

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD DE MEDICINA

UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

“Violencia familiar como factor de riesgo para embarazo adolescente en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el periodo de marzo 2023 a febrero del 2024”

PARA OPTAR EL TÍTULO DE MEDICO ESPECIALISTA EN:

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

AUTOR:

M.C JESSICA DARIANA CASTELLANO ALGOMEDA

ASESOR:

M.C. ARTURO COLLANTES CUBAS

CODIGO ORCID:

0000-0002-3333-7019

**CAJAMARCA – PERÚ
2024**

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: Jessica Dariana Castellano Algomedá
C.E: 002930438
Escuela Profesional/Unidad UNC: Unidad de Segunda Especialización – Residentado Médico
2. Asesor: M.C. Jorge Arturo Collantes Cubas
Facultad/ Unidad UNC: Facultad de Medicina
3. Grado Académico o título Profesional: Segunda Especialidad - Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia
4. Tipo de Investigación: Trabajo Académico
5. Título de Trabajo de Investigación: **“VIOLENCIA FAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO PARA EMBARAZO ADOLESCENTE EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, EN EL PERIODO DE MARZO 2023 A FEBRERO DEL 2024”**
6. Fecha de Evaluación: 16/07/2024
7. Software Antiplagio: TURNITIN
8. Porcentaje de Informe de Similitud: 18%
9. Código Documento: oid: 3117:368268237
10. Resultado de la Evaluación de Similitud: **APROBADO**

Cajamarca, 16 de Julio del 2024



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE MEDICINA
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA
[Firma]
Mg. MC. Wilder A. Guevara Ortiz
DIRECTOR

GENERALIDADES

1. TÍTULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

VIOLENCIA FAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO PARA EMBARAZO ADOLESCENTE EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, EN EL PERIODO DE MARZO 2023 A FEBRERO DEL 2024

2. NOMBRE DEL AUTOR DEL TRABAJO:

M.C JESSICA DARIANA CASTELLANO ALGOMEDA.

3. ESPECIALIDAD:

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

4. NOMBRE DEL ASESOR DEL TRABAJO:

M.C ARTURO COLLANTES CUBAS, MEDICO ASISTENTE DEL HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA

5. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

CUANTITATIVO, LONGITUDINAL, DE CASOS Y CONTROLES.

6. RÉGIMEN DE INVESTIGACIÓN:

LIBRE

7. INSTITUCIÓN DONDE SE DESARROLLARÁ EL PROYECTO:

HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA

8. LOCALIDAD DONDE SE DESARROLLARÁ EL PROYECTO:

CAJAMARCA

9. DURACIÓN TOTAL DEL PROYECTO:

DE MARZO 2023 A FEBRERO 2024

10. Cronograma de actividades:

ACTIVIDADES	TIEMPO EN MESES											
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F
DISEÑO Y ELABORACION DEL PROYECTO	×	×										
PRESENTACION DEL PROYECTO			×									
APROBACION DEL PROYECTO				×								
ELABORACION DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION					×							
APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION						×	×					
PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS								×	×			
REDACCION DE INFORME FINAL										×		
REVISION Y REAJUSTE DEL INFORME FINAL											×	
PRESENTACION DEL INFORME FINAL											×	
APROBACION DEL INFORME FINAL												×

11. Recursos y presupuesto:

RECURSOS Y PRESUPUESTO		
RUBROS	PARCIAL	TOTAL
A) RECURSOS HUMANOS	S./	S./
ASESOR		700
CONSULTOR		550
ASISTENTE		350
SECRETARIA		650
		2550
B) BIENES	S./	S./
MATERIAL DE ESCRITORIO		120
PLUMONES		20
CORRECTOR		10
LAPICEROS		10
HOJAS BOND		10
		170
C) SERVICIOS	S./	S./
MOVILIDAD		150
TIPEO E IMPRESIÓN		100
REVISION ORTOGRAFICA		60
COPIADO		60
		390

12.-Financiamiento: El financiamiento provendrá de mis ganancias personales como personal de salud.

INTRODUCCIÓN:

Definición y delimitación del problema:

El embarazo adolescente se describe como el embarazo en niñas de 10–19 años; se calcula que 16 millones de niñas de 10 a 19 años dan a luz cada año, lo que representa casi el 11% de todos los nacimientos en todo el mundo; el embarazo adolescente es más probable que ocurra en poblaciones desfavorecidas en todo el mundo, con frecuencia motivados por la pobreza y la falta de educación y trabajo; en Asia cada año, alrededor de 15 millones de niñas se casan antes de la edad de 18 años, y el 90% de las niñas de 10 a 19 años están casadas¹.

Aproximadamente 16 millones de niñas de 10 a 19 años y 2,5 millones de niñas menores de 16 años dan a luz anualmente en regiones en desarrollo; en África, las niñas entre 10 y 19 años representan el 11% de los embarazos a nivel mundial, de este 11%, el 95%, se producen en países de bajos a medianos ingresos, como Etiopía; las complicaciones durante el embarazo y el parto son la principal causa de muerte para niñas de 10 a 19 años en todo el mundo². A pesar del reciente crecimiento socioeconómico en América Latina y el Caribe, las tasas de fecundidad adolescente en la región siguen siendo inaceptablemente altas; siendo la segunda región con tasas más altas del mundo³.

Las víctimas de la violencia suelen sufrir más problemas de salud a lo largo de su vida, generan mayores costos de atención de la salud y van a los servicios hospitalarios con mayor frecuencia, se considera que una parte mínima de la violencia que sufren las niñas, niños y adolescentes es lo que se denuncia oficialmente; a nivel global la Organización Mundial de la Salud reporta que a nivel mundial, 1 de cada 2 niñas y niños entre 2 y 17 años sufren algún tipo de violencia cada año; el 58% de las niñas y los niños en América Latina y el 61% en América del

Norte sufrieron daños físicos, sexuales o abuso emocional en el último año; el 32% de los estudiantes en América del Norte y el 30% de los estudiantes de América del Sur informaron haber estado expuestos a violencia familiar⁴. En Cuba se ha observado que en menores el uso de castigos y formas violentas de disciplina se mantiene en el hogar hasta en el 41,6% de los niños entre 1 y 14 años los cuales sufrieron agresiones psicológicas y/o físicas de sus cuidadores durante el último mes⁵.

La presente investigación se realizará en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo 2023 a 2024, lapso durante el cual se atendieron en este servicio un aproximado de 964 adolescentes, observando además que durante este mismo periodo de tiempo se diagnosticaron 68 casos de gestación adolescente.

Problema de investigación:

¿Es la violencia familiar factor de riesgo para embarazo adolescente en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca, en el periodo de marzo 2023 a febrero del 2024?

Objetivo general:

Determinar si la Violencia familiar es factor de riesgo para embarazo adolescente en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca, en el periodo de marzo 2023 a febrero del 2024.

Objetivos específicos:

Determinar la frecuencia de Violencia familiar en pacientes con embarazo adolescente

Determinar la frecuencia de Violencia familiar en pacientes sin embarazo adolescente

Comparar la frecuencia de Violencia familiar entre pacientes con o sin embarazo adolescente

Comparar las variables intervinientes entre pacientes con o sin embarazo adolescente

Justificación:

El embarazo adolescente es una condición observada habitualmente en nuestra realidad, por ello es relevante reconocer nuevos factores de riesgo, al respecto la influencia del entorno familiar ejercen un impacto significativo en la aparición de este desenlace adverso, en función de la interacción registrada en este núcleo de desarrollo expresado en el grado de insuficiencia de orientaciones sexuales, falta de apoyo familiar, y creencias y valores sobre la crianza de los hijos; lo cual impacta en la presencia de una red social de apoyo; de manera particular consideramos de interés precisar el efecto que ejerce la violencia familiar que se ejerce durante la infancia y la adolescencia en el riesgo de gestación adolescente, es por ello que consideramos relevante desarrollar el presente estudio.

Limitaciones:

Tomando en cuenta que el diseño es de casos y controles, solo se tendrán acceso a los datos que caracterizaran a las variables por medio de la revisión de los expedientes clínicos y la información obtenida por medio de la aplicación del cuestionario para caracterizar la violencia familiar, es por ello que cabe la posibilidad de incurrir en el sesgo de información en caso de un mal registro de los datos.

Aspectos éticos:

Se mantendrá el anonimato de los pacientes por medio de la reserva de su identidad de los pacientes según la declaración de Helsinki II (Numerales: 11,12,14,15,22 y 23)⁶ y la ley general de salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA)⁷.

MARCO TEÓRICO:

Antecedentes del problema:

Tetteh J, et al.⁸ Estimaron la prevalencia del Embarazo Adolescente y la Violencia Física en 26.055 mujeres adolescentes de 15 a 19 años la prevalencia general de gestación adolescente fue del 25,4 % (IC del 95 % = 24,4–26,4); en tanto, la prevalencia entre los adolescentes mayores (18–19 años) fue aproximadamente dos tercios significativamente más alta en comparación con los adolescentes jóvenes [aPR (IC del 95 %) = 1,60 [1,49–1,71]]. La prevalencia de violencia familiar entre las mujeres adolescentes que estaban embarazadas fue aproximadamente 5 veces significativa en comparación con las que no estaban embarazadas.

Sari I, et al.⁹ Identificaron los factores que desencadenan la violencia doméstica en adolescentes; en un diseño transversal con muestreo por conveniencia (n=230); los factores asociados a la violencia intrafamiliar sufrida por las adolescentes embarazadas fueron el historial de violencia de la pareja (p=0,000), las conductas de la pareja (p=0,000). El comportamiento de la pareja fue el factor más influyente que contribuyó con 73,96 veces las posibles ocurrencias de violencia doméstica contra las adolescentes embarazadas (p=0,000; OR=73,96), concluyendo que la participación de la pareja durante el proceso de embarazo es necesaria para la comprensión de los cambios que posiblemente pueden ocurrir debido al embarazo de la pareja.

Nwafor J; et al.¹⁰ Examinaron la prevalencia de violencia familiar y sus correlatos a nivel individual, familiar y comunitario entre niñas adolescentes embarazadas y con hijos en el grupo etario de 10-19 años; con datos de una muestra representativa de

niñas adolescentes embarazadas y madres (n = 669). La prevalencia de por vida de violencia familiar fue 39,7% (n = 266), con más niñas reportando violencia emocional (28,8%) que física (22,2%) y sexual (17,4%). A nivel individual, niñas con educación secundaria (AOR: 1,72; IC 95 %: 1,16–2,54), que tuvieron relaciones sexuales transaccionales (AOR: 2,29; IC 95 %: 1,35–3,89) tenían una probabilidad significativamente mayor de experimentar violencia familiar; concluyendo que las intervenciones que abordan la violencia deben dirigirse a los adolescentes más jóvenes, a los que tienen relaciones sexuales transaccionales y a los que tienen redes de seguridad comunitarias más débiles.

Ajayi A, et al.¹¹ Evaluaron la magnitud de los embarazos no deseados entre las adolescentes y también el efecto de la violencia sexual en los embarazos no deseados; en un diseño transversal y los datos se obtuvieron en una universidad en una muestra final de 451 niñas de entre 17 y 24 años. El embarazo adolescente fue mayor entre las sobrevivientes de violencia sexual (54,4%) respecto a quienes nunca experimentaron abuso sexual (34,3%). En el análisis multivariable, la violencia sexual se asoció con mayores probabilidades de tener un embarazo adolescente (AOR: 1,70; IC del 95 %: 1,08–2,68); concluyendo que la violencia sexual es un predictor importante de embarazo no deseado en esta cohorte de edad.

Miura P, et al.¹² Analizaron las condiciones sociales y los proyectos de vida de las adolescentes no embarazadas, adolescentes embarazadas y mujeres embarazadas víctimas de violencia intrafamiliar; en un estudio comparativo. Noventa adolescentes entre 12 y 18 años participaron en tres grupos: Grupo A (30 adolescentes no embarazadas sin antecedentes de violencia); Grupo B (30 adolescentes embarazadas sin antecedentes de violencia); y Grupo C (30 adolescentes embarazadas con antecedentes de violencia). Se encontró que los adolescentes del grupo C tuvieron menor escolaridad, mayor deserción escolar, menor ingreso familiar y proyectos de vida a corto plazo ($p < 0.05$).

Restrepo M, et al.¹³ Exploraron los factores sociodemográficos, psicosociales y clínicos asociados con el embarazo adolescente, en 499 adolescentes; se identificaron 135 embarazos adolescentes, y una prevalencia de embarazo adolescente del 21,5%. El 84,4% de las adolescentes embarazadas tenían entre 16 y 19 años. En el modelo bivariado, las variables que mostraron asociación con el embarazo adolescente fueron ser víctima de violación (odds ratio [OR] = 7,68); concluyendo que la negligencia y el abuso sexual en la infancia pueden evitarse buscando impactar positivamente el embarazo adolescente.

Castañeda F, et al.¹⁴ Evaluaron los factores de riesgo para el embarazo en adolescentes; en un estudio retrospectivo de casos y controles con una muestra no probabilística por conveniencia de 180 adolescentes: 60 gestantes (casos) y 120 no gestantes (controles); tanto la exposición a la violencia (OR: 5.82), la funcionalidad familiar (OR: 3.87), la edad del primer embarazo de la madre (OR: 4.07) actuaron como factores de riesgo. La frecuencia de violencia familiar en el grupo de adolescentes gestantes fue de 61% mientras que la frecuencia de violencia familiar en el grupo de adolescentes no gestantes fue de 21% ($p < 0.05$).

Bases teóricas:

La transición de la niñez a la edad adulta ocurre durante la etapa de la adolescencia, durante la cual se producen numerosos cambios en los aspectos fisiológicos, anatómicos, estructurales y psicológicos; considerando que muchas adolescentes no están preparadas física o mentalmente para el embarazo y el parto; es más probable que experimenten complicaciones que pueden tener graves consecuencias para la salud; por ello el grupo de edad adolescente se asocia con resultados adversos del embarazo¹⁵.

La frecuencia de embarazos de adolescentes se ha visto muy afectada recientemente por varios factores como la disminución de la edad de la menarquia; desde el siglo XIX, la edad de la menarquia ha ido disminuyendo a un ritmo de 2 a 3

meses por década en muchos países europeos, lo que da como resultado una disminución general de unos 3 años; la mayor parte de la disminución en la edad de la menarquia está relacionada con una mejor nutrición y salud. El inicio de la primera actividad sexual ocurre a una edad significativamente más temprana, lo cual es otro elemento que contribuye¹⁶.

La edad materna joven es más probable que sea un marcador de uno o más factores de riesgo maternos asociados con resultados de parto deficientes; la pobreza, la baja educación y el apoyo familiar inadecuado son factores que aumentan el riesgo de infecciones de transmisión sexual, abortos inseguros y complicaciones en el parto, todo lo cual se ve exacerbado por una atención prenatal inadecuada¹⁷. Para las niñas, los embarazos precoces pueden tener consecuencias sociales, como un estatus inferior en el hogar y la comunidad; estigmatización; abuso por parte de la familia, compañeros y parejas; y el matrimonio precoz y forzado¹⁸.

El embarazo durante la adolescencia puede obstaculizar el desarrollo saludable de una niña hacia la edad adulta y afectar negativamente sus oportunidades educativas, su seguridad financiera y su salud, muchas adolescentes no pueden continuar su educación o trabajar porque están embarazadas. En el contexto de una gestación adolescente, los primeros años de vida de un niño, la relación madre-hijo decae, esto se debe principalmente a la inmadurez de la madre; cuando la gestación se produce al ser la adolescente víctima de agresión sexual, la situación es aún peor; estos niños suelen ser criados por sus abuelos y familiares, con frecuentes cambios de cuidadores y corren un mayor riesgo de sufrir abusos o abandono y un mayor riesgo de fracasar en la escuela y es más probable que se involucren en conductas delictivas¹⁹.

La violencia familiar es un problema generalizado, resulta alarmante el número de niños que viven en entornos violentos y cómo la violencia los afecta; estas experiencias durante la niñez aumentan el riesgo de desarrollar trastornos mentales o psicosociales como la depresión o el estrés postraumático, así como problemas de

conducta y de relación, muchos niños y jóvenes ocultan sus experiencias para evitar la vergüenza^{20,21}.

Así, los jóvenes a menudo responden a la violencia dirigida a sus madres y utilizan diversas estrategias en un intento de darle sentido y hacer frente a sus circunstancias y emociones, aun cuando la violencia familiar para muchos niños implica vivir también en condiciones de intimidación, humillación, poder, dominación y control generalizado y continuo, que tiende a inculcar en las víctimas una sensación constante de peligro inminente²².

Existe una tendencia de los niños en edad preescolar a culparse a sí mismos por los problemas de sus padres (que puede incluir violencia) mediado parcialmente en el vínculo entre el conflicto conyugal y los síntomas interiorizados de los niños²³. En el caso de las perspectivas de los adolescentes, esto requiere una atención especial, pues los años de la adolescencia se entienden cada vez más en términos de diferentes rangos de edad para mostrar que la sociedad tiene diferentes expectativas; hay indicios de que experimentar este tipo de violencia durante la primera infancia también puede tener consecuencias en la adolescencia e incluso en la adultez temprana como problemas de salud mental y una peor calidad de relación en la edad adulta joven²⁴.

Definición de términos básicos:

Violencia familiar: Uso intencionado y repetido de la fuerza física o psicológica para controlar, manipular o atentar en contra de algún integrante de la familia, se evaluará por medio de un Cuestionario de maltrato infantil; considerando violencia cuando el punto de corte se mayor de 28¹⁴.

Embarazo adolescente: La adolescencia es el período de transición que sucede entre los 10 y 19 años. Se considera a las gestantes entre ese rango de edad²⁶.

Hipótesis:

Hipótesis nula (Ho):

La Violencia familiar no es factor de riesgo para embarazo adolescente en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca, en el periodo de marzo 2023 a febrero del 2024.

Hipótesis de investigación (Hi):

La Violencia familiar es factor de riesgo para embarazo adolescente en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca, en el periodo de marzo 2023 a febrero del 2024.

Operacionalización de variables:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR	ITEM
Embarazo adolescente	Corresponde a la gestación durante el periodo etario de la adolescencia	Corresponde a la gestación en una mujer entre 10 a 19 años	Cualitativa	Ecografía obstétrica	1
Violencia familiar	Uso intencionado y repetido de la fuerza física o psicológica para controlar, manipular o atentar en contra de algún integrante de la familia	Por medio de un cuestionario de maltrato infantil; considerando violencia cuando el punto de corte se mayor de 28.	Cualitativa	Cuestionario	2
Edad	Años de vida de la gestante al momento de la entrevista	Registro verificado en el documento de identidad	Cualitativa	Fecha de nacimiento	3
Grado de instrucción	Nivel académico alcanzado por la paciente al momento de la entrevista	Nivel académico precisado por la paciente en la entrevista	Cualitativa	Entrevista	4

Procedencia	Ámbito geográfico donde la paciente habita en su ámbito familiar	Dirección registrada en el documento de identidad de la paciente	Cualitativa	Dirección	5
-------------	------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------	-------------	-----------	----------

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo y nivel de investigación:

Análítico, observacional, retrospectivo, longitudinal de casos y controles.

Técnicas de muestreo y diseño de investigación:

Población:

Pacientes adolescentes atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo marzo 2023 a febrero del 2024.

Muestra de estudio o tamaño muestral:

- **Casos:**
 - Adolescentes gestantes
 - Adolescentes entre 15 a 20 años
 - Adolescentes con historias clínicas completas

- **Controles:**
 - Adolescentes gestantes
 - Adolescentes de 20 años
 - Adolescentes con historias clínicas completas

- **Criterios de exclusión:**
 - Adolescentes expuestas a violación sexual
 - Adolescentes con amenorrea primaria

- Adolescentes con síndrome de Down
- Adolescentes con enfermedad crónica
- Adolescentes con tuberculosis genital
- Adolescentes huérfanos

Muestra:

Unidad de Análisis:

Es cada paciente adolescente atendida en el Departamento de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo marzo 2023 a febrero del 2024.

Tamaño muestral:

Formula²⁵:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 P (1-P) (r+1)}{d^2 r}$$

Donde:

$$P = \frac{2 + 1}{1 + 1} =$$

$$d = p_1 - p_2$$

$$Z_{\alpha/2} = 1,96 \text{ para } \alpha = 0.05$$

$$\beta = 0,84 \text{ para } \beta = 0.20$$

$$P_1 = 0.84 \text{ (Ref. 8)}$$

$$P_2 = 0.56 \text{ (Ref. 8)}$$

$$R: 1$$

$$n = 42$$

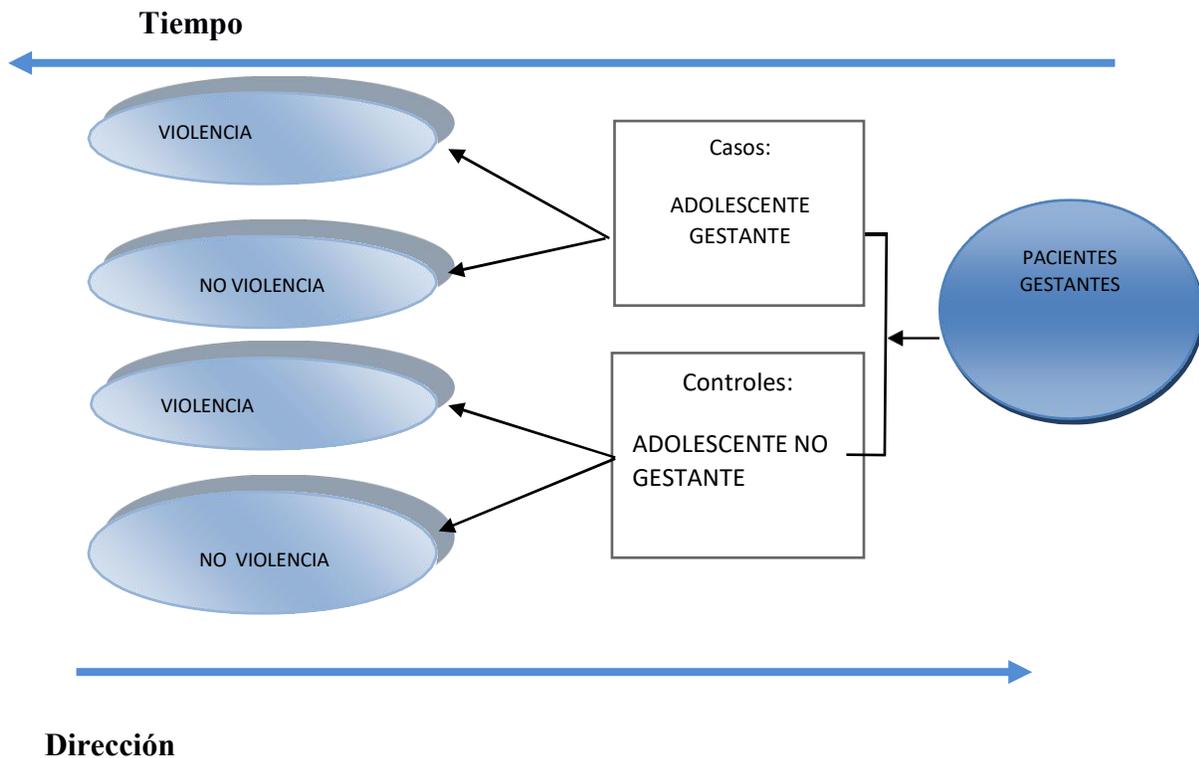
CASOS (Adolescente gestante): 42 pacientes.

CONTROLES (Adolescente no gestante): 42 pacientes.

Diseño Específico:

G1 O1
P
G2 O1
P: Adolescentes
G1: Gestantes
G2: No gestantes
O1: Violencia familiar

ESQUEMA DEL DISEÑO



Técnicas y/o instrumentos de recolección de datos:

Se solicitará la autorización correspondiente para luego proceder a:

1. Revisar las historias y seleccionarlas en el grupo de casos o controles, según los resultados de los exámenes para descartar o corroborar la gestación.
2. Recoger los datos para caracterizar la variable violencia familiar por medio de la aplicación del cuestionario (Anexo 29, a través de la entrevista, así como los de las variables intervinientes; en la hoja de recolección de datos.
3. Continuar hasta completar la muestra requerida (Ver anexo 1).

Técnicas de procesamiento y análisis de datos:

Estadística Descriptiva:

Se obtendrán datos de distribución de frecuencias esto para las variables cualitativas.

Estadística Analítica

Se hará uso de la prueba chi cuadrado, será considerada significativa si la posibilidad de equivocarse es menor al 5% ($p < 0.05$).

Estadígrafo propio del estudio:

Se obtendrá el odds ratio y el cálculo del intervalo de confianza al 95% del estadígrafo correspondiente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1.-Donatus L, Sama DJ, Tsoka-Gwegweni JM, Cumber SN. Factors associated with adolescent school girl's pregnancy in Kumbo East Health District North West region Cameroon. *Pan Afr Med J.* 2019; 31:138.
- 2.-Bekalu K. Teenage pregnancy and its associated factors among teenage females in Farta woreda, Northwest, Ethiopia, 2020: A community-based cross-sectional study. *Popul. Med.* 2021;3(July):19.
- 3.-Guerrero J. Disminución desigual de las tasas de fecundidad en adolescentes de 32 países de la Región de las Américas, 1960-2019. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2020; 44:71.
- 4.-Alfaro A. Instrument for the study of exposure to violence in adolescents. *MOJ Biol Med.* 2023;8(1):33–37.
- 5.-Alpiza Caballero LB, Pino Gonzalez WJ. Characterization of violence in adolescents. *Rev Cub Med Mil.* 2019;47(4).
- 6.-Ley general de salud. N° 26842. Concordancias : D.S. N° 007-98-SA. Perú: 20 de julio de 2013.
- 7.- Man B. The Declaration of Helsinki on medical research involving human subjects: a review of seventh revision (Medical Education) *Nepal Health Research Council* 2020; 17(4):548-55.
- 8.-Tetteh J. Teenage pregnancy and experience of physical violence among women aged 15-19 years in five African countries: Analysis of complex survey data. *PLoS ONE* 2020; 15(10): 2-6.

9.-Sari I, Setyowati S, Ungsianik T. Partners' behavior as the main cause of domestic violence experienced by pregnant adolescents in Jakarta. *J Public Health Res.* 2021;10(1):5-9.

10.-Nwafor J. Correlates of intimate partner violence among pregnant and parenting adolescents: a cross-sectional household survey in Blantyre District, Malawi. *Reprod Health* 2023; 20: 60.

11.-Ajayi A. Association between sexual violence and unintended pregnancy among adolescent girls and young women in South Africa. *BMC Public Health* 2020; 20: 1370.

12.-Miura P. Adolescence, pregnancy and domestic violence: social conditions and life projects. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(1):4-8.

13.-Restrepo M. Sexual abuse and neglect situations as risk factors for adolescent pregnancy. *rev colomb p s iquiát .* 2019;46(2):74–81.

14.-Castañeda F. Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. *Enfermeria global* 2021; 6(3).13-18.

15.-Melekoğlu N.A., Saraç U. Evaluation of the effect of maternal adolescent age on neonatal outcomes. *Cumhuriyet Med. J.* 2022;44:192–197.

16.-Maheshwari M.V., Khalid N., Patel P.D., Alghareeb R., Hussain A. Maternal and Neonatal Outcomes of Adolescent Pregnancy: A Narrative Review. *Cureus.* 2022;14:5-8.

17.-Karataşlı V., Kanmaz A.G., İnan A.H., Budak A., Beyan E. Maternal and neonatal outcomes of adolescent pregnancy. *J. Gynecol. Obstet. Hum. Reprod.* 2019;48:347–350.

18.-Usynina A.A., Postoev V., Odland J.Ø., Grijbovski A.M. Adverse Pregnancy Outcomes among Adolescents in Northwest Russia: A Population Registry-Based Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2019;15:261.

19.-Kassa G.M., Arowajolu A.O., Odukogbe A.A., Yalew A.W. Adverse neonatal outcomes of adolescent pregnancy in Northwest Ethiopia. *PLoS ONE*. 2019;13:1-6.

20.-Li S. D., Xia Y. Understanding the link between discrimination and juvenile delinquency among chinese migrant children. *J. Contemp. Criminal Justice* 2019; 34 128–147.

21.-Li S. Coercive parenting and adolescent developmental outcomes: the moderating effects of empathic concern and perception of social rejection. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020; 17:3-5

22.-Liu T. The spillover mechanisms linking family conflicts and juvenile delinquency among Chinese adolescents. *Int. J. Offender Ther. Comp. Criminol.* 2020; 64 167–186.

23.-Manzoni P. The influence of earlier parental violence on juvenile delinquency: the role of social bonds, self-control, delinquent peer association and moral values as mediators. *Eur. J. Criminal Policy Res* 2019; 25: 225–239.

24.-Cuartas J. Physical punishment and Colombian children and adolescents' cognitive and behavioral outcomes. *J. Appl. Dev. Psychol.* 2020; 68:101140 10.1016.

25.- Cortez M. Algunas consideraciones para el cálculo del tamaño muestral en investigaciones de las Ciencias Médicas. *Medisur* 2020; 18; 5.

26.-Castañeda J, Santa-Cruz-Espinoza H, Castañeda Paredes J, Santa-Cruz-Espinoza H. Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. *Enferm Glob.* 2021;20(62):109–28

ANEXOS

ANEXO N° 1:

Violencia familiar como factor de riesgo para embarazo adolescente en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca

PROTOCOLO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha..... N°.....

I. DATOS GENERALES:

Grupo etario: _____

Grado de instrucción _____

Procedencia: Urbano () Rural ()

II. DATOS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE:

Embarazo adolescente: Sí () No ()

III. DATOS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE:

Violencia familiar: Sí () No ()

ANEXO N° 2:

Cuestionario de violencia infantil

INDICADORES	N°	ÍTEMS	Nivel			
			Bajo	Medio	Alto	Muy alto
			1	2	3	4
Moretones	01	Tengo moretones o magulladuras en mi piel como producto del castigo físico.				
	02	Estos moretones demoraron para desaparecer más de dos días				
Heridas	03	En ciertas ocasiones he presentado heridas en mi cuerpo como resultado de un castigo físico				
	04	Estas heridas demoraron para sanar.				
Fracturas	05	Algunas vez he presentado fracturas en alguna parte de mi cuerpo como consecuencia del castigo físico				
	06	Estas fracturas me impidieron realizar ciertas actividades o tareas.				
Quemaduras	07	Alguna vez he llegado con ciertas quemaduras a la institución educativa en alguna parte de mi cuerpo como consecuencia de algún castigo.				
	08	Estas quemaduras han sido de consideración y demoraron en sanar.				
Vergüenza	09	Siento temor de opinar en clase				
	10	Me muestro receloso con mis compañeros y soy poco amigable.				
Nerviosismo	11	Evidencio nerviosismo cuando participo en clase.				
	12	No coordino las ideas con facilidad y tengo dificultad para hilvanarlas.				
Agresividad	13	Me muestro agresivo rápidamente cuando se burlan de mi persona				
	14	Evidencio indisciplina frecuente en el aula de clase.				
Sentimiento de culpa	15	Me siento culpable de ciertos errores e incluso cuando no soy parte de ellos				
	16	Me preocupo excesivamente por complacer a las figuras de autoridad.				

ANEXO N° 3

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitado/a a participar en una investigación sobre Violencia familiar como factor de riesgo para embarazo adolescente en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca. Esta investigación es realizada por la Médico residente JESSICA DARIANA CASTELLANO ALGOMEDA. Si acepta participar en esta investigación, se realizara una encuesta y se recogerán datos de su historia clínica en una ficha de recolección de datos, los datos a obtener de la historia clínica están relacionados a su hoja de ingreso por emergencia, atención por consultorios externos, procedimientos realizados, antecedentes patológicos, y el diagnostico referente al presente estudio. La finalidad de la investigación es conocer la relación existente de la violencia familiar y el embarazo adolescente.

Su participación no representa riesgo para su salud y la confidencialidad de su información como paciente participante; en ninguno de los instrumentos a utilizar para el presente estudio se mencionará su nombre. Toda información o datos que pueda identificarlo serán manejados confidencialmente, usted no recibirá incentivo económico por su participación. Si ha leído este documento y ha decidido participar, su participación será completamente voluntaria y usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna objeción.

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Firma: _____

DNI: _____

En caso de menores de edad:

Firma del representante legal _____

DNI _____

Cajamarca ___ de _____ del 202_