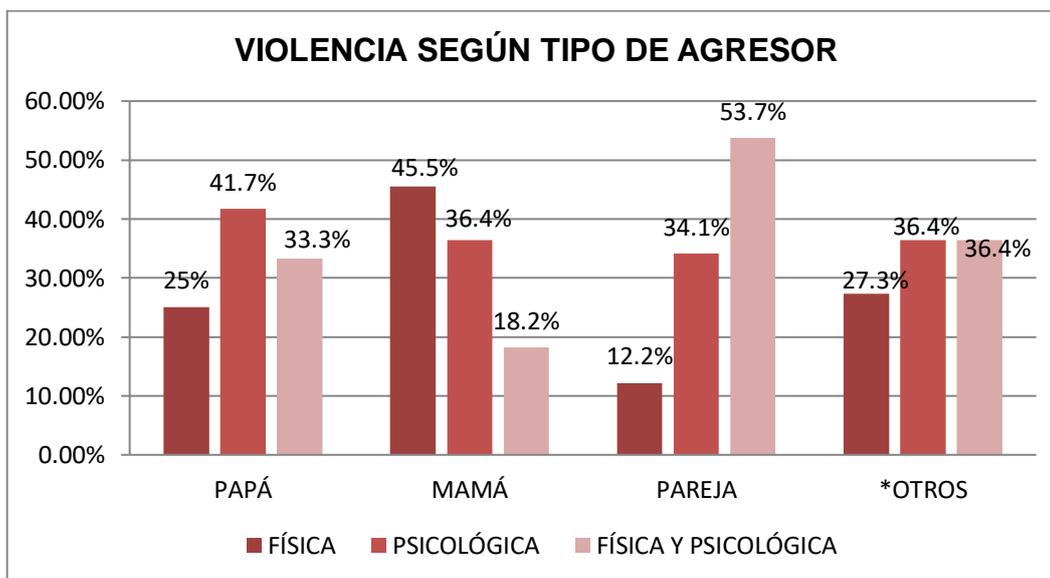


Figura N°11 Agresor según el tipo de violencia en las gestantes en el Centro Materno Juan Pablo II, Los Olivos-2018 (N=75)

Nota. Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N°6, se analiza la violencia según el tipo de agresor, quiénes destacan es la pareja (53.7%) con la violencia física y psicológica, seguido otros (36.4%) con ambas violencias y solo psicológica, quien predomina la violencia física es la mamá 45.5%, violencia psicológica es el papá (41.7%).

4.3.1.2. Tipo de agresión

Tabla N° 7 Estimación de tipo de agresión según tipo de violencia de las gestantes violentadas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos-2018

TIPO DE VIOLENCIA	Frecuencia	Sí	Frecuencia	No
FÍSICA	48	64.0%	27	36.0%
PSICOLÓGICA	59	78.7%	16	21.3%

Muestra total: 75 del 100%

Fuente: Elaboración propia

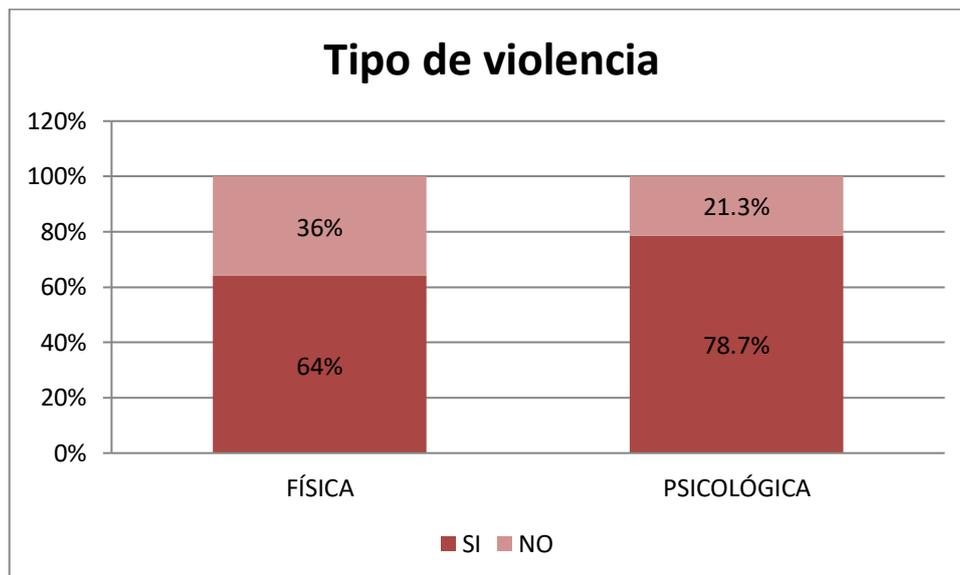


Figura N° 12 Estimación de tipo de agresión según tipo de violencia de las gestantes violentadas en un Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos-2018 (N=75)

Nota. Fuente: Elaboración propia

Según la estimación de la Tabla N° 7 señalada, se observa que la violencia en gestantes está clasificada en agresión psicológica en 78.7% y la violencia física (64%) en gestantes

Tabla N° 8 Clasificación de las violencias en las gestantes en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos-2018

Agresión	Frecuencia	Porcentaje
Física	16	21.3 %
Psicológica	27	36 %
Física y Psicológica	32	42.7 %
Muestra total: 75 del 100%		
Fuente: Elaboración propia		

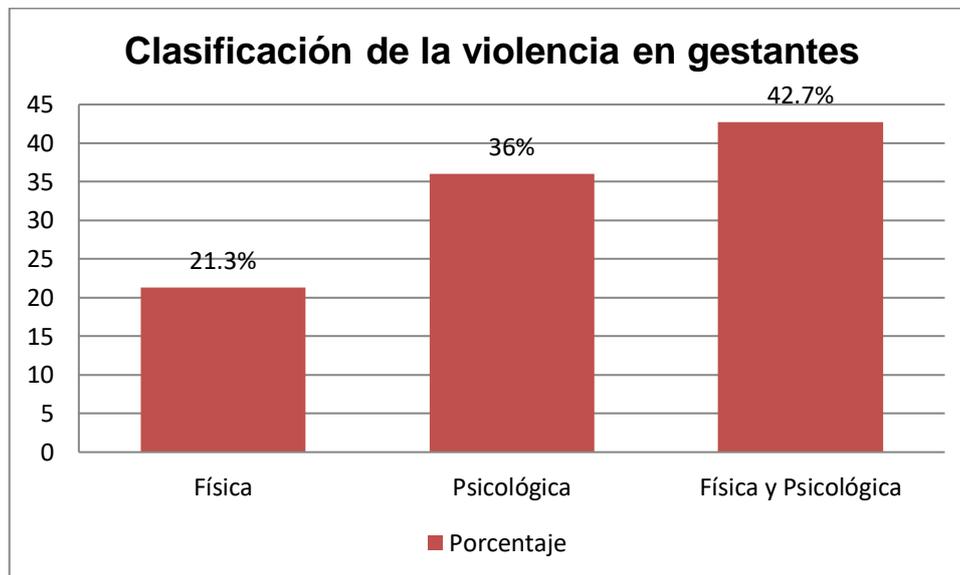


Figura N° 13 Estimación de tipo de agresión de las gestantes violentadas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos-2018

Nota. Fuente: Elaboración propia

Con relación a la Tabla N° 8 se analiza según el tipo de violencia se evidencia que el mayor porcentaje son quienes tienen ambos tipos de violencia; es decir, violencia física y psicológica (42.7%), seguida de solo violencia psicológica (36%) y, por último, violencia física (21.3%).

Tabla N° 9 Violencia física en las gestantes de un Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos-2018

Violencia física		Frecuencia	Porcentaje %
Hematomas y contusiones	Si	44	58.7%
	No	31	41.3%
Cicatrices, quemaduras	Si	19	25.3%
	No	56	74.7%
Fracturas inexplicables	Si	3	4%
	No	72	96%
Marca de mordeduras	Si	4	5.3%
	No	71	94.7%
Lesiones de vulva, perineo y recto	Si	11	14.7%
	No	64	85.3%
Laceraciones en la boca, mejilla, ojos	Si	10	13.3%
	No	65	56.7%
Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño, problemas de apetito	Si	16	21.3%
	No	59	78.7%
Muestra total: 75 del 100%			

Fuente: Elaboración propia

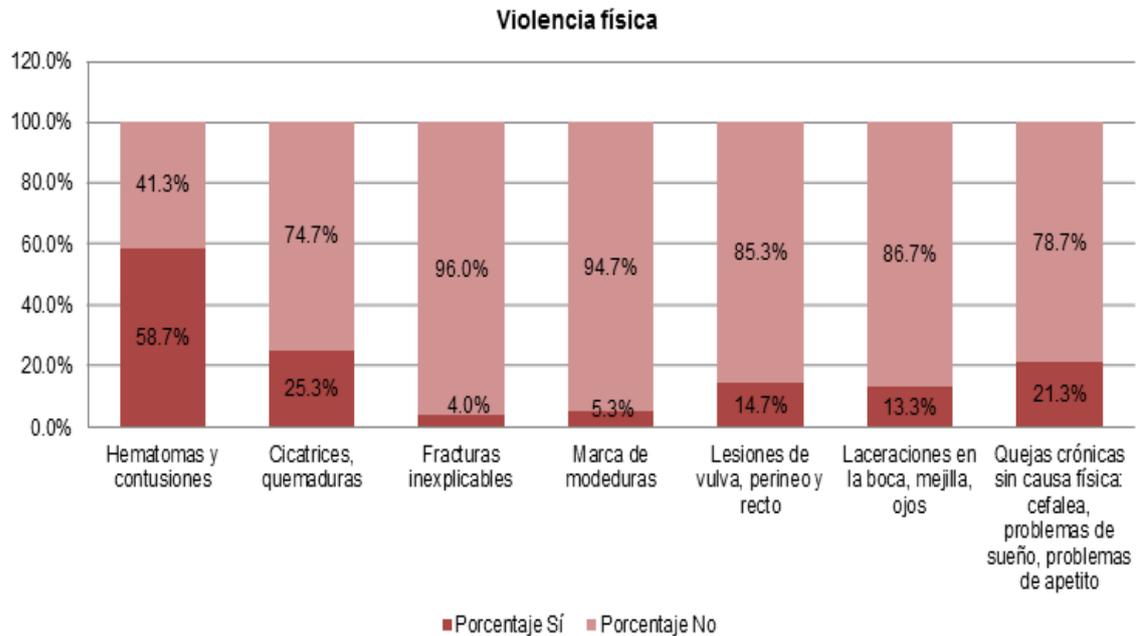


Figura N° 14 Violencia física en las gestantes de un Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos-2018N=75)

Nota. Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con la Tabla N° 9 acerca de la violencia física; se puede observar que el porcentaje mayor es hematomas y contusiones (58.7%), seguido de cicatrices, quemaduras (25.3%), y quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño, problemas de apetito (21.3%).

Tabla N°10 Violencia psicológica en las gestantes de un Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos-2018

Violencia Psicológica			
		Frecuencia	Porcentaje %
Extrema falta de confianza en sí misma	Si	16	21.3%
	No	59	78.7%
Tristeza, depresión o angustia	Si	36	48%
	No	39	52%
Retraimiento	Si	19	25.3%
	No	56	74.7%
Llanto frecuente	Si	39	52%
	No	36	48%
Aislamiento de personas	Si	6	8%
	No	69	92%
Intento de suicidio	Si	4	5.3%
	No	71	94.7%
Uso de drogas, tranquilizantes o analgésicos	Si	4	5.3%
	No	71	94.7%
Muestra total: 75 del 100%			
Fuente: Elaboración propia			

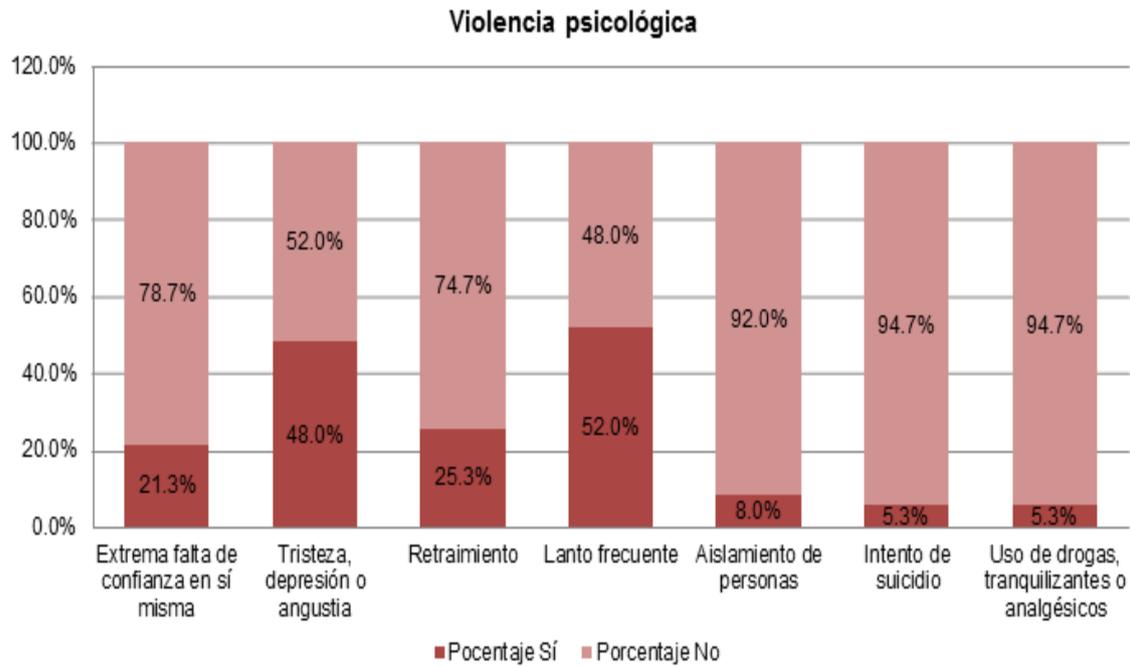


Figura N° 15 Violencia psicológica en las gestantes de un Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos-2018 (N=75)

Nota. Fuente: Elaboración propia

Con relación a la Tabla N°10, se afirma que los indicadores de violencia psicológica resaltan el llanto frecuente (52%), tristeza, depresión o angustia (48%), seguido retraimiento (25.3%), extrema falta de confianza en sí misma (21.3%), aislamiento de personas (8%), el uso de drogas, tranquilizantes o analgésicos y el intento de suicidio (5.3%).

CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN

La violencia además de ser un problema a nivel sociocultural es un tema de salud pública que atenta con la salud de la mujer. Así como, la violencia durante el embarazo se inserta de lleno dentro de la salud sexual y reproductiva. Actualmente, definir la palabra violencia esta transgredida por el ser humano, que ya no existe el respeto de los derechos humanos y aún más de los derechos sexuales y reproductivos, por lo consiguiente, tanto la violencia, física, psicológica, sexual, económica, entre otras, se están viendo cada vez más expandirse y es la última en descubrirse. Gonzales (2014)

A partir de los resultados obtenidos ante la investigación las gestantes violentadas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, señalan la clara similitud acerca las características sociodemográficas la edad predominante es de 20 – 24 años con 28% y de edades de 15 – 19 años con 21.3%, en la cual se demuestra la similitud con el autor (Azene, Yeshita, & Mekonnen, 2019) que refiere que las gestantes violentadas fueron edades promedias de 17 – 26 años. Así como el autor (Heras, 2015) que destaca que el 64% eran gestantes violentadas jóvenes (19 a 25 años). Por otro lado, el lugar de nacimiento predominante fue provincia con 50.7%, a comparación con el autor Moreno (2018) señala según costa 61.7%, sierra 29.2% y selva 9.2%. Según el grado de instrucción se obtuvo el nivel de secundaria con 62.7% así como lo señala el autor (Heras, 2015) en su investigación con 48.4% y el autor Gonzales (2014), que obtuvo como hallazgo el 78.57% de gestantes violentadas. Dicho autor señala que eran amas de casa y convivientes con el 60%, así como nuestra investigación lo describe con 62.7%. Y el estado civil 65.3%. según el tiempo de convivencia la predominancia fue mayor de un año con el 42.7%, seguido de quienes no conviven 24%, esta similitud se asemeja con el autor Gonzales (2014) que señala que solo el 10% convivían mayor de 1 año, a diferencia de las gestantes que no convivían que eran 1.43%. A similitud con el autor Moreno que menciona 77.5% convivían a mayor de 1 año.

Las características de desarrollo biológico de la investigación señaló que las gestantes tuvieron su primera menstruación antes o a la edad de 13 años el 44%, así como lo describe el autor (Gonzales, 2014) que representa el 81.43%. El haber iniciado las relaciones sexuales entre edades 15 – 19 años con el 64%, así como lo describe el mismo autor con 75%. Refiriendo a otro autor llamado (Monterrosa, 2017) menciona que la edad promedio de la primera relación $15,4 \pm 1.1$ de edad. E incluso el haber tenido relaciones sexuales con tres parejas sexuales 30%, es una similitud con nuestra investigación porque el que más destaca es de haber tenido dos parejas sexuales 38.7%. Según los métodos anticonceptivos el no haber utilizado fue la predominancia con 49.3%, seguido de las píldoras anticonceptivas 16%, así como métodos naturales y el inyectable trimestral con 10.7%, estos porcentajes se vieron relacionados a comparación de nuestros resultados con el autor (Gonzales, 2014) que fue el preservativo 40.7% y posterior los que no usaban ningún método 27.4%. Acerca de las gestantes que son primíparas fue la más destaca con 38.7%, así como lo relaciona

el autor Gonzales (2014) que señala que fueron nulíparas el 89.3%, a comparación con la autora Moreno (2018) que menciona que el mayor porcentaje son las multigestas con 66.7%. Las gestantes quienes acudieron a su primer control prenatal en la etapa de gestación fue en el I trimestre con 48%, a comparación del autor (Monterrosa) en su investigación destaca que en el tercer trimestre de gestación acudieron a su primer control prenatal el 58.6%, así como (Finnbogadóttir, 2016) describe que la semana de gestación promedio es de 34 semanas 78.8%. La mayor población de gestantes no planificaron su embarazo 80 %, así como señala el autor Gonzales el 83.57% no planificaron su embarazo. Y quienes aceptaron el embarazo fue 56%, así como la similitud el trabajo del mismo investigador 65%.

Con respecto al agresor de las gestantes violentadas tenemos a la pareja con 54.7%. Según la clasificación de ambas violencias tenemos a la pareja con 53.7%. A similitud de los autores (Azene, Yeshita, & Mekonnen, 2019) señala que el 41.1% son producidos por la pareja, y de este sobresale la violencia psicológica, física y sexual con 29.1%. A comparación con el estudio de Urrutia (2016) que menciona que el principal agresor es dada por un familiar 24%, seguido por la pareja 12.6%.

Según la estimación de violencia se visualiza que el 78.7% es la violencia psicológica y la violencia física con 64%. Así como el mayor porcentaje se observa en el grupo de gestantes que padecen de ambas violencias 42.7%. Así como lo señala el autor (Coloma, 2015) en su investigación que afirma que el 100% habían recibido violencia psicológica, el 92.9% física y 64.3% sexual; haciendo hincapié acerca de la violencia en durante el embarazo fue el 14%.

CONCLUSIONES

En el siguiente trabajo de investigación se identificaron las siguientes conclusiones acerca de las características asociadas a las violencias físicas y psicológicas en gestantes.

Las características sociodemo-económicas principalmente encontradas en las gestantes violentadas fueron: las edades que oscilaban entre 20 -24 años el mayor predominio, siendo el posterior rango de 15 – 19 años, asimismo, la mayoría de gestantes eran de provincia, además, la mayor parte de la población había cursado la secundaria, así como su ocupación era ama de casa, su estado civil destacó que era conviviente; así como, también que estaban conviviendo más de 1 año.

Respecto a las características de desarrollo biológico, el hallazgo más representativo con la violencia en gestantes fue: el inicio de relaciones sexuales con edades de 15 – 19 años con el mayor porcentaje de población, así como, las que tuvieron dos parejas sexuales y, las que no usaron algún método anticonceptivo fue la mayoría de la población. Por otro lado, las gestantes que habían sufrido violencia la mayor parte fueron primíparas y cursaban el I trimestre de gestación. Además, dichas gestantes en su mayoría no habían planificado su embarazo.

Otro resultado, a razón de la estimación de la violencia durante el embarazo; es el agresor, de la cual en los resultados de dicha, se estima que la pareja es el principal agresor en la población agredida, consecuentemente, destaca a la mamá en la violencia física, y posterior, al papá en la violencia psicológica.

Se concluye que el tipo de agresión de violencia con mayor frecuencia es la violencia psicológica (78.7%) y posterior la física (64%). De las cuáles quienes padecieron mayor violencia fueron las gestantes que tuvieron ambos tipos de violencia (42.7%), posterior solo las que padecieron de violencia psicológica (36%), y por último solo violencia física (21.3%).

RECOMENDACIONES

Se recomienda a las obstetras y/o personal calificado que se involucre en el tema de la violencia en gestantes, para enfatizar el desarrollo de las pesquisas y tamizajes de violencia basada en género (VBG) desde los servicios de planificación familiar y control prenatal para así facilitar la detección, atención y protección de la violencia.

Se sugiere ofrecer a los profesionales de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II capacitaciones de reconocimiento de casos de atención de violencia en mujeres en edad fértil y en gestantes. Asimismo, incentivar al profesional de Obstetricia para realizar actividades en el campo laboral en la comunidad, mediante la prevención se brinde la protección a la gestante que no acude a sus controles prenatales.

Se propone a la directiva del establecimiento de salud elaborar un programa estratégico para gestantes.

Se sugiere al Centro Materno Infantil Juan Pablo II tener lazos de alianza con entidades cercanas a su jurisdicción que estén enfocados a la atención oportuna de violencia contra la mujer.

Se sugiere a las obstetras del campo laboral de la comunidad, orientar y empoderar y concientizar a las mujeres con capacitaciones acerca de los derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos, sexo, género y sexualidad, así mismo empoderar a las mujeres sobre la existencia de una ley para su protección.

Se propone al establecimiento de salud estandarizar un formato de tamizaje de violencia del MINSA exclusivamente para gestantes, en la cuales involucre ítems de características sociodemográficas, así como los de factor de desarrollo biológico, para de esta manera identificar casos allegados a la violencia.

Se recomienda al estado peruano actualizar la guía técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género e incluir ítems diferenciados en la atención en gestantes. Así como, respetar las pautas de la ley N° 30364.

REFERENCIAS

Academia Europea de Pacientes. (s.f.). *EUPATI*. Recuperado el 02 de Agosto de 2019, de <https://www.eupati.eu/es/farmacoepidemiologia-es/conceptos-epidemiologicos-incidencia-y-prevalencia/#Prevalencia>

- Agurto, S. *Prevalencia y factores asociados a la violencia en mujeres gestantes que acuden al Centro de Salud del Distrito de Bellavista durante el periodo de 2012-2015*. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Chimbote, Áncash, Perú.
- Azene, Yeshita, & Mekonnen. (1 de Julio de 2019). *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. Recuperado el 30 de Julio de 2019, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31260469>
- CAIRO +20. (2013). Hacia una lectura de la plataforma para la acción de Cairo a 20 años en el Perú. *Políticas públicas, IV - VI*, págs. 42, 57.
- Campbell, Moreno, & Sharps. (2004). Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. *Violence Against Women, 10*, 770 - 789.
- Castañeda, et. al. *Vigilancia de violencia física, psicológica y sexual en gestantes de la provincia de Huánuco, 2006*. Universidad Nacional Hermilio Valdizán, Huánuco, Perú.
- Chacón, Contreras, Hinostroza, Lam, Mori, & Yancachajlla. (03 de Julio de 2013). Características de la violencia durante el embarazo en adolescentes de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 30*(3).
- Colegio de Obstetras del Perú (COP). (15 de Mayo de 2012). Compendio de normas. VI, 121, 133, 160. Lima, Perú: Gráfica - Editores Industriales.
- Coloma, G. Prevalencia y factores asociado a la violencia en mujeres gestantes, que acuden al Puesto de Salud del Distrito de Marcavelica Provincia de Sullana Durante el periodo 2012-2015. (*Título de pregrado*). Universidad Católica Los Ángeles Chimbote, Sullana.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (08 de Noviembre de 2014). (a. C. Valenzuel, Ed.) *El Perú ocupa el segundo lugar en feminicidios en América Latina*.
- Congreso de la República Ley N° 30364. (23 de Noviembre de 2015). Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujeres y los integrantes del grupo familiar. *sistema Nacional para la prevención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, 7-9*. Lima, Perú: El Peruano.
- De Alencar, R., & Cantera, L. (2012). Violencia de Género en la Pareja: Una revisión Teórica. (PSICO, Ed.) *43*(1), 116-126.

- Deveci, S, A., Y, T. r., M, A., & A. (Julio de 2007). *Prevalence of domestic violence during pregnancy in a Turkish community*. Recuperado el 30 de Julio de 2019, de Southeast Asian J Trop Med Public Health.: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17883018>
- El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (21 de Mayo de 2014). *INEI presentó los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013*. Recuperado el 02 de Agosto de 2019, de https://www.inei.gov.pe/prensa/noticias/httpwwwineigobpemediamenurecursivopublicacion_es_digitalsestlib1151indexhtml-7561/
- EUROPEAN UNION (UE). (16 de Agosto de 2013). *EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS*. Recuperado el 01 de Agosto de 2019, de Violencia de género contra la mujer: una encuesta a escala de la UE: https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-oct14_es.pdf
- Finnbogadóttir, D. W.-H. *Prevalence and incidence of domestic violence during pregnancy and associated risk factors: a longitudinal cohort study in the south of Sweden*. Universidad de Malmo, Malmoe, Suecia.
- Fundación Nacional para el Desarrollo. (2017). Ley contra la violencia intrafamiliar. *Art. 3, literal b(902)*. República de El Salvador, El Salvador.
- Gonoyeche, Pardo, & Mármol. (09 de Mayo de 2013). Incidencia y características de la violencia intrafamiliar en Cartagenas de Indias 2008-2012. *Saber, ciencia y libertad*, 8(1), 89.
- Gonzales, E. Factores asociados con la violencia en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé Enero - Marzo 2014 (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Grupo del Banco Mundial. (Noviembre de 2019). *Women, Business and the Law 2018, base de datos*. (Women, Ed.) Recuperado el 18 de Enero de 2020, de Organización de las Naciones Unidas: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures#notes>
- Heras, M. Prevalencia y factores asociados a la violencia en mujeres gestantes que acuden al Centro de Salud Los Órganos de Talara durante el período 2013 - 2015. (*Título de pregrado*). Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Talara.
- Hernández, R. (2014). *Metodología de la Investigación* (6° ed.). México: Mc Graw Hill Education.

- Lencha, Ameya, Baresa, Minda, & Ganfure. *Intimate partner violence and its associated factors among pregnant women in Bale Zone, Southeast Ethiopia: A cross-sectional study*. Etiopía.
- Mahenge, Likindikoki, & Mbwambo. (12 de Julio de 2013). *Intimate partner violence during pregnancy and associated mental health symptoms among pregnant women in Tanzania: a cross-sectional study*. (E. (. asociados), Trad.) Obtenido de Southeast Asian J Trop Med Public Health.: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23464524>
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MINP). (2018). *Violencia en cifras*. Informe estadístico, Programa Nacional Contra la violencia Familiar y Sexual (PNCVFS), Lima.
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP). (18 de Julio de 2016). *Violencia Basada en género. Marco conceptual para las políticas públicas y la acción del estado(1)*, 26. Lima, Perú.
- Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables. (26 de Julio de 2016). Decreto Supremo N° 008-2016 MIMP. *Decreto Supremo que aprueba el "Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016 - 2021"*, 9-15. Lima, Perú: El Peruano.
- Ministerio de Salud del Perú . (21 de Junio de 2004). *Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud sexual y Reproductiva. Protocolo sobre violencia contra la mujer*, Luis Távara Orozco, 12-20. Lima, Lima, Perú.
- Ministerio de Salud del Perú. (3 de Febrero de 2017). *guía técnica para la atención de salud mental a mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o expareja*. 9-10. Lima, Perú.
- Mirta, R. (. (2010). *Fortaleciendo la respuesta del sector de la salud a la violencia basada de género*. 3. (L. F. (IPPF/RHO), Ed.) Estados Unidos.
- Monterrosa, A. U. (enero-Marzo de 2017). *Violencia doméstica en adolescentes embarazadas: caracterización de la pareja y prevalencia de las formas de expresión. Violencia doméstica en adolescentes embarazadas: caracterización de la pareja y prevalencia de las formas de expresión*, 30(1), 34 - 46. (U. d. Antioquía, Ed.) Medellín, Colombia: IATREIA.
- Morán, C. (28 de Noviembre de 2013). *Violencia de género: epidemia mundial*. España: 20 minutos editora, S.L.
- Moreno, López, & Corcho. (4 de Agosto de 2000). *Principales medidas en epidemiología*. 42(4), 340.

- Moreno, N. *Violencia contra la mujer ejercida por la pareja durante el embarazo en madres atendidas en el Hospital María Auxiliadora Agosto-Setiembre 20178 [Tesis de licenciatura]*. Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú.
- Naciones Unidas . (20 de Diciembre de 1993). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. *Derechos Humanos(85°)*. Nueva York, Estados Unidos.
- Olivares, E., & Incháustegui, T. *Modelo ecológico para una vida libre de violencia de género*. Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contras las Mujeres, México.
- OMS. (08 de Marzo de 2018). Perú ocupa el tercer lugar en el mundo por violaciones sexuales y feminicidios. (J. Zavala, Ed.) *La mayoría de las víctimas aseguraron conocer a sus agresores y/o tener vínculos familiares*.
- Organización Mundial de Salud (OMS). (2013). Informe de la OMS destaca que la violencia contra la mujer es “un problema de salud global de proporciones epidémicas”.
- Organización Mundial de Salud (OMS). (29 de Noviembre de 2017). Recuperado el 1 de Agosto de 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Organización Mundial de Salud. (2019). *Organización Mundial de Salud*. Recuperado el 30 de Julio de 2019, de https://www.who.int/topics/gender_based_violence/es/
- Organización Panamericana de Salud (OPS). (2016). Recuperado el 02 de Agosto de 2019, de https://oig.cepal.org/sites/default/files/informe_sobre_la_situacion_mundial_de_la_preencion_de_la_violencia.pdf
- Organización Panamericana de Salud. (2019). *OPS*. Recuperado el 02 de Agosto de 2019, de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14402:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-2&Itemid=0&limitstart=2&lang=es
- Público. (29 de Agosto de 2015). Las cifras de violencia machista en los países nórdicos duplican las de España.
- Resolución Ministerial N° 141-2007- MINSAs . (2009). Guía técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada de género. Lima, Perú.

Resolución Ministerial N°290-2006/MINSA. (2006). Manual de orientación / consejería en salud sexual y reproductiva. *Orientación/Consejería por violencia basada en género*, 37. Lima, Perú.

Sánchez, H. 2017. Violencia contra la mujer en el Distrito de Santiago de Surco. Universidad Ricardo Palma, Santiago de Surco, Lima, Perú.

Senado, J. (18 de Marzo de 1999). Los factores de riesgo . *Revista Cubana de Medicina General* , 15(4).

Urrutia, A. Violencia contra la mujer por parte de su pareja durante el embarazo: comparación de instrumentos de pesquisa en atención primaria de salud. Universidad de Concepción, Chile.

Walker, L. The battered woman (Tesis doctoral). *Violencia de género y cultura*. Universidad de la Coruña, NewYork.

ANEXOS

ANEXO 1

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Tipo de variable / escala de medición	Técnica o instrumento de medición
Violencia en el embarazo	Todo acto de violencia en la gestante que resulte o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico.	Violencia física	Signos y síntomas de la violencia física	Hematomas y contusiones	Cualitativa Nominal Dicotómica	Ficha de recolección de datos de Historias clínicas
				Cicatrices, quemaduras	Cualitativa Nominal Dicotómica	
				Fracturas inexplicables	Cualitativa Nominal Dicotómica	
				Marca de mordeduras	Cualitativa Nominal Dicotómica	
				Lesiones de vulva, perineo y recto	Cualitativa Nominal Dicotómica	
				Laceraciones en la boca, mejilla u ojos	Cualitativa Nominal Dicotómica	
				Quejas crónicas sin causa: cefalea, problemas de sueño y apetito.	Cualitativa Nominal Dicotómica	

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Tipo de variable / escala de medición	Técnica o instrumento de medición
----------	-----------------------	-------------	-------------	-------	---------------------------------------	-----------------------------------

Violencia en el embarazo	«Todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la gestante»	Presencia de Violencia psicológica	Signos y síntomas de la violencia psicológica	Extrema falta de confianza en sí misma	Cualitativa Nominal Dicotómica	Ficha de recolección de datos de Historias clínicas
				Tristeza, depresión o angustia	Cualitativa Nominal Dicotómica	
				Retraimiento	Cualitativa Nominal Dicotómica	
				Llanto frecuente	Cualitativa Nominal Dicotómica	
				Aislamiento de personas	Cualitativa Nominal Dicotómica	
				Intento de suicidio	Cualitativa Nominal Dicotómica	
				Uso de drogas, alcohol, tranquilizantes o analgésicos	Cualitativa Nominal Dicotómica	
		Agresor	Tipo de agresor	<ol style="list-style-type: none"> 1. Papá 2. Mamá 3. Pareja 4. Tutor 5. Otros 	Cualitativa Nominal Policotómicas	Ficha de recolección de datos de Historias clínicas

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Tipo de variable / escala de medición	Técnica o instrumento de medición
Características de violencia	Cualidad o circunstancia que es propia o peculiar de una persona o una cosa y por la cual se define o se distingue de otras de su misma especie.	Características socio demo-económicas	Edad	1. 15 - 19 años 2. 20 - 24 años 3. 25 - 29 años 4. 30 - 34 años 5. 35 - 39 años 6. 40 - 44 años 7. 45 - 49 años	Cuantitativa Discreta	Ficha de recolección de datos de Historias clínicas
			Lugar de nacimiento	1. Lima 2. Provincia	Cualitativa Nominal	
			Grado de instrucción	1. Sin educación 2. Primaria 3. Secundaria 4. Técnico 5. Universitario	Cualitativa Ordinal	
			Ocupación	1. Estudiante 2. Ama de casa 3. Independiente 4. Obrera 5. Profesional 6. Sin ocupación	Cualitativa Nominal	
			Religión	1. Católica 2. Evangélica	Cualitativa Nominal	

			3. Otras 4. No profesa		
		Estado civil	1. Soltera 2. Conviviente 3. Casada 4. Viuda 5. Divorciada 6. Separada	Cualitativa Ordinal	
		Tiempo de convivencia	1. Menos de 1 año 2. Un año 3. Mayor de 1 año 4. No conviven	Cualitativa Discreta	
	Características de desarrollo biológico	Menarquía	1. ≤ 13 años 2. 14 - 16 años 3. 17 - 19 años	Cuantitativa Discreta	Ficha de recolección de datos de Historias Clínicas
		Inicio de relaciones sexuales	1. 10 – 14 años 2. 15 – 19 años 3. > 19 años	Cuantitativa Discreta	
		Número de parejas sexuales	1. Uno 2. Dos 3. Tres 4. Cuatro 5. Cinco 6. Más de 5	Cuantitativa Discreta	

			Métodos anticonceptivos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anticoncepción oral de emergencia 2. Métodos naturales 3. Inyectable mensual 4. Inyectable trimestral 5. Píldora anticonceptiva 6. Óvulos vaginales 7. Preservativo 8. Implante 9. Dispositivo intrauterino 10. Coitus interruptus 11. No utilizó 	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p>	
			Paridad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nulípara 2. Primípara 3. Multipara 4. Gran múltipara 	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p>	
			Planificación del embarazo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p>	
			Aceptación del embarazo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p>	

ANEXO 2

INSTRUMENTO

FICHA DE DATOS

CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A LA VIOLENCIA FÍSICA Y PSICOLÓGICA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL JUAN PABLO II, LOS OLIVOS-2018

La presente encuesta tiene por objetivo determinar las características asociadas a la violencia física y psicológica en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos-2018.

I. Características sociodemo-económico:

1. Edad:

- 15-19 años 20 – 24 años 25 - 29 años 30 – 34 años
 35 - 39 años 40 – 44 años 45 – 49 años

2. Lugar de nacimiento:

- Lima Provincia

3. Grado de instrucción

- Sin educación Primaria Secundaria Técnico Universitario

4. Ocupación

- Estudiante Ama de casa Independiente Obrera Profesional
 Sin ocupación

5. Religión

- Católica Evangélica Otras No profesa

6. Estado civil

- Soltera Casada Conviviente Viuda Divorciada Separada

7. Tiempo de convivencia:

() Menos de 1 año () Un año () Mayor de 1 año () No conviven

II. Características de desarrollo biológico:

8. Menarquía

() ≤ 13 años () 14 - 16 años () 17 - 19 años

9. Inicio de relaciones sexuales

() De 10 – 14 años () De 15 – 19 años () De > 19 años

10. Número de parejas sexuales

() Uno () Dos () Tres () Cuatro () Cinco () Más de 5

11. Métodos anticonceptivos antes del embarazo

Anticoncepción oral de emergencia (AOE)	Preservativo
Métodos Naturales	Implante
Inyectable mensual	Dispositivo intrauterino (DIU)
Inyectable Trimestral	Coitus interruptus
Píldoras anticonceptivas (AOC)	No utilizó
Óvulos vaginales	

12. Paridad

() Nulípara () Primípara () Multípara () Gran multípara

13. Planificación de embarazo

Si () No ()

14. Aceptación de embarazo

Si () No ()

III. Violencia Familiar

15. Embarazo:

Agresor: () Papá () Mamá () Pareja () Tutor

Otros _____

Agresión: () Física () Psicológica

16. Violencia física:

	SI	NO
Hematomas y contusiones		
Cicatrices, quemaduras		
Fracturas inexplicables		
Marca de mordeduras		
Lesiones de vulva, perineo y recto		
Laceraciones en la boca, mejilla, ojos.		
Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño		

17. Violencia Psicológica:

	SI	NO
Extrema falta de confianza en sí misma		
Tristeza, depresión o angustia		
Retraimiento		
Llanto frecuente		
Aislamiento de personas		
Intento de suicidio		
Uso de drogas, alcohol, tranquilizantes o analgésicos		

ANEXO 3

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO	VARIABLES Y DIMENSIONES	METODOLOGÍA	TÉCNICA E INSTRUMENTOS
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuáles son las características asociadas a la violencia física y psicológica en gestantes que acuden al Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos 2018?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar las características asociados a la violencia física y psicológica en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos 2018.</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE:</p> <p>Violencia física y psicológica.</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE:</p> <p>Características de violencia en gestantes</p>	<p>TIPO:</p> <p>Básica - Descriptiva</p> <p>ENFOQUE:</p> <p>Cualitativo</p> <p>DISEÑO:</p> <p>No experimental</p> <p>NIVEL:</p> <p>Retrospectiva de corte transversal</p> <p>POBLACIÓN:</p> <p>La población estuvo constituida por 491 gestantes que acudieron a su control prenatal y a las que se aplicaron el tamizaje de violencia en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II en los meses de enero hasta el mes de diciembre del año 2018.</p> <p>MUESTRA:</p> <p>La muestra es de 75 mujeres embarazadas con signos de</p>	<p>TÉCNICA:</p> <p>Documentación</p> <p>INSTRUMENTO:</p> <p>Modificado de Gonzales, 2014. Ficha de recolección de datos.</p> <p>ANÁLISIS DE DATOS:</p> <p>Análisis descriptivo con tablas y gráficos.</p> <p>Análisis inferencial se dará con el base estadístico de SPSS 25.0 y Microsoft Excel 2010</p>
<p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>¿Cuáles son las características sociodemográficas asociadas a la violencia física, psicológica de las gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos 2018?</p>	<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>Identificar las características sociodemográficas asociados a la violencia física, psicológica de las gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos 2018.</p>			

<p>¿Cuáles son las características de desarrollo biológico asociados a la violencia física, psicológica de las gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos 2018?</p>	<p>Identificar las características de desarrollo biológico asociados a la violencia física, psicológica de las gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos 2018.</p>		<p>violencia física y psicológica.</p>	
<p>¿Cuál es la frecuencia de la violencia física y psicológica en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos 2018?</p>	<p>Estimar la frecuencia de la violencia física y psicológica en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos 2018.</p>			

ANEXO 4

Validez del instrumento de investigación

En la validez del instrumento de investigación se tiene en consideración los siguientes criterios: 5 muy aceptable, 4 es aceptable, 3 puntos regular, 2 puntos poco, 1 punto muy poco. Mediante el juicio de expertos se midió la validez del contenido, en síntesis, existe concordancia favorable entre los tres jueces.

EXPERTOS	APELLIDOS Y NOMBRES	OPINIÓN DE LA APLICABILIDAD
Experto 1	Mg. Obsta. Benavente Ramírez, Mercedes Doris	Muy Aceptable
Experto 2	Mg. Obsta. Veramendi Valenzuela, Lucinda Ofelia	Aceptable
Experto 3	Mg. Obsta. Rodríguez Lara, Erika Yessenia	Aceptable

Fuente: Allison Raquel Salas Espinoza

FICHA DE JUICIO DE EXPERTOS

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN:

TESIS: "Características asociadas a la violencia física y psicológica en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos-2018"

Investigador(a): Salas Espinoza Allison Raquel

Indicación: Señor especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems del cuestionario de la encuesta que le mostramos, marque con un aspa el casillero que cree conveniente de acuerdo con su criterio y experiencia profesional, denotando si cuenta o no con los requisitos mínimos de formulación para su posterior aplicación.

1.- Muy poco	2.- Poco	3.- Regular	4.- Aceptable	5.- Muy aceptable
--------------	----------	-------------	---------------	-------------------

CARACTERÍSTICAS DE VIOLENCIA EN GESTANTES		1	2	3	4	5
ÍNDICADOR: EDAD						5
1	Edad					
	15 - 17					
	18 - 29					
	30 - 49					
ÍNDICADOR: LUGAR DE NACIMIENTO						5
2	Lugar de nacimiento					
	Lima					
	Provincia					
ÍNDICADOR: GRADO DE INSTRUCCIÓN						5
3	Grado de instrucción					
	Analfabeta					
	Primaria incompleta					
	Primaria completa					
	Secundaria incompleta					
	Secundaria completa					

	Técnico superior								
	Universitario								
ÍNDICADOR: OCUPACIÓN									5
4	Ocupación								
	Ama de casa								
	Estudiante								
	Trabajadora dependiente								
	Trabajadora independiente								
ÍNDICADOR: RELIGIÓN									5
5	Religión								
	Católica								
	Evangélica								
	Mormona								
	Testigo de Jehová								
	Otras								
ÍNDICADOR: ESTADO CIVIL									5
6	Estado civil								
	Soltera								
	Conviviente								
	Casada								
	Divorciada								
	Separada								
ÍNDICADOR: TIEMPO DE CONVIVENCIA									5
7	Tiempo de convivencia								
	Menos de 1 año								
	De 1 a 3 años								
	De 4 a 7 años								
	De 8 a más								

CARACTERÍSTICAS DE DESARROLLO BIOLÓGICO									5
INDICADOR: Menarquía									
8	Menarquía								

	De ≤ 13 años								
	De 14 – 16 años								
	De 17 – 19 años								
INDICADOR: INICIO DE RELACIONES SEXUALES									5
9	Inicio de relaciones sexuales								
	De 10 – 14 años								
	De 15 – 19 años								
	De > 19 años								
INDICADOR: NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES									5
10	Número de parejas sexuales								
	Uno								
	Dos								
	Tres								
	Cuatro								
	Cinco								
	Más de 5 años								
INDICADOR: MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ANTES DEL EMBARAZO									5
11	Métodos anticonceptivos antes del embarazo								
	Anticoncepción oral de emergencia (AOE)								
	Métodos naturales								
	Inyectable mensual								
	Inyectable trimestral								
	Píldoras anticonceptivas (AOC)								
	Óvulos vaginales								
	Preservativo								
	Implante								
	Dispositivo intrauterino								
	Coitus interruptus								
INDICADOR: NÚMERO DE EMBARAZOS ANTERIORES									5
12	Número de embarazos anteriores								
	Ninguno								
	Uno								
	Dos								

	Tres						
	Cuatro						
	Cinco a más						
INDICADOR EDAD DE EMBARAZO							5
13	Edad de embarazo						
	< 12 semanas						
	De 13 a 28 semanas						
	De 29 a 40 semanas						
	>42 semanas						
INDICADOR PLANIFICACIÓN DE EMBARAZO							5
14	Planificación de embarazo						
	Si						
	No						
INDICADOR: ACEPTACIÓN DE EMBARAZO							5
15	Aceptación de embarazo						
	Si						
	No						

PREVALENCIA DE VIOLENCIA EN GESTANTES		1	2	3	4	5
INDICADOR: DURANTE EL EMBARAZO						5
16	Agresor					
	Papá					
	Mamá					
	Pareja					
	Tutor					
	Otros					
INDICADOR: VIOLENCIA FÍSICA						5
17	VIOLENCIA FÍSICA					
	Hematomas y contusiones					
	Cicatrices, quemaduras					
	Fracturas inexplicables					
	Marca de mordeduras					
	Lesiones de vulva, perineo y recto					

	Laceraciones en la boca, mejilla, ojos							
	Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño							
ÍNDICADOR: VIOLENCIA PSICOLÓGICA								5
18	VIOLENCIA PSICOLÓGICA							
	Extrema falta de confianza en sí misma							
	Tristeza, depresión o angustia							
	Retraimiento							
	Llanto frecuente							
	Aislamiento de personas							
	Intento de suicidio							
	Uso de drogas, alcohol, tranquilizantes o analgésicos							

PROMEDIO DE VALORACIÓN

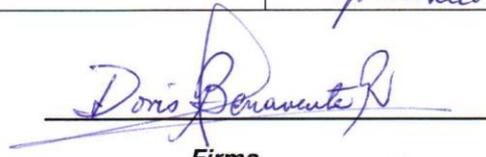
90

OPINIÓN DE APLICABILIDAD

- a) Muy poco b) Poco c) Regular d) Aceptable **e) Muy aceptable**

Recomendaciones:.....

Nombres y Apellidos	Mercedes Doris Benavente Ramirez	DNI N°	08669250
Correo electrónico	mercedes.benavente@upn.edu.pe		
Grado académico	Maestría en Salud Pública	Teléfono	968053507
Mención	Epidemiología		



Firma

Lugar y fecha: Los Olivos, 06/09/2019

INSTRUMENTO DE OPINIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

DATOS GENERALES:

Apellidos y Nombres del Informante	Cargo e Institución donde labora	Nombre del Instrumento	Autor(a) (es) del Instrumento
Benavente Ramirez, Mercedes Doris	Docente de la Universidad Privada del Norte	Características de la violencia	Salas Espinoza, Allison Raquel
Título de la investigación: "Características asociadas a la violencia física y psicológica en gestantes atendidas en un Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos-2018"			

ASPECTOS DE VALIDACION:

Coloque el porcentaje, según intervalo.

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE 00-20%				REGULAR 21-40%				BUENA 41-60%				MUY BUENA 61-80%				EXCELENTE 81-100%																								
		0	6	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																					
CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.																					X																				
OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas o actividades, observables en una organización.																					X																				
ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.																					X																				
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica coherente.																					X																				
SUFICIENCIA	Comprende los aspectos (indicadores, sub escalas, dimensiones) en cantidad y calidad.																					X																				
INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar la influencia de la VI en la VD o la relación entre ambas, con determinados sujetos y contexto.																					X																				
CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico - científico.																					X																				
COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.																					X																				
METODOLOGIA	Las estrategias responde al propósito del diagnóstico																					X																				
PROMEDIO																																										98%

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Procede su aplicación

Procede su aplicación previo levantamiento de las observaciones que se adjuntan

No procede su aplicación

<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Los Olivos 06/09/19	08669256	<i>David Benavente</i>	968053507
Lugar y fecha	DNI N°	Firma del experto	Teléfono

Observaciones

1. _____

2. _____

3. _____

FICHA DE JUICIO DE EXPERTOS

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN:

TESIS: "Características asociadas a la violencia física y psicológica en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos-2018"

Investigador(a): Salas Espinoza Allison Raquel

Indicación: Señor especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems del cuestionario de la encuesta que le mostramos, marque con un aspa el casillero que cree conveniente de acuerdo con su criterio y experiencia profesional, denotando si cuenta o no con los requisitos mínimos de formulación para su posterior aplicación.

1.- Muy poco	2.- Poco	3.- Regular	4.- Aceptable	5.- Muy aceptable
--------------	----------	-------------	---------------	-------------------

CARACTERÍSTICAS DE VIOLENCIA EN GESTANTES		1	2	3	4	5
ÍNDICADOR: EDAD				3		
1	Edad					
	15 - 17					
	18 - 29					
	30 - 49					
ÍNDICADOR: LUGAR DE NACIMIENTO						5
2	Lugar de nacimiento					
	Lima					
	Provincia					
ÍNDICADOR: GRADO DE INSTRUCCIÓN						5
3	Grado de instrucción					
	Analfabeta					
	Primaria incompleta					
	Primaria completa					
	Secundaria incompleta					
	Secundaria completa					

	Técnico superior								
	Universitario								
ÍNDICADOR: OCUPACIÓN									4
4	Ocupación								
	Ama de casa								
	Estudiante								
	Trabajadora dependiente								
	Trabajadora independiente								
ÍNDICADOR: RELIGIÓN									5
5	Religión								
	Católica								
	Evangélica								
	Mormona								
	Testigo de Jehová								
	Otras								
ÍNDICADOR: ESTADO CIVIL									5
6	Estado civil								
	Soltera								
	Conviviente								
	Casada								
	Divorciada								
	Separada								
ÍNDICADOR: TIEMPO DE CONVIVENCIA									5
7	Tiempo de convivencia								
	Menos de 1 año								
	De 1 a 3 años								
	De 4 a 7 años								
	De 8 a más								
CARACTERÍSTICAS DE DESARROLLO BIOLÓGICO									5
INDICADOR: Menarquía									
8	Menarquía								

	De ≤ 13 años						
	De 14 – 16 años						
	De 17 – 19 años						
INDICADOR: INICIO DE RELACIONES SEXUALES							5
9	Inicio de relaciones sexuales						
	De 10 – 14 años						
	De 15 – 19 años						
	De > 19 años						
INDICADOR: NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES							5
10	Número de parejas sexuales						
	Uno						
	Dos						
	Tres						
	Cuatro						
	Cinco						
	Más de 5 años						
INDICADOR: MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ANTES DEL EMBARAZO							5
11	Métodos anticonceptivos antes del embarazo						
	Anticoncepción oral de emergencia (AOE)						
	Métodos naturales						
	Inyectable mensual						
	Inyectable trimestral						
	Píldoras anticonceptivas (AOC)						
	Óvulos vaginales						
	Preservativo						
	Implante						
	Dispositivo intrauterino						
	Coitus interruptus						
INDICADOR: NÚMERO DE EMBARAZOS ANTERIORES							7
12	Número de embarazos anteriores						
	Ninguno						
	Uno						
	Dos						

	Tres						
	Cuatro						
	Cinco a más						
INDICADOR EDAD DE EMBARAZO							5
13	Edad de embarazo						
	< 12 semanas						
	De 13 a 28 semanas						
	De 29 a 40 semanas						
	>41 semanas						
INDICADOR PLANIFICACIÓN DE EMBARAZO							5
14	Planificación de embarazo						
	Si						
	No						
INDICADOR: ACEPTACIÓN DE EMBARAZO							5
15	Aceptación de embarazo						
	Si						
	No						

PREVALENCIA DE VIOLENCIA EN GESTANTES		1	2	3	4	5
INDICADOR: DURANTE EL EMBARAZO						
16	Agresor					
	Papá					
	Mamá					
	Pareja					
	Tutor					
	Otros					
INDICADOR: VIOLENCIA FÍSICA						
17	VIOLENCIA FÍSICA					
	Hematomas y contusiones					
	Cicatrices, quemaduras					
	Fracturas inexplicables					
	Marca de mordeduras					
	Lesiones de vulva, perineo y recto					

	Laceraciones en la boca, mejilla, ojos								
	Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño								
INDICADOR: VIOLENCIA PSICOLÓGICA									5
18	VIOLENCIA PSICOLÓGICA								
	Extrema falta de confianza en sí misma								
	Tristeza, depresión o angustia								
	Retraimiento								
	Llanto frecuente								
	Aislamiento de personas								
	Intento de suicidio								
	Uso de drogas, alcohol, tranquilizantes o analgésicos								

PROMEDIO DE VALORACIÓN

86 %

OPINIÓN DE APLICABILIDAD

- a) Muy poco b) Poco c) Regular **(d) Aceptable** e) Muy aceptable

Recomendaciones: *El Recaje de datos de H.C. (Retrospectiva) debe ser verificada con el documento de identidad*

Nombres y Apellidos	<i>Veraendi Valenzuela Luanda</i>	DNI N°	10359842
Correo electrónico	<i>afeveraendi@hotmail.com</i>		
Grado académico	<i>Magister</i>	Teléfono	975467128
Mención	<i>Salud Sexual y Reproductiva</i>		



Firma

Lugar y fecha: *10-9-2019*

INSTRUMENTO DE OPINIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

DATOS GENERALES:

Apellidos y Nombres del Informante	Cargo e Institución donde labora	Nombre del Instrumento	Autor(a) (es) del Instrumento
Veramendi Valenzuela, Lucinda Ofelia	Docente de la Universidad Privada del Norte Hospital II Ramón Castilla	Características de la violencia	Salas Espinoza, Allison Raquel
Título de la investigación: “Características asociadas a la violencia física y psicológica en gestantes atendidas en un Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos-2018”			

ASPECTOS DE VALIDACION:

Coloque el porcentaje, según intervalo.

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE 00-20%				REGULAR 21-40%				BUENA 41-60%				MUY BUENA 61-80%				EXCELENTE 81-100%			
		0	6	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
CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.																				✓
OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas o actividades, observables en una organización.																				✓
ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.																				✓
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica coherente.																				✓
SUFICIENCIA	Comprende los aspectos (indicadores, sub escalas, dimensiones) en cantidad y calidad.																				✓
INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar la influencia de la VI en la VD o la relación entre ambas, con determinados sujetos y contexto.																				✓
CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico - científico.																				✓
COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.																				✓
METODOLOGIA	Las estrategias responde al propósito del diagnóstico																				✓
PROMEDIO																					95%

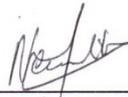
OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Procede su aplicación

Procede su aplicación previo levantamiento de las observaciones que se adjuntan

No procede su aplicación

X

Lima 10/09/2019	10359842		975467125
Lugar y fecha	DNI N°	Firma del experto	Teléfono

Observaciones

1. _____

2. _____

3. _____

FICHÁ DE JUICIO DE EXPERTOS

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN:

TESIS: "Características asociadas a la violencia física y psicológica en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos-2018"

Investigador(a): Salas Espinoza Allison Raquel

Indicación: Señor especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems del cuestionario de la encuesta que le mostramos, marque con un aspa el casillero que cree conveniente de acuerdo con su criterio y experiencia profesional, denotando si cuenta o no con los requisitos mínimos de formulación para su posterior aplicación.

1.- Muy poco	2.- Poco	3.- Regular	4.- Aceptable	5.- Muy aceptable
--------------	----------	-------------	---------------	-------------------

CARACTERÍSTICAS DE VIOLENCIA EN GESTANTES	1	2	3	4	5
1. ÍNDICADOR: EDAD					5
15 - 19					
20 - 24					
25 - 29					
30 - 34					
35 - 39					
40 - 44					
45 - 49					
2. ÍNDICADOR: LUGAR DE NACIMIENTO				4	
Lima					
Provincia					
3. ÍNDICADOR: GRADO DE INSTRUCCIÓN				4	
Sin educación					
Primaria					
Secundaria					

Técnico					
Universitario					
4. ÍNDICADOR: OCUPACIÓN				4	
Estudiante					
Ama de casa					
Independiente					
Obrera					
Profesional					
Sin ocupación					
5. ÍNDICADOR: RELIGIÓN				4	
Católica					
Evangélica					
Otras					
No profesa					
6. ÍNDICADOR: ESTADO CIVIL				4	
Soltera					
Conviviente					
Casada					
Viuda					
Divorciada					
Separada					
7. ÍNDICADOR: TIEMPO DE CONVIVENCIA				4	
Menos de 1 año					
Un año					
Mayor de un año					
No conviven					

II. CARACTERÍSTICAS DE DESARROLLO BIOLÓGICO				5	
8. INDICADOR: Menarquia					
De ≤ 13 años					
De 14 – 16 años					
De 17 – 19 años					
9. ÍNDICADOR: INICIO DE RELACIONES SEXUALES				5	
De 10 – 14 años					

De 15 – 19 años					
De > 19 años					
10. INDICADOR: NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES				3	
Uno					
Dos					
Tres					
Cuatro					
Cinco					
Más de 5 años					
11. INDICADOR: MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ANTES DEL EMBARAZO					5
Anticoncepción oral de emergencia (AOE)					
Métodos naturales					
Inyectable mensual					
Inyectable trimestral					
Píldoras anticonceptivas (AOC)					
Óvulos vaginales					
Preservativo					
Implante					
Dispositivo intrauterino					
Coitus interruptus					
No utilizó					
12. INDICADOR: PARIDAD					4
Nulípara					
Primípara					
Múltipara					
Gran múltipara					
13. INDICADOR: EDAD DE EMBARAZO					5
I Trimestre					
II Trimestre					
III Trimestre					
14. INDICADOR: PLANIFICACIÓN DE EMBARAZO					
Si					
No					
15. INDICADOR: ACEPTACIÓN DE EMBARAZO					

Si					
No					

III. VIOLENCIA EN GESTANTES	1	2	3	4	5
16. INDICADOR: DURANTE EL EMBARAZO (AGRESOR)				4	
Papá					
Mamá					
Pareja					
Tutor					
Otros					
17. INDICADOR: VIOLENCIA FÍSICA					5
Hematomas y contusiones					
Cicatrices, quemaduras					
Fracturas inexplicables					
Marca de mordeduras					
Lesiones de vulva, perineo y recto					
Laceraciones en la boca, mejilla, ojos					
Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño					
18. ÍNDICADOR: VIOLENCIA PSICOLOGICA					5
Extrema falta de confianza en sí misma					
Tristeza, depresión o angustia					
Retraimiento					
Llanto frecuente					
Aislamiento de personas					
Intento de suicidio					
Uso de drogas, alcohol, tranquilizantes o analgésicos					

PROMEDIO DE VALORACIÓN

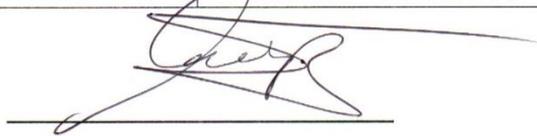
70 %

OPINIÓN DE APLICABILIDAD

a) Muy poco b) Poco c) Regular d) Aceptable e) Muy aceptable

Recomendaciones: Si sugiere tener fuente de información actualizada de los últimos 3 años con relación a los datos sociodemográficos en como datos de I.R.S.

Nombres y Apellidos	Erika Yessenia Rodríguez	DNI N°	40247248
Correo electrónico	yessenia.rodriguez@upn.edu.pe		
Grado académico	Magister en Salud Sexual y Reproductiva	Teléfono	999953940
Mención	Salud Sexual y Reproductiva		



Firma

Lugar y fecha: 24-09-19.

INSTRUMENTO DE OPINIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

DATOS GENERALES:

Apellidos y Nombres del Informante	Cargo e Institución donde labora	Nombre del Instrumento	Autor(a) (es) del Instrumento
Rodríguez Lara, Erika Yessenia	Docente de la Universidad Privada del Norte	Características de la violencia	Salas Espinoza, Allison Raquel
Título de la investigación: “Características asociadas a la violencia física y psicológica en gestantes atendidas en un Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos-2018”			

ASPECTOS DE VALIDACION:

Coloque el porcentaje, según intervalo.

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE 00-20%				REGULAR 21-40%				BUENA 41-60%				MUY BUENA 61-80%				EXCELENTE 81-100%																						
		0	6	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																			
CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.												✓																											
OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas o actividades, observables en una organización.															✓																								
ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.														✓																									
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica coherente.												✓																											
SUFICIENCIA	Comprende los aspectos (indicadores, sub escalas, dimensiones) en cantidad y calidad.												✓																											
INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar la influencia de la VI en la VD o la relación entre ambas, con determinados sujetos y contexto.														✓																									
CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico - científico.												✓																											
COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.															✓																								
METODOLOGIA	Las estrategias responde al propósito del diagnóstico																✓																							
PROMEDIO																																								70%

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Procede su aplicación

Procede su aplicación previo levantamiento de las observaciones que se adjuntan

No procede su aplicación

✓

Lima 24 de Septiembre 2019	40247248		990953970
Lugar y fecha	DNI N°	Firma del experto	Teléfono

Observaciones

1. _____

2. _____

3. _____

