

UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

DOCTORADO EN MEDICINA



**UNIVERSIDAD EVANGÉLICA
DE EL SALVADOR**

**“FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y SU
RELACIÓN CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS.”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE DOCTORADO EN
MEDICINA**

ASESORA: DRA. MARINA ELIZABETH MENJIVAR SURIANO

SAN SALVADOR, SEPTIEMBRE 2022

UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

DOCTORADO EN MEDICINA



**UNIVERSIDAD EVANGÉLICA
DE EL SALVADOR**

**“FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y SU
RELACIÓN CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS. INVESTIGACIÓN A REALIZARSE EN LA UNIDAD DE
SALUD DR. CARLOS DIAZ DEL PINAL DURANTE EL PERIODO MAYO -
JUNIO 2022.”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE DOCTORADO EN
MEDICINA**

ASESORA: DRA. MARINA ELIZABETH MENJIVAR SURIANO

PRESENTADO POR:

MEDINA TURCIOS, ERNESTO JOSÉ

POCASANGRE VANEGAS, ESTEFANI CAROLINA

PORTILLO CORTEZ, JESSICA DANIELA

SAN SALVADOR, SEPTIEMBRE 2022

CONTENIDO

Agradecimientos.....	v
Resumen.....	vi
Introducción.....	7
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
A. Situación problemática	8
B. Enunciado del problema.....	9
C. Objetivos de la investigación	9
Objetivo general.....	9
Objetivos específicos	10
D. Contexto de la investigación.....	10
E. Justificación	11
F. Factibilidad de la investigación	12
CAPITULO II: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	14
Estado actual.....	14
1. Marco histórico.....	14
2. Marco teórico	16
CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	31
A. Enfoque y tipo de investigación	31
B. Sujetos y objetos de estudio.....	31
1. Unidades de análisis:.....	31
2. Criterios de inclusión.....	31
3. Criterios de exclusión.....	32
4. Variables e indicadores.....	33
C. Técnicas, materiales e instrumentos	42
1. Técnicas y procedimientos para la recopilación de la información	42

2. Instrumentos de registro y medición	42
3. Aspectos éticos de la investigación.....	43
D. Procesamiento y análisis de la información.....	44
E. Cronograma de actividades.....	44
F. Presupuesto	45
CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	46
A. Resultados.....	46
B. Discusión de resultados.....	51
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	54
A. Conclusiones	54
B. Recomendaciones.....	55
BIBLIOGRAFÍA	57
ANEXO.....	60

Agradecimientos

A Dios

Por darnos inteligencia, sabiduría, salud y ánimo por haber llevado a cabo este proyecto de investigación, ya que reconocemos que sin Él nada de esto hubiera sido posible.

A nuestros padres y hermanos

Quienes han estado presentes en los momentos de estudio más difíciles y que con su amor incondicional nos impulsaron a seguir adelante y a nunca rendirnos. Gracias por haber sido nuestros guías en las noches más oscuras y por creer en nosotros. Ahora que concluimos con esta etapa tan importante de nuestras vidas, les dedicamos este logro.

A nuestra tutora

Dra. Marina Elizabeth Menjivar, le agradecemos por su paciencia, tiempo, buen humor y dedicación en este trabajo de investigación. Usted formó parte importante de este proyecto con sus conocimientos profesionales y su orientación. Gracias por sus consejos.

A la Universidad

Gracias por habernos permitido formarnos en ella durante todos estos años con educación de calidad, valores y principios cristianos; por hacer de nosotros profesionales integrales y por permitirnos seguir desarrollando nuestras capacidades tanto profesionales como personales.

Resumen

Introducción: En El Salvador, el embarazo en la adolescencia es una de las problemáticas sociales más acentuadas que necesitan ser abordadas. **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo más frecuentes en adolescentes embarazadas y su relación con el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos. **Materiales y métodos:** El estudio se realizó en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar (UCSF) “Dr. Carlos Díaz del Pinal”, Santa Tecla, La Libertad, El Salvador. El tipo de enfoque fue cuantitativo con diseño correlacional-descriptivo, y de tipo transversal de mayo-junio 2022. El universo fue de 16 adolescentes embarazadas. La fuente de obtención de datos fue la encuesta. **Resultados:** El factor familiar más frecuente fue el antecedente de madre o hermana con algún embarazo en la adolescencia (75%). El factor individual más frecuente fue personalidad inestable (62%). Respecto al factor de riesgo cultural, el más frecuente fue abandono de estudio con 60%. El 38% de las adolescentes embarazadas presentó algún grado de pobreza (extrema o relativa). No se encontró factor de riesgo psicológico en las adolescentes embarazadas encuestadas. Se determinó que el 76% de las adolescentes embarazadas presentan nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos medio y alto; y que los factores de riesgo individual, familiar, cultural y económico tienen relación con el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos. **Conclusión:** estos determinantes muestran la necesidad de promover la prevención en este grupo de edad, para mejorar su salud sexual y reproductiva.

Palabras clave: Métodos anticonceptivos, factores de riesgo, adolescentes, embarazadas, nivel de conocimiento.

Introducción

La presente investigación abordó una de las problemáticas sociales más acentuadas en El Salvador. Como se describe más adelante, la adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como el periodo comprendido entre los 10 a 19 años, en el cual el individuo se forma y le permite desarrollar procesos como la sexualidad, madurez física, emocional y cognitiva (1). Adicional a lo anterior, el embarazo a temprana edad se considera un problema de salud pública de alto impacto negativo, porque se percibe como un problema médico, social y psicológico.

Por lo tanto, con el presente trabajo se determinó los factores de riesgo más frecuentes en adolescentes embarazadas y su relación con el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos en la Unidad de Salud Especializada “Dr. Carlos Díaz del Pinal” de El Salvador durante el periodo mayo - junio 2022.

El documento está compuesto por cinco partes, las cuales son: Capítulo I. Planteamiento del Problema, se describe la situación que desarrolla el hecho objeto de estudio, con la correcta formulación de objetivos generales y específicos. En la segunda parte, presentamos el Capítulo II. Fundamentación Teórica, donde se expone el estado actual y las hipótesis de la investigación.

En la tercera parte, exponemos el Capítulo III que comprende la metodología de la investigación. La cuarta parte, el Capítulo IV, se realiza el análisis de la información. Por último, en la quinta parte, el Capítulo V, se plantean las conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A. Situación problemática

La OMS define a la adolescencia como el período de crecimiento que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años. En la adolescencia se produce un proceso de reestructuración de cambios endocrinos y morfológicos. La fertilidad se consigue aproximadamente 6 o 7 años antes de ser maduros emocionalmente; la madurez psicosocial suele alcanzarse en edades más avanzadas (1). De esta forma, la adolescencia se considera una etapa de inmadurez tanto física como emocional.

Por lo tanto, el embarazo en la adolescencia representa un problema de salud, social y económico para la familia y para el país. Este limita las posibilidades de niñas y adolescentes de continuar con sus proyectos de vida. El cumplimiento de un rol para el cual no están preparadas y la interrupción de sus estudios, afecta la integración a la sociedad y la mejora de las condiciones de vida de ella y de su familia. Todo lo anterior, ejerce un gran impacto en la economía nacional.

Es importante destacar que, según los datos consignados por la OPS (Organización Panamericana de la Salud) en el 2018, la tasa mundial de embarazo adolescente se estima en 46 nacimientos por cada 1.000 niñas (2). Latinoamérica presenta la segunda tasa de fecundidad (66,5 por cada 1.000) más alta del mundo entre mujeres de 15 a 19 años. República Dominicana (100,6 por cada 1.000), Nicaragua (92,8), Guyana (90,1), Guatemala (84), Guyana francesa (82,6), Venezuela (80,9) y Panamá (78,5) presentan las tasas más altas (3).

Además, en El Salvador, las cifras recolectadas por el Ministerio de Salud (MINSAL) de adolescentes embarazadas de 10-19 años en el periodo de enero a junio 2020 reflejan un total de 6,839 casos. El departamento con mayor número de embarazos en el primer semestre 2020, es San Salvador con un registro de 942, seguido de Sonsonate con 759 y el departamento de menor registro es San Vicente, con 224 embarazos (4).

Cabe señalar que, en el 2019, el MINSAL registró 11.369 atenciones por morbilidades asociadas al embarazo, de las cuales el 18 % (2.089) fueron brindadas a niñas y adolescentes embarazadas (5). En el año 2020, se registraron 8 muertes maternas en niñas y de adolescentes a causa del embarazo (6).

B. Enunciado del problema

¿Cuáles son los factores de riesgo más frecuentes en adolescentes embarazadas y su relación con el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos en la Unidad de Salud Especializada “Dr. Carlos Díaz del Pinal” de El Salvador durante el periodo mayo - junio 2022?

C. Objetivos de la investigación

Objetivo general

Determinar los factores de riesgo más frecuentes en adolescentes embarazadas y su relación con el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos en la Unidad de Salud Especializada “Dr. Carlos Díaz del Pinal” de El Salvador durante el periodo mayo - junio 2022.

Objetivos específicos

1. Indagar sobre los factores de riesgo individual, familiar, cultural, económico y psicológico en adolescentes embarazadas.
2. Medir el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas.
3. Relacionar los factores de riesgo individuales, familiares, culturales, económicos y psicológicos en adolescentes embarazadas y el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos.

D. Contexto de la investigación

Delimitación contextual:

Adolescentes embarazadas que asisten a controles prenatales en la Unidad de Salud Especializada “Dr. Carlos Díaz del Pinal.”

Delimitación espacio geográfico:

La investigación se llevó a cabo en la Unidad de Salud Especializada “Dr. Carlos Díaz del Pinal”. Esta pertenece a la SIBASI Región Central queda ubicada en 4ª Calle Poniente y 8ª Avenida Sur, Santa Tecla.

Su infraestructura está conformada por dos niveles dentro de los cuales el primer nivel es de consulta y atención de salud y el segundo nivel es administración, odontología y laboratorio. Las especialidades con las que cuenta este centro de salud son medicina interna, cirugía, medicina familiar, pediatría, ginecología y odontología.

La cantidad de personal de salud que forma parte de la institución es 1 médico internista, 1 médico cirujano, 2 médicos familiares, 3 pediatras, 2 ginecólogos, 28 médicos generales, 6 odontólogos, 1 nutricionista, 1 psicóloga, 2 optometristas.

Asimismo, el centro de salud cuenta con centro de vacunación COVID-19, FOSALUD y clínica VICITS (Vigilancia Centinela de ITS y VIH).

Delimitación temporal:

La investigación se llevó a cabo en el periodo de mayo a junio 2022.

E. Justificación

Entre 2015 y 2020 se registraron en El Salvador 105,930 embarazos en niñas y adolescentes. De ellos, 5.104 fueron en niñas de 10 a 14 años, según datos recopilados en el documento "Llegar a cero embarazos en niñas y adolescentes -Mapa El Salvador 2020" (5).

El embarazo en las adolescentes obstaculiza su desarrollo psicosocial, genera menores oportunidades educativas o el abandono total de los estudios por parte de la madre adolescente y algunas veces, por el padre del bebé. Esto incide en el incremento de la exclusión, la pobreza y de las desigualdades de género. Asimismo, está relacionada a la elevación de la morbimortalidad materna e infantil.

Por lo anterior, la importancia de este estudio radica en que pretende responder a una problemática social, que recientemente va en aumento. El embarazo en adolescentes tiene mayor prevalencia en países en vías de desarrollo, como El Salvador. Esta problemática representa dificultades para las adolescentes y repercute en el desarrollo del país.

A pesar de las diferentes intervenciones y estrategias utilizadas por el estado, las cifras del embarazo en adolescentes no presentan una disminución significativa. Por consiguiente, este estudio pretendió determinar los factores de riesgo individual, familiar, cultural y psicológico de embarazadas adolescentes; y la relación de estos con el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos.

La presente investigación tiene gran relevancia debido a que es la primera en realizarse sobre esta temática y los resultados servirán de base para que futuras generaciones de investigadores puedan continuar con el estudio de dicha problemática.

F. Factibilidad de la investigación

A partir del análisis realizado previamente, se concluyó en que el gasto económico para la realización de la investigación no representó ningún tipo de problema para el equipo de investigación; debido a que, éstos contaron con el poder adquisitivo necesario para poder cubrirlo. Gracias al planteamiento del Presupuesto de la Investigación, se determinó que el equipo se mantuvo al margen del límite de gastos para así poder ejecutar el proyecto de investigación.

Uno de los factores que potenció la viabilidad del presente trabajo de tesis es que, la misma se ejecutó dentro de las instalaciones donde el equipo de investigación labora. De esta manera, el equipo tuvo un mejor acceso y mayor acercamiento a su objeto de estudio, sin la necesidad de trasladarse a múltiples lugares. Adicional a lo anterior, el equipo estaba compuesto por tres integrantes que contaron con elementos necesarios para que pueda ejecutarse el proyecto, con la ayuda de tutores y profesionales que contribuyeron con sus diferentes comentarios y puntos de vista.

El equipo dispuso de suficiente tiempo, lo que le genera mayor facilidad para obtener la información requerida en el corto plazo, con el objetivo de poder llevar a cabo la investigación. Esta se llevó a cabo en un período de 2 meses, iniciando en el mes de mayo y concluyendo en el mes de junio de 2022.

CAPITULO II: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Estado actual

1. Marco histórico

En un principio, el hombre desconocía la relación entre el acto sexual y la procreación, por lo que atribuía el nacimiento de los hijos a la intervención de fuerzas divinas. Desde el momento en que se toma conciencia de la capacidad reproductiva, comienza la búsqueda de métodos para evitar los embarazos no deseados, ya que en muchas ocasiones los hijos solo suponían una carga para el clan y reducían los alimentos y recursos disponibles (7).

En pinturas prehistóricas de los años 100-200 a.c. en la cueva de Les Combarelles, Francia, se muestra por primera vez el uso del condón, y se señala como una de las primeras pinturas que representan algún tipo de actividad coital entre un hombre y una mujer, la más antigua de las que se tiene registro (8).

El preservativo o condón, uno de los métodos más antiguos, fue descrito por primera vez en el siglo XVI como "una vaina para el pene confeccionada con lino y destinada a evitar la transmisión de la sífilis". Se han fabricado con diversos materiales como el lienzo, la calabaza, el cuero, la seda, el papel aceitado, la vejiga de pez o carey, tejidos animales, entre otros (8).

Los fabricados con intestinos de animales eran cosidos cuidadosamente en una extremidad, mientras que la otra punta tiene una cinta que permite mantenerlos apretados una vez colocados. Median 34 mm de ancho (mientras que los actuales miden 45 y 69 mm) (9).

Según los expertos, esos preservativos estaban destinados a hombres que frecuentaban casas de prostitución. No se empleaban como anticonceptivos sino para evitar enfermedades de transmisión sexual (8). Sin embargo, no tuvieron difusión hasta dos siglos después, no sin ser criticados y causar escándalo en diversos medios.

La anticoncepción oral tiene inicio alrededor del siglo II, cuando el ginecólogo griego Soranus, sugería que las mujeres usaran el agua que desechaban en las herrerías después de usarla para enfriar el hierro rojo. Otros métodos anticonceptivos orales que se utilizaban en aquella época son orina o vísceras de animales y bebidas inocuas que contenían aceites, frutas, granos y otras especies vegetales (7).

Durante la Edad Media, el continente europeo fue dominado por la iglesia católica romana y los conocimientos acerca de la anticoncepción estuvieron restringido. En el mundo islámico de la Edad Media, al no ser prohibida la anticoncepción por la religión, se permitían numerosas medidas de control de la natalidad. La anticoncepción ha tenido muchas campañas en su contra. El método del ritmo fue el único admitido sin reservas por la iglesia católica (7).

A partir de 1898, John Beard estudia el ciclo ovárico y la función del cuerpo amarillo y Auguste Prenant sugirió una función hormonal para este último. El fisiólogo austriaco Ludwig Haberlandt sugiere a principios de la década de los años veinte la posibilidad del uso de los extractos de ovario como anticonceptivos orales (7).

En 1932 el químico alemán Henrich Wieland descubre la estructura básica del esteroide y señala que si se altera el esqueleto de este se producen diversos efectos biológicos. Cole logra sintetizar el primer estrógeno artificial en 1933 y la primera progesterona activa por vía oral se obtiene justo antes de la Segunda Guerra Mundial por Hans Inhoffen (7).

A pesar de los hallazgos tempranos y de los avances científicos en aquella época, no fue hasta 1978 donde en España se despenalizaron la utilización de los métodos anticonceptivos y comenzaron la incorporación de la planificación familiar al sistema público de salud (10).

2. Marco teórico

A. *Métodos anticonceptivos (MAC)*

1. *Métodos Naturales*

Conjunto de métodos basados en el conocimiento de los períodos fértiles e infértiles de la mujer.

a) **Métodos de Abstinencia Periódica**

- **Método del ritmo (Ogino – Knaus):** Como resultado de la observación continua de las fechas de la menstruación durante 6 meses se puede estimar el principio del período fértil, restando 18 días al ciclo más corto, y el final del período fértil, restando 11 días al período más largo. (11)
- **Método del moco cervical (Billings):** La abstinencia sexual debe comenzar el 1er día que la pareja observa moco cervical abundante y lubricante, y se continúa hasta el cuarto día después del día cúspide en el que el moco cervical es más abundante y filante (12).
- **Método de la temperatura basal:** Este método consiste en la medición diaria de la temperatura corporal basal (temperatura del organismo cuando éste se encuentra en estado de reposo) (12). Se identifica el período fértil de la mujer cuando se detecta una elevación de temperatura, que se produce inmediatamente después de la ovulación. (13)

b) Método de la lactancia materna y amenorrea

El Método de la Lactancia Materna y Amenorrea (MELA) es un método anticonceptivo que se basa en la infertilidad natural post parto cuando el lactante efectúa la succión inhibiendo así la producción de las hormonas que se requieren para la ovulación. Se deben cumplir tres criterios: amenorrea, lactancia exclusiva o casi exclusiva. Y debe de estar dentro de los 6 meses post parto (11).

c) Método del coito interrumpido

Método en el que el acto sexual se interrumpe y el pene se retira de la vagina antes de la eyaculación. Este método tiene un alto porcentaje de falla porque el líquido pre-eyaculatorio contiene espermatozoides (11).

2. Métodos Temporales

Los métodos temporales son aquellos que brindan protección anticonceptiva únicamente mientras el usuario los utiliza. Dentro de ellos se encuentran los métodos hormonales y de barrera (11).

Métodos hormonales

Anticonceptivos hormonales combinados

Descripción: Son métodos hormonales que contienen estrógeno y progestina. Su vía de administración puede ser oral, inyectable o transdérmica y transvaginal (11).

Mecanismo de acción: Inhibición de la ovulación. De forma secundaria también tienen como efecto: aumentan el espesor del moco cervical (11).

Efectos secundarios: Cefalea, náuseas y vómitos, mareo, sensibilidad mamaria, irregularidades menstruales y cambios del estado de ánimo.

Efectividad: Tienen una tasa de embarazo accidental menor del 1% en el primer año de uso (11).

a. Anticonceptivos orales combinados (ACO)

Descripción o tipo

- 21 pastillas que contienen hormona.
- 28 pastillas: 21 que contienen hormona y 7 que contiene hierro.
- 28 pastillas: 24 que contienen hormona y 4 que contienen hierro (11).

b. Anticonceptivos inyectables combinados (ACI)

Descripción o tipo

Valerato de estradiol (5 mg) + enantato de noretisterona (50 mg)

Cipionato de estradiol (5 mg) + acetato de medroxiprogesterona (25 mg)

Enantato de estradiol (10 mg) + acetofénido de dihidroxiprogesterona (11).

c. Parches combinados

Es un plástico pequeño, delgado, cuadrado, flexible, que se adhiere a la piel. Libera continuamente 2 hormonas, una progestina y un estrógeno, directamente a través de la piel al torrente sanguíneo (11).

d. Anillo vaginal combinado

Se trata de un anillo flexible que se coloca en la vagina, y libera continuamente 0.120 mg de progestina y 0.015 mg de estradiol, cada 24 horas dentro de la vagina. Mide 5.4 cm de diámetro por 4 mm de ancho, fabricado de etileno de vinil acetato (11).

Anticonceptivos solo de progestina

Descripción: Son métodos hormonales que no contienen estrógeno y su vía de administración puede ser oral, inyectable o subdérmica (implantes) (11).

Mecanismo de acción: Comparten el mismo mecanismo de acción que consiste en inhibición de la ovulación, y secundariamente espesamiento del moco cervical (11).

Efectos secundarios: Irregularidades menstruales (hemorragia, manchado prolongado ó amenorrea) que son menos frecuentes cuando se usa durante la lactancia. También, cefalea, mastalgia, aumento de peso, náusea, nerviosismo, cambio del estado de ánimo o del deseo sexual, mareos, distensión, molestia abdominal y desmineralización ósea que no produce osteoporosis (11).

Efectividad: Es un método altamente efectivo con una tasa de embarazo accidental después del primer año de uso menor del 1%, durante su uso perfecto (11).

a. Anticonceptivos orales solo de progestina (AOPS)

Definición: Son píldoras que contienen bajas dosis de progestinas, no contienen estrógenos y que se ingieren diariamente en forma continua.

Descripción o tipo

Existen 2 formulaciones:

- 500 mcg. de linestrenol.
- 75 mcg. de desogestrel (11).

Duración del efecto anticonceptivo: La protección anticonceptiva depende del uso diario y continuo. Si se omiten 1 ó más tabletas el método no es efectivo (11).

b. Anticonceptivos inyectables solo de progestina

Definición: Los anticonceptivos hormonales inyectables son métodos que contienen solamente una progestina sintética (no contienen estrógeno). Son de larga duración, que se aplican cada dos ó tres meses, según el tipo de inyectable (11).

Descripción o tipo

Existen 3 formulaciones diferentes:

- 200 mg. de enantato de noretisterona (NET-EN) en ampollas de 1 ml. de solución oleosa.
- 150 mg. de acetato de medroxiprogesterona microcristalina (DMPA) en ampollas de 3 ml. de suspensión acuosa.
- 104 mg de acetato de medroxiprogesterona subcutánea (11).

Duración del efecto anticonceptivo: La protección anticonceptiva conferida por el NET-EN se extiende por lo menos a 60 días después de su aplicación. La protección anticonceptiva conferida por el (DMPA, tanto intramuscular como subcutáneo, se extiende hasta por lo menos 90 días después de su aplicación (11).

c. Anticonceptivos subdérmicos solo de progestina

Definición: Es un método anticonceptivo temporal, de acción prolongada, de aplicación subdérmica y que contiene una progestina sintética (no contiene estrógeno) la cual es liberada a dosis diarias muy pequeñas en forma controlada para alcanzar el efecto anticonceptivo deseado (11).

Descripción: Los implantes que se usan en la actualidad son:

- Dos cilindros de silastic (hule de silicón) de 75 mg. de levonorgestrel cada uno, para un total de 150 mg.
- Un cilindro de 68 mg.de etonorgestrel.
- Dos varillas flexibles hechas de elastómero de silicona, cada una contiene 75 mg. de levonorgestrel (11).

Duración del efecto anticonceptivo: El efecto anticonceptivo con la utilización del implante de dos cilindros de levonorgestrel es de cinco años, con el de un cilindro de etonorgestrel es de 3 años y el de dos varillas flexibles ha sido aprobado para 4 años. En mujeres que pesan 80 o más kilogramos el implante de dos cilindros de levonorgestrel pierde eficacia después de cuatro años de uso (11).

d. Anillo vaginal liberador de progesterona

Este es un método nuevo, se utiliza para ampliar la eficacia anticonceptiva de la amenorrea de la lactancia entre las mujeres que amamantan. Los anillos vaginales de progesterona se insertan en la vagina para un uso continuo de hasta tres meses y se cambian por uno nuevo si la lactancia continúa y se desea prolongar la anticoncepción (11).

Dispositivo intrauterino de cobre y hormonales

Definición: Es un método temporal de planificación familiar que consiste en insertar un dispositivo dentro de la cavidad uterina. Los DIU (dispositivos intrauterinos) son pequeños dispositivos fabricados de polietileno flexible con hilos que facilitan su colocación y extracción (11).

Descripción o tipo: Existen los no medicados o inertes y los medicados que a su vez pueden ser con cobre o liberadores de hormonas (levonorgestrel) estos últimos liberan constantemente pequeñas cantidades de hormona esteroidea en el útero (11).

Mecanismo de acción: El cobre contenido en el dispositivo genera una reacción a cuerpo extraño en el endometrio lo que afecta la viabilidad y la motilidad de los espermatozoides, impidiendo la fecundación (11).

Duración del efecto anticonceptivo: La protección anticonceptiva se inicia inmediatamente después de su inserción y el efecto de la TCU-380A dura hasta 12 años. La duración de los DIU hormonales es de cinco años (11).

Métodos de barrera

Definición: Son métodos temporales que impiden la fecundación.

a. Condones

- **Condón masculino:** Es una bolsa delgada hecha de poliuretano o látex, lubricado con sustancias inertes, tiene la función de cubrir el pene durante el acto sexual no dejando que el semen entre en contacto con la vagina. Algunos contienen espermaticidas.
- **Condón femenino:** consiste en un tubo de poliuretano fuerte, lubricado, cerrado en un extremo, de unos 15 cm. de largo y 7 cm. de diámetro.

Efectividad: para el condón masculino es del 85 % al 97%. En el caso del condón femenino del 79% al 95%.

b. Espermaticidas

Son barreras químicas formadas por 2 componentes: 1 químico, frecuentemente el nonoxynol-9 y otro inerte. Pueden ser tabletas, óvulos, espumas, jaleas o gel en tubo con su aplicador.

3. Métodos Permanentes

Definición: Son aquellos que evitan de manera definitiva el embarazo y son recomendados para las personas que ya no desean tener más hijos (11).

Esterilización quirúrgica femenina

Es un método permanente que evita la fertilidad en la mujer. Es un procedimiento quirúrgico en el que las trompas de Falopio, que transportan el óvulo desde el ovario hasta el útero, se bloquean (se atan y se cortan, se cauterizan o se cierran con un anillo o grapa) (11).

Efectividad: la tasa de falla durante el primer año de uso es de 0.2% al 0.5% durante el primer año de uso.

Esterilización masculina: vasectomía

Es un procedimiento de cirugía menor que consiste en la oclusión bilateral de los conductos deferentes, con el fin de evitar el paso de los espermatozoides hacia el semen.

Duración: la vasectomía no es efectiva en forma inmediata, pueden encontrarse espermatozoides hasta 3 meses después del procedimiento.

Efectividad: las tasas de embarazo son alrededor de 2 a 3 por 100 mujeres en el primer año siguiente a la vasectomía (11).

4. Anticoncepción de emergencia (PAE)

Definición: No es un método anticonceptivo; deben usarse dentro de las primeras 120 horas posteriores a una relación sexual sin protección, cuanto más pronto se tomen después de la relación sexual sin protección, más eficaces son.

1. Anticonceptivos orales combinados. La presentación disponible contiene 35 microgramos de etinil-estradiol y 150 microgramos de levonorgestrel.
2. Anticonceptivos orales que contienen sólo progestina: 750 microgramos de levonorgestrel y de 1.5 mg de levonorgestrel (11).

Efectividad: Previene el 75% de los embarazos. La efectividad de la anticoncepción de emergencia aumenta considerablemente entre más pronto se recurra a su uso (11).

Uso de anticonceptivos orales combinados (Régimen de Yuzpe): 2 dosis, administradas con un intervalo de 12 horas, dentro de las 120 horas que siguen a la relación sexual no protegida; cada una de estas dosis debe contener 100 microgramos de etinil-estradiol y 0.5 mg de levonorgestrel (11).

B. Factores De Riesgo

El embarazo en la adolescencia, como problema de salud, tiene factores de riesgo estudiados y agrupados con relación a sus características multifactoriales. La clasificación en individuales, familiares, socioeconómicos, culturales y psicológicos es una clasificación propuesta por Castro Espín (14).

Factores individuales

Dentro de los factores individuales se debe de tomar la personalidad inestable, baja autoestima, pubertad precoz, dificultad para planear proyectos de vida a largo plazo, necesidad afectiva, conducta de riesgo, abuso de alcohol y drogas (14) (15).

Factores familiares

En los factores familiares puede existir que dentro del núcleo haya una madre ausente, un padre ausente, madre con embarazo en la adolescencia, hermana adolescente embarazada, poca comunicación familiar, familia disfuncional, familia en crisis, familiar con enfermedad crónica (14) (15).

Factores culturales

En estos es importante destacar el machismo y determinar si la fue obligada por la pareja a tener hijos. Además de estudiar el bajo nivel cultural y abandono del estudio (14).

Factores psicológicos

En cuanto a los factores psicológicos es necesario determinar la necesidad de probar su fecundidad, incapacidad para comprender las consecuencias de su iniciación sexual precoz (14).

Factores económicos

En los factores económicos es importante marcar la fuente de ingresos familiares; si está es totalmente por el padre, por la madre, por la pareja o por ambos e incluso acentuar la cantidad de ingresos mensuales (15).

El indicador oficial para medir la pobreza en el país es el indicador de pobreza por ingresos. Por medio de este método, la identificación de quienes padecen pobreza se obtiene comparando el ingreso per cápita con una línea de pobreza, que en el país está dada por el costo de una Canasta Básica Alimentaria (CBA) para determinar la pobreza extrema; y dos veces el costo de la CBA (llamada canasta ampliada) para determinar pobreza relativa (15).

La CBA se define como el conjunto de productos considerados básicos en la dieta de la población residente en el país, en cantidades suficientes para cubrir adecuadamente, las necesidades energéticas y proteicas del individuo promedio (15).

Entre los indicadores más relevantes que se obtienen a través de la Encuesta de Hogares de Propósitos múltiples (EHPM), está el de la pobreza monetaria, el cual se clasifica en extrema y relativa; y como parámetro se emplea el valor de la Canasta Básica Alimentaria (CBA) (15).

En pobreza extrema se ubican aquellos hogares que con su ingreso per cápita no alcanzan a cubrir el costo per cápita de la Canasta Básica Alimentaria (CBA) y en pobreza relativa los hogares que con su ingreso per cápita no alcanzan a cubrir el costo de la CBA ampliada (dos veces el valor de la CBA) (15).

El costo de la CBA per cápita mensual en el área urbana en El Salvador para el año 2020 fue de \$55.05 y la rural de \$34.80 (16).

Tabla 1. Clasificación de pobreza.

Nivel de pobreza	Condición
Extrema	Ingreso per cápita por miembro por debajo de la CBA
Relativa	Ingreso per cápita por miembro por debajo de CBA ampliada (dos veces la CBA)
No pobreza	Ingreso per cápita por miembro por arriba de CBA ampliada (dos veces el CBA)

Fuente: (15)

C. Factores de riesgo asociados a embarazadas adolescentes

En el año 2021, se realizó un estudio en el Consejo Popular José Martí, Isla de la Juventud, Cuba, sobre factores de riesgo asociados a embarazadas adolescentes. Dicho estudio es de tipo descriptivo, de corte longitudinal y prospectivo, enero 2015 - diciembre 2017 y se tomaron en cuenta 23 embarazadas adolescentes (14).

Los resultados de esta investigación fueron los siguientes: Los factores de riesgo de tipo individuales que determinaron el embarazo en estas adolescentes, tuvo un mayor predominio la dificultad para planear proyectos futuros, con un 78.2%, le sigue la necesidad afectiva con un 65.2% y en tercer lugar, baja autoestima con 39.1% (14).

Referente a los factores de riesgo de tipo familiar que motivaron el embarazo en estas adolescentes se encontró un mayor predominio en la poca comunicación entre la familia y la adolescente, con un 82.6 % e hija de una madre con algún embarazo en la adolescencia, con un 56.5%. Con respecto a los factores de riesgo de tipo socio-económicos que condicionaron el embarazo en estas adolescentes, se observa el per cápita familiar bajo como el de mayor preponderancia, con un 73.9 % (14).

Con respecto a los factores de riesgo de tipo cultural que originaron el embarazo en estas adolescentes, se aprecia predominio del bajo nivel educacional, con un 78.2 % y le sigue el abandono del estudio con un 69.5%. Los factores de riesgo de tipo psicológicos que motivaron el embarazo en estas adolescentes tuvo un mayor predominio la incapacidad para entender las consecuencias de la iniciación precoz de las relaciones sexuales, con un 73.9 % (14).

En una Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Sonsonate, El Salvador, se llevó a cabo un estudio sobre “factores de riesgo de embarazo en adolescentes en edades comprendidas entre 10-19 años en control prenatal en dicha unidad de salud en el periodo entre marzo-agosto 2017”. Es un estudio tipo cuantitativo trasversal descriptivo y se tomaron en cuenta 69 adolescentes embarazadas (17).

Los resultados de esta investigación fueron los siguientes: Dentro de los factores individuales que determinaron el embarazo de estas adolescentes predominó la confusión para planear proyectos a futuro con un 61% y en segundo lugar, una autoestima media baja con un 41%. En cuanto a los factores de riesgo económicos, el 36% de las embarazadas perciben un ingreso inferior a los \$98 y 32% perciben ingresos entre \$98 y \$251; y la fuente principal de estos es la pareja con un 36% y le sigue la madre con un 31% (17).

En relación a los factores de riesgo de tipo familiar que propiciaron el embarazo en estas adolescentes, se observa que el 71% de las adolescentes tienen familiares con antecedentes de embarazos precoces, un 70% de las adolescentes embarazadas refiere que no hay disciplina en sus hogares y 12% de estas adolescentes ha sido víctima de violencia intrafamiliar (17).

Los factores de riesgo de tipo cultural que conllevaron al embarazo en estas adolescentes, tuvo mayor predominio el abandono del estudio con un 68% y le sigue el nivel de educación de primaria con un 48% (17).

D. Estudios sobre el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos

En el año 2019, se realizó un estudio en adolescentes de medio rural en Veracruz, México sobre nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. Dicho estudio es de tipo observacional, descriptivo y transversal. Fueron incluidos adolescentes con un rango de edad entre 15 a 19 años y fueron entrevistados 171 adolescentes, donde el nivel de conocimiento determinado por el cuestionario resultó alto en 43 sujetos (27.2%), medio en 61 sujetos (38.6%), bajo en 49 sujetos (31%) y nulo en 5 sujetos (3.2%) (18).

En otro estudio realizado en adolescentes de un Centro de Salud Mexicano, un estudio observacional, descriptivo y transversal. Donde se incluyeron adolescentes de 15 a 19 años con vida sexual activa que asistieron al Centro de Salud de la Ciudad de México durante los meses septiembre y octubre del 2018. Se entrevistó a un total de 120 adolescentes donde se obtuvo como resultado que respecto al conocimiento adecuado de métodos anticonceptivos fue de un conocimiento medio (60.8%), conocimiento bajo (23.3%) y conocimiento nulo (15.9%) (19).

E. Hipótesis

Hipótesis 1

H0: El factor de riesgo individual está relacionado con el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos.

H1: El factor de riesgo individual no está relacionado con el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos.

Hipótesis 2

H0: El factor de riesgo familiar está relacionado con el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos.

H1: El factor de riesgo familiar no está relacionado con el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos.

Hipótesis 3

H0: El factor de riesgo cultural está relacionado con el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos.

H1: El factor de riesgo cultural no está relacionado con el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos.

Hipótesis 4

H0: El factor de riesgo económico está relacionado con el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos.

H1: El factor de riesgo económico no está relacionado con el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos.

Hipótesis 5

H0: El factor de riesgo psicológico está relacionado con el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos.

H1: El factor de riesgo psicológico no está relacionado con el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos.

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

A. Enfoque y tipo de investigación

El tipo de enfoque que se aplicó en el presente trabajo de investigación fue cuantitativo, porque se recogió información de una situación particular y se comparó con hipótesis preestablecidas; a partir de los cuales se crearon las variables e indicadores a medir.

La investigación fue de tipo correlacional, ya que el propósito fue medir el grado que existe entre dos o más variables que se van a sustentar con las hipótesis sometidas a la prueba. Asimismo, fue de tipo descriptivo, ya que esta información fue recolectada sin cambiar o manipular el entorno y la población a estudiar.

Según la secuencia temporal, el corte de la investigación fue de tipo transversal, ya que el estudio midió el nivel de conocimiento en una muestra poblacional en un solo momento temporal; es decir de mayo a junio 2022.

B. Sujetos y objetos de estudio

1. Unidades de análisis:

Todas las mujeres adolescentes embarazadas que consultaron en el periodo de mayo a junio del 2022 y que aceptaron participar.

2. Criterios de inclusión

- Toda aquella embarazada adolescente (10-19 años).
- Que haya estado inscrita en controles prenatales en la U/S Dr. Carlos Díaz del Pinal.

- Adolescentes embarazadas que otorgaron su asentimiento para participar en el estudio.
- Padres o encargados de las adolescentes que otorgaron su consentimiento para participar en el estudio.

3. Criterios de exclusión

- Adolescentes embarazadas que no aceptaron participar en el estudio.
- Adolescentes embarazadas mentalmente discapacitadas o que no pudieron brindar la información requerida.
- Padres o encargados de las adolescentes que no otorgaron su consentimiento para participar en el estudio.

4. Variables e indicadores

Matriz de congruencias

Tema: Factores de riesgo en adolescentes embarazadas y su relación con el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos				
Enunciado del problema: ¿Cuáles son los factores de riesgo más frecuentes en adolescentes embarazadas y su relación con el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos en la Unidad de Salud Especializada “Dr. Carlos Díaz del Pinal” de El Salvador durante el periodo mayo - junio 2022?				
Objetivo general: Determinar los factores de riesgo más frecuentes en adolescentes embarazadas y su relación con el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos en la Unidad de Salud Especializada “Dr. Carlos Díaz del Pinal” de El Salvador durante el periodo mayo - junio 2022				
Objetivos Específicos	Variables	Conceptualización de Variables	Operacionalización de Variables	Indicadores
Indagar sobre los factores de riesgo individuales, familiares, culturales, económicos y psicológicos en adolescentes embarazadas.	Factores de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> • Individuales • Familiares • Culturales • Económicos • Psicológicos 	Factores de riesgo: <p>Individuales: Características o cualidades de un sujeto, que determinan una mayor probabilidad de daño a la salud (20).</p>	$\frac{\text{Total de adolescentes con personalidad inestable}}{\text{Total de adolescentes}} \times 100$ $\frac{\text{Total de adolescentes con baja autoestima}}{\text{Total de adolescentes}} \times 100$ $\frac{\text{Total de adolescentes que tuvieron pubertad precoz}}{\text{Total de adolescentes}} \times 100$ $\frac{\text{Total de adolescentes con dificultad para planear proyectos a futuro}}{\text{Total de adolescentes}} \times 100$	% de adolescentes con personalidad inestable % de adolescentes con baja autoestima % de adolescentes que tuvieron pubertad precoz % de adolescentes con dificultad para planear proyectos a futuro
		<p>Familiares: la probabilidad de que se presenten consecuencias adversas individuales o familiares (enfermedad, desorganización o disfunción),</p>	$\frac{\text{Total de adolescentes con necesidad afectiva}}{\text{Total de adolescentes}} \times 100$ $\frac{\text{Total de adolescentes con madre ausente}}{\text{Total de adolescentes}} \times 100$ $\frac{\text{Total de adolescentes con padre ausente}}{\text{Total de adolescentes}} \times 100$	% de adolescentes con necesidad afectiva % de adolescentes con madre ausente % de adolescentes con padre ausente

		debido a la presencia de algunas características detectadas (21).	$\frac{\text{Total de adolescentes con madre y/o hermana con embarazo adolescente}}{\text{Total de adolescentes}} \times$ $\frac{\text{Total de adolescentes con poca comunicacion familiar}}{\text{Total de adolescentes}} \times 100$	<p>% de adolescentes con madre y/o hermana con embarazo adolescente</p> <p>% de adolescentes con poca comunicación familiar</p>
		<p>Culturales: Es la posibilidad de que se produzca una percepción equivocada de la realidad y del funcionamiento de una sociedad distinta a la nuestra (22)</p>	$\frac{\text{Total de adolescentes con machismo familiar}}{\text{Total de adolescentes}} \times 100$ $\frac{\text{Total de adolescentes con bajo nivel cultural}}{\text{Total de adolescentes}} \times 100$ $\frac{\text{Total de adolescentes con abandono del estudio}}{\text{Total de adolescentes}} \times 100$	<p>% de adolescentes con machismo familiar</p> <p>% de adolescentes con bajo nivel cultural</p> <p>% de adolescentes con abandono del estudio</p>
		<p>Económicos: probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido al estar en desventaja económica.</p>	$\frac{\text{Total de adolescentes con pobreza extrema}}{\text{Total de adolescentes}} \times 100$ $\frac{\text{Total de adolescentes con pobreza relativa}}{\text{Total de adolescentes}} \times 100$ $\frac{\text{Total de adolescentes sin pobreza}}{\text{Total de adolescentes}} \times 100$	<p>% de adolescentes con pobreza extrema</p> <p>% de adolescentes con pobreza relativa</p> <p>% de adolescentes sin pobreza</p>

		Psicológicos: manera de sentir, pensar y de comportarse de una persona que puede llegar a ser un riesgo para la salud (22).	$\frac{\text{Total de adolescentes incapaces de comprender las consecuencias de la iniciación sexual precoz}}{\text{Total de adolescentes}} \times 100$ $\frac{\text{Total de adolescentes con necesidad de probar su fecundidad}}{\text{Total de adolescentes}} \times 100$	<p>% de adolescentes incapaces de comprender las consecuencias de iniciación sexual precoz</p> <p>% de adolescentes con necesidad de probar su fecundidad</p>
Medir el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas.	Conocimiento de métodos anticonceptivos	Mide el grado de conocimiento de métodos anticonceptivos (23).	$\frac{\text{Total de adolescentes con acierto a condon como metodo de prevencion de ETS}}{\text{Total de adolescentes}} \times 100$ $\frac{\text{Total de adolescentes con acierto a uso de condón más de una vez}}{\text{Total de adolescentes}} \times 100$ $\frac{\text{Total de adolescentes con acierto a uso de pastilla de emergencia}}{\text{Total de adolescentes}} \times 100$ $\frac{\text{Total de adolescentes con acierto a uso de hormonas orales}}{\text{Total de adolescentes}} \times 100$ $\frac{\text{Total de adolescentes con acierto a colocación de implante subdérmicos}}{\text{Total de adolescentes}} \times 100$ $\frac{\text{Total de adolescentes con acierto a duración del DIU}}{\text{Total de adolescentes}} \times 100$ $\frac{\text{Total de adolescentes con acierto a colocación del DIU}}{\text{Total de adolescentes}} \times 100$	<p>% de adolescentes con acierto a condón como método de prevención de ETS</p> <p>% de adolescentes con acierto a uso de condón más de una vez</p> <p>% de adolescentes con acierto a uso de pastilla de emergencia</p> <p>% de adolescentes con acierto a uso de hormonas orales</p> <p>% de adolescentes con acierto a colocación de implantes subdérmicos</p> <p>% de adolescentes con acierto a duración del DIU</p> <p>% de adolescentes con acierto a colocación del DIU</p>

			$\frac{\text{Total de adolescentes con acierto a aplicación de hormonas inyectables}}{\text{Total de adolescentes}} \times 100$ $\frac{\text{Total de adolescentes con acierto a esterilización quirúrgica como método permanente}}{\text{Total de adolescentes}} \times 100$	<p>% de adolescentes con acierto a aplicación de hormona inyectables</p> <p>% de adolescentes con acierto a esterilización quirúrgica como método permanente de anticoncepción</p>
Relacionar los factores de riesgo individuales, familiares, culturales, económicos y psicológicos en adolescentes embarazadas y el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos	Relación	Correspondencia o conexión que hay entre dos o más cosas (24).	Test de Fisher	<p>Se utiliza Test de Fisher porque los resultados esperados fueron menor a 5.</p> <p>Sí p <0.05, se rechaza la hipótesis nula</p> <p>Sí p >0.05, no se rechaza la hipótesis nula</p>

Fuente: realizado por grupo investigador

Matriz de reactivos

Tema: Factores de riesgo en adolescentes embarazadas y su relación con el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos				
Objetivo general: Determinar los factores de riesgo más frecuentes en adolescentes embarazadas y su relación con el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos en la Unidad de Salud Especializada “Dr. Carlos Díaz del Pinal” de El Salvador durante el periodo mayo - junio 2022				
Objetivos Específicos	Variables	Indicadores	Reactivos o Ítems	Opciones de respuesta
Indagar sobre los factores de riesgo individuales, familiares, culturales, económicos y psicológicos en adolescentes embarazadas.	Individuales	% de adolescentes con personalidad inestable	7. ¿Usted cambia de tarea o no continúa con la misma ante una dificultad en sus proyectos?	-si -no
		% de adolescentes con baja autoestima	8. ¿Se considera incomprendida la mayoría de las veces en las relaciones con sus compañeros?	-si -no
		% de adolescentes con pubertad precoz	9. ¿Cree poder gustarle a esa persona que le interesa?	-si -no
		% de adolescentes con dificultad para planear proyectos a futuro	10. ¿Vio su primera menstruación antes de los 8 años de edad?	-si -no
		% de adolescentes con necesidad afectiva	11. No he pensado seguir estudiando, prefiero casarme o tener hijos.	-si -no
	Familiares	% de adolescentes con madre ausente	12. ¿Siente soledad en ciertas ocasiones?	-si -no
		% de adolescentes con padre ausente	13. ¿Siente que sus familiares/amigos no la aprecian?	-si -no
		% de adolescentes con madre ausente	14. ¿Vivía con su madre antes de quedar embarazada?	-si -no
		% de adolescentes con padre ausente	15. ¿Vivía con su papá antes de quedar embarazada?	-si -no
		% de adolescentes con madre ausente		

		% de adolescentes con madre y/o hermana con embarazo adolescente	16. ¿Su mamá/hermana tuvo un embarazo en su adolescencia?	-si -no
		% de adolescentes con poca comunicación familiar	17. ¿Sus padres se preocupan por usted?	-si -no
			18. ¿Sus padres apoyan sus decisiones?	-si -no
			19. ¿Sus padres la aconsejan sobre el futuro?	-si -no
	Económicos	% de adolescentes con pobreza extrema	20. ¿Cuál es el salario mensual de su hogar?	abierta
		% de adolescentes con pobreza relativa	21. ¿Cuántos miembros viven en su hogar?	abierta
		% de adolescentes sin pobreza	6. Área	-Urbana -Rural
	Culturales	% de adolescentes con machismo familiar	22. ¿La decisión de quedar embarazada fue de su pareja?	-si -no
		% de adolescentes con bajo nivel cultural	5. Escolaridad:	-Primaria -Secundaria -Universidad -Nunca he estudiado
			23. ¿Puede leer y escribir?	-si -no
	Psicológicos	% de adolescentes con abandono del estudio	24. ¿Ha abandonado el estudio en algún momento?	-si -no
		% de adolescentes con necesidad de probar su fecundidad	25. ¿Dudaba sobre su capacidad de tener hijos antes de su embarazo?	-si -no

		% de adolescentes incapaces de comprender las consecuencias de iniciación sexual precoz	<p>26. ¿Tuvo dificultades para quedar embarazada?</p> <p>27. ¿Tenía conocimiento sobre los riesgos de las relaciones sexuales en la adolescencia?</p> <p>28. ¿Sabía cómo protegerse para no quedar embarazada?</p> <p>29. ¿Recibió información sobre el embarazo y/o los métodos anticonceptivos por sus padres o en la escuela?</p>	<p>-si -no</p> <p>-si -no</p> <p>-si -no</p> <p>-si -no</p>
Medir el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas.	Conocimiento de métodos anticonceptivos	<p>% de adolescentes con acierto a condón como método de prevención de ETS</p> <p>% de adolescentes con acierto a uso de condón más de una vez</p> <p>% de adolescentes con acierto a uso de pastilla de emergencia</p> <p>% de adolescentes con acierto a uso de hormonas orales</p>	<p>31. Método anticonceptivo que previene enfermedades de transmisión sexual como VIH/SIDA</p> <p>32. En la relación sexual, ¿el mismo condón se puede utilizar más de una vez?</p> <p>33. En caso de tener relaciones sexuales sin protección ¿Cuándo debe tomarse la pastilla de emergencia para ser efectiva?</p> <p>34. ¿Cómo se tienen que tomar los anticonceptivos orales (pastillas)?</p>	<p>Abierta</p> <p>-Si -No -No se</p> <p>-En cualquier momento -Antes de las 72 horas y son más eficaces antes de las 24 horas -Durante las primeras dos semanas -No se</p> <p>-Se toman dos tabletas cada 3 días</p>

				<p>por 21 días con 7 días de descanso sin medicación</p> <p>-Se toma una tableta cada semana, seguidos de una semana de descanso sin medicación</p> <p>-Se toma una tableta diaria durante 21 días consecutivos, seguidos de 7 días de descanso sin medicación</p> <p>-No se</p>
		% de adolescentes con acierto a colocación de implantes subdérmicos	35. ¿Dónde se coloca el implante subdérmico?	<p>-Brazo</p> <p>-Útero</p> <p>-Muslo</p> <p>-No se</p>
		% de adolescentes con acierto a duración del DIU	36. ¿Por cuánto tiempo funciona el DIU (Dispositivo intrauterino)?	<p>-De 3 a 7 años</p> <p>-De por vida</p> <p>-1 año</p> <p>-No se</p>
		% de adolescentes con acierto a colocación del DIU	37. ¿Dónde se coloca el DIU?	<p>-Brazo</p> <p>-Útero</p> <p>-Muslo</p> <p>-No se</p>
		% de adolescentes con acierto a aplicación de hormona inyectables	38. ¿Dónde y cada cuanto se aplican las hormonas inyectables?	<p>-Se aplican dependiendo del hormonal inyectable, puede ser cada mes, cada dos meses o cada tres meses y se</p>

		% de adolescentes con acierto a esterilización quirúrgica como método anticonceptivo permanente	39. La esterilización femenina y masculina son métodos anticonceptivos permanentes	<p>aplican en la región glútea (nalga)</p> <p>-Se aplican cada 6 meses en cualquier parte del cuerpo</p> <p>-Se aplican cada año en el brazo</p> <p>-No se</p> <p>-si</p> <p>-no</p>
--	--	---	--	--

Fuente: realizado por grupo investigador

C. Técnicas, materiales e instrumentos

1. Técnicas y procedimientos para la recopilación de la información

La técnica que se utilizó fue la encuesta y su instrumento, el cuestionario, que se aplicó a las embarazadas adolescentes que hayan cumplido los criterios de inclusión.

2. Instrumentos de registro y medición

El cuestionario que se aplicó a las embarazadas adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión constó de 39 preguntas. Este fue leído detenidamente y contestado con honestidad; donde se realizaron 3 preguntas abiertas y 36 preguntas cerradas. En la primera parte se obtuvieron los datos de información personal como edad, estado civil, ocupación, religión, escolaridad y área donde habita. Seguido de preguntas relacionadas a los factores de riesgo individuales evaluado por las preguntas 7 a la 13; factores familiares medidos por las preguntas 14 a la 19; factores culturales contemplados por las preguntas 22-23 y 5; factores económicos evaluado por las preguntas 6, 20-21 y por último los factores psicológicos evaluados por la preguntas 24 a la 29. Respondiendo al primer objetivo específico.

En la última parte se realizarán las preguntas relacionadas al conocimiento de métodos anticonceptivos evaluado por la pregunta 31 a la 39. Respondiendo al segundo objetivo específico.

El nivel de conocimiento se clasificó en alto, medio y bajo. Al dividir el percentil 100 en tres categorías, se obtiene el percentil 33 y el percentil 66. Se elaboró una escala con los valores ubicados en la posición de estos percentiles:

- Si el valor de respuestas correctas se encuentre por debajo del valor que ocupar el percentil 33: nivel de conocimiento bajo.
- Si el valor promedio de respuestas correctas se encuentra entre los valores que ocupan el 33 v 66 percentil: Nivel de conocimiento medio
- Si el valor promedio de respuestas correctas se encuentra por encima del valor que ocupa el percentil 66: Nivel de conocimiento alto

VER ANEXO 1

Este cuestionario ha sido validado en el extranjero y para efectos de esta investigación, ha sido validado nuevamente por dos expertos. VER ANEXO 2

Además, se realizó una prueba piloto a 58 adolescentes embarazadas en la Unidad de Salud Intermedia Zacamil y en la Unidad de Salud Intermedia Casa del Niño, para determinar si había una adecuada comprensión de los ítems e indicaciones. Esto nos permitió realizar las pertinentes modificaciones para el momento en que este se realizara con la población muestra elegida para la investigación.

3. Aspectos éticos de la investigación

Se solicitó consentimiento informado a los padres o encargados de las adolescentes embarazadas; así como un asentimiento informado a las adolescentes que aceptaron voluntariamente participar en la investigación previo al llenado de la encuesta. En el caso de las encuestas a mujeres emancipadas se invitaron a participar a mujeres con 18 o más años, y a menores emancipadas, que estén en condiciones de responder y a menores no emancipadas.

Se consideró como menor emancipada aquellas personas que no han alcanzado la mayoría de edad, establecida en 18 años por las leyes de El Salvador, pero que ha asumido responsabilidades de adulto por el hecho de haber dejado la casa de sus

padres y ya no vivir bajo su tutela o la tutela de un tutor legal y por no depender económicamente de ellos; conjuntamente con al menos una de las tres situaciones siguientes: mantenerse a sí mismo, haberse unido en matrimonio o por unión de hecho a una pareja y/o engendrado hijos con ella. A las menores no emancipadas se solicitó su asentimiento verbal y el consentimiento firmado por sus padres o tutores legales.

Dicho consentimiento contenía cuatro puntos importantes: el primero, mencionaba el anonimato absoluto de la encuestada. El segundo, la información que se obtuviera en la encuesta no se utilizaría para poner en riesgo la integridad física ni emocional del encuestado; solamente se utilizará con fines académicos. El tercero, se le explicó a la encuestada su participación en la investigación. El cuarto punto, si el encuestado en algún momento tomaba la decisión retirarse del proceso de la investigación, era libre de hacerlo sin ningún impedimento.

La presente investigación fue revisada por el comité local de ética de la Universidad Evangélica de El Salvador.

VER ANEXO 3

D. Procesamiento y análisis de la información

Los datos fueron almacenados en una base de datos en Microsoft Excel 2013, mismo donde se realizó el análisis estadístico e inferencial, mismo para el cual se utilizó el Test de Fisher (sí $p > 0.05$, no se rechaza la hipótesis nula).

E. Cronograma de actividades

El cronograma de actividades se muestra en el ANEXO 4.

F. Presupuesto

El presupuesto de la investigación fue el siguiente: VER ANEXO 5

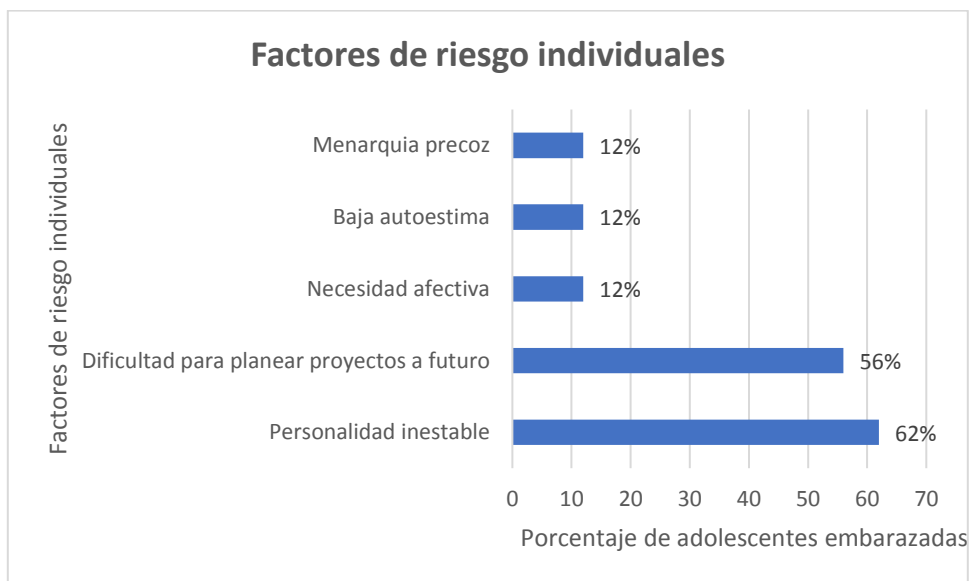
CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

A. Resultados

Estadística descriptiva

Se realizó un estudio de investigación en un total de 16 adolescentes embarazadas que consultaron para controles prenatales en la UCSF Dr. Carlos Díaz del Pinal en Santa Tecla en el periodo de mayo a junio del 2022. Se tomaron en cuenta edades de 10 a 19 años; los datos fueron asimétricos negativos, con un coeficiente de asimetría de 0.25. La mediana de la edad fue de 17 años, la edad mínima fue de 15 y la máxima de 19. El estado civil de la mayoría (56%) fue acompañada y el 44% soltera. La ocupación más frecuente fue estudiante (44%) y ama de casa (31%). El 56% de las adolescentes embarazadas practicaban el cristianismo y el 31% ninguna religión.

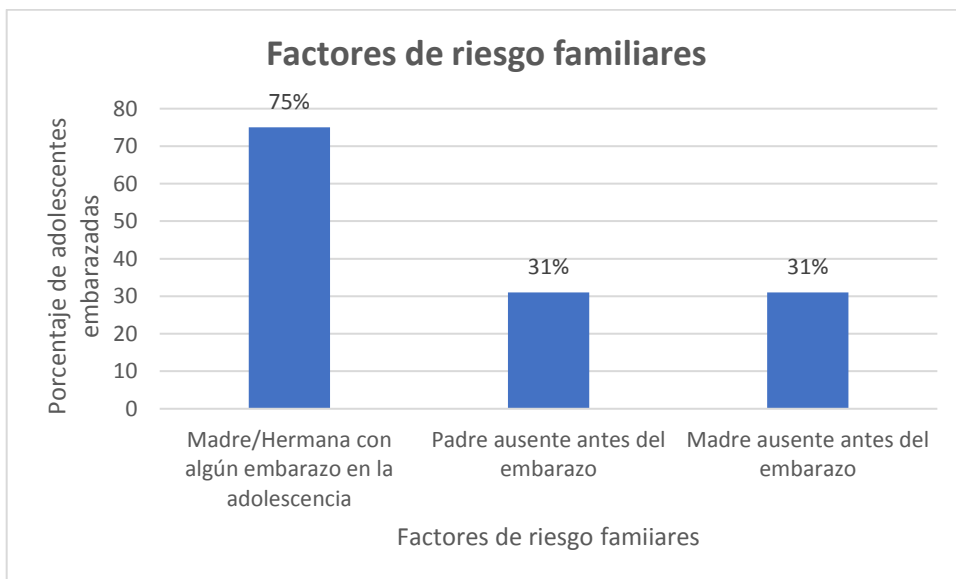
a) Gráfico 1. Factores de riesgo individuales en las adolescentes embarazadas UCSF Dr. Carlos Díaz del Pinal mayo-junio 2022.



Fuente: encuesta realizada por equipo investigador

En el gráfico 1, se observa que la mayoría de las adolescentes embarazadas (62%) tenía personalidad inestable y el 56% presentó dificultad para planear proyectos a futuro.

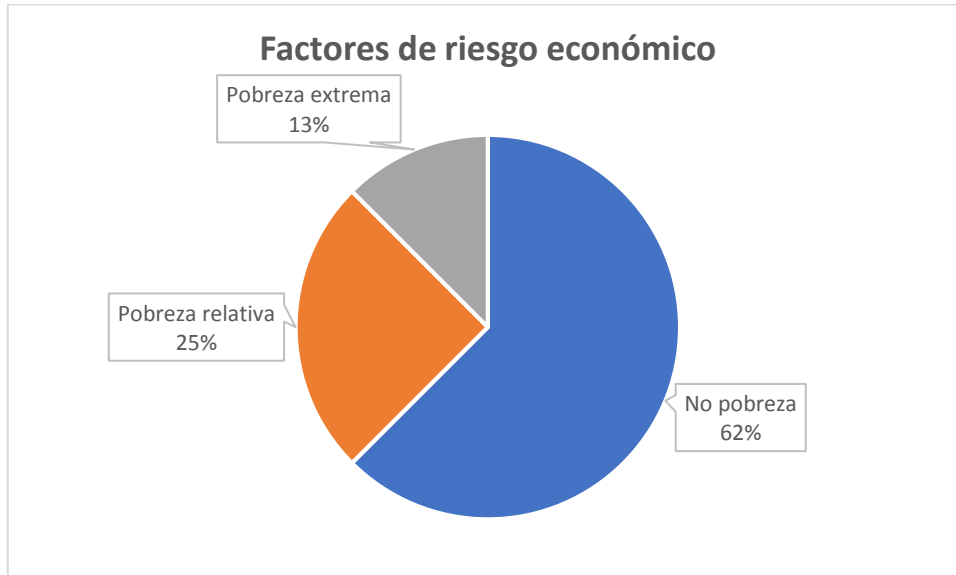
b) Gráfico 2. Factores de riesgo familiares en las adolescentes embarazadas UCSF Dr. Carlos Díaz del Pinal mayo-junio 2022.



Fuente: encuesta realizada por equipo investigador

En el gráfico 2, se establece que el 75% de las adolescentes embarazadas encuestadas tenía antecedente de una familiar (madre o hermana) con algún embarazo en la adolescencia. El 31% de ellas presentó madre o padre ausente antes del embarazo.

c) Gráfico 3. Factor de riesgo económico en las adolescentes embarazadas UCSF
Dr. Carlos Díaz del Pinal mayo-junio 2022.



Fuente: encuesta realizada por equipo investigador

En el gráfico 3, refleja que la mayoría de las adolescentes embarazadas (62%) no presentó factor de riesgo económico, mientras que el 38% tenía algún grado de pobreza.

d) Tabla 2. Factores de riesgo culturales en las adolescentes embarazadas UCSF Dr. Carlos Díaz del Pinal mayo-junio 2022.

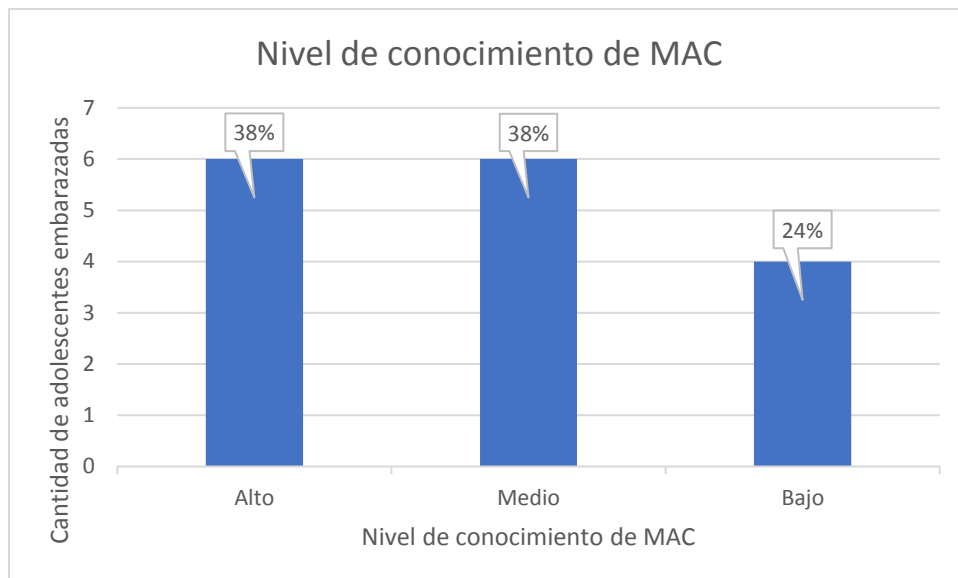
Factor de riesgo cultural	Porcentaje
Abandono de estudio	60%
Machismo	40%

Fuente: encuesta realizada por equipo investigador

En la tabla 2, se observa que el 60% de las adolescentes embarazadas manifestó haber abandonado el estudio en algún momento, y el 40% presentó machismo por parte de la pareja.

No se encontraron factores de riesgo psicológicos en las adolescentes embarazadas en la UCSF Dr. Carlos Díaz del Pinal en el periodo de mayo-junio 2022.

e) Gráfico 4. Nivel de conocimiento de MAC en las adolescentes embarazadas UCSF Dr. Carlos Díaz del Pinal mayo-junio 2022.



Fuente: encuesta realizada por equipo investigador

En el gráfico 4, se determina que del total de adolescentes embarazadas encuestadas, el 38% de estas presentó un nivel de conocimiento de MAC alto. Asimismo, otro 38% presentó un nivel de conocimiento medio.

Estadística inferencial

Para la determinación de la relación de los factores de riesgo individual, familiar, cultural, económico, psicológico con el nivel de conocimiento de MAC; se utilizó el Test de Fisher, ya que los datos esperados fueron menores al valor de 5.

La relación del factor de riesgo individual con el nivel de conocimiento de MAC tuvo un valor de $p=1$, por lo que no se rechaza la hipótesis nula, ya que este valor es mayor a 0.05. Por lo tanto, este factor de riesgo tiene relación con el nivel de conocimiento de MAC.

El factor de riesgo familiar y su relación con el nivel de conocimiento de MAC tuvo un valor de $p=1$. Esto significa que no se rechaza la hipótesis nula, por lo que el factor de riesgo familiar tiene relación con el nivel de conocimiento de MAC.

El valor de p que mide la relación del nivel de conocimiento de MAC y el factor de riesgo cultural fue de 0.60; por consiguiente, no se rechaza la hipótesis nula y este factor de riesgo está relacionado con el nivel de conocimiento de MAC.

En cuanto al factor de riesgo económico y su relación con el nivel de conocimiento de MAC, se encontró un valor de $p=0.30$. Esto indica que no se rechaza la hipótesis nula, de modo que sí existe relación entre estos.

Con respecto al factor psicológico, no se buscó relación debido a que este factor no estaba presente.

B. Discusión de resultados

En la presente investigación, se encuentra que respecto al factor individual, el 62% de las adolescentes embarazadas presenta personalidad inestable; mientras que la investigación llevada a cabo por García (14) en el Consejo Popular José Martí (CPJM), Cuba, demuestra que el 34% de las encuestadas presentó el mismo indicador. No se encuentra causalidad en la diferencia de estos valores. Sin embargo, en ambas investigaciones se presenta este factor en porcentaje moderado.

En el proyecto de investigación de la UCSF Dr. Carlos Díaz del Pinal, en cuanto al factor familiar, se calcula que el 75% de las adolescentes embarazadas tienen el antecedente de un familiar (hermana o madre) de embarazo en la adolescencia; mientras que, el estudio realizado por García (14), esto se evidencia en un 57% del mismo factor. Esto demuestra que en ambas investigaciones, este factor está presente en un porcentaje significativo. Probablemente, esto sea resultado de una herencia cultural en la cual sea normalizado el embarazo en esa etapa.

Además, se encuentra que en la investigación de la UCSF Dr. Carlos Díaz del Pinal, el factor cultural demuestra que un 60% de las adolescentes embarazadas

abandonaron el estudio en algún momento. De forma similar, el estudio de realizado por García (14) demuestra un 70% de la presencia de este factor. Posiblemente, se deba a que el embarazo no les permite continuar con sus proyectos de estudios debido a la exigencia y la dificultad que este presenta.

El presente estudio, no se evidencia factor de riesgo psicológico en las adolescentes embarazadas. Por el contrario, el factor de riesgo "incapacidad para entender las consecuencias de la iniciación precoz de las relaciones sexuales" está presente en un 74% de dichas adolescentes en la investigación desarrollada por García (14). La ausencia de este factor probablemente se deba a que actualmente, en la UCSF Dr. Carlos Díaz del Pinal, a través del Programa de Atención Integral en Salud al Adolescente, en conjunto con el Ministerio de Educación presentan programas educativos de salud sexual y reproducción dirigidos al adolescente. Por otra parte, una investigación llevada a cabo por Cercado (25) en Ecuador, señala que el 54.7% de las adolescentes embarazadas inició actividad sexual y asumió conductas generadoras de riesgo.

En cuanto al factor de riesgo económico, el 38% de las adolescentes embarazadas de la UCSF Dr. Carlos Díaz del Pinal presenta algún grado de pobreza. Sin embargo, en la investigación realizada por García (14), se observa un 74% de dichas adolescentes con un índice per cápita familiar bajo. Esta diferencia del 36% posiblemente se deba a que La Isla de Juventud, Cuba, ha tenido un retroceso de la economía de acuerdo con el Índice de Avance Municipal, el Índice de Desarrollo Humano y el Índice de Desarrollo Municipal según el estudio realizado por Domínguez (26).

En la presente investigación, se encuentra que el nivel de conocimiento de MAC en adolescentes embarazadas es 38% con nivel alto y 38% nivel medio. Mientras que,

en un estudio realizado por Pérez (18), en adolescentes de medios rurales en Veracruz, México se determina que el 39% obtuvo un nivel medio y un 31% nivel bajo. Se evidencia que el 76% de las adolescentes embarazadas en El Salvador posee cierto nivel de conocimiento sobre MAC. Esto refleja los esfuerzos del Ministerio de Salud y del Ministerio de Educación con respecto a la educación sexual y reproductiva.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. Conclusiones

En la presente investigación, se demostró que las adolescentes embarazadas presentaron factores de riesgo familiares, individuales, culturales y económicos. Dentro de los factores de riesgo familiares, predominó el antecedente de madre o hermana con algún embarazo en la adolescencia (75%); dentro del individual, personalidad inestable (62%) y dificultad para planear proyecto a futuro (56%); dentro del cultural, predominó el abandono del estudio (60%) y le sigue el machismo con 40%. La mayoría de las adolescentes embarazadas no presentó factor de riesgo económico, ya que solo el 38% mostró algún grado de pobreza (extrema o relativa). No se encontró factor de riesgo psicológico en las adolescentes embarazadas encuestadas.

Se encontró que el 76% de las adolescentes embarazadas presentan nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos medio y alto.

Se concluye que los factores de riesgo individual, familiar, cultural y económico tienen relación con el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos.

B. Recomendaciones

Ministerio de Salud

- Proveer recursos necesarios a los centros de salud para instruir a los adolescentes acerca del embarazo en la adolescencia y su prevención.
- Capacitar al personal de salud encargado de brindar atención integral al adolescente.
- Asegurar el abastecimiento de diversos MAC en todos los centros de salud.
- Planificación de proyectos con enfoque integral para la prevención del embarazo en la adolescencia y la verificación de su cumplimiento.

Ministerio de Educación

- Incluir un programa de educación sexual dentro del plan educativo nacional y fomentar abstinencia como método principal para prevenir el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual.
- Capacitar al profesorado para que brinden una adecuada orientación en educación sexual y reproductiva desde la primaria.
- Proporcionar material didáctico de educación sexual a todas las instituciones educativas para facilitar su comprensión.
- Proporcionar atención psicológica en cada centro educativo para facilitar el acceso a este y así, promover la salud mental en los estudiantes.
- Ofrecer programas individualizados a las adolescentes embarazadas como alternativa para finalizar el bachillerato.

Centros educativos

- Creación de talleres sobre salud sexual y reproductiva donde participen los adolescentes y sus padres o responsables.
- Implementación de actividades extracurriculares para reducir las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes.

- Fortalecer el desarrollo de habilidades en los adolescentes para asegurarles una mejor calidad de vida.
- Enfatizar en las consecuencias del embarazo en la adolescencia con el propósito de disolver la herencia cultural del mismo.

UCSF Dr. Carlos Díaz del Pinal

- Capacitar al personal de salud sobre temas de salud sexual y reproductiva orientados a la atención de los adolescentes.
- Indagar sobre los factores de riesgo sobre el embarazo en la adolescencia en cada consulta médica del adolescente para ofrecer orientación adecuada.
- Instruir a padres y adolescentes sobre la salud sexual y reproductiva, así como los MAC y facilitar la obtención de estos en cada control y/o consulta médica.

Adolescentes

- Practicar la abstinencia para prevenir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, en caso contrario, utilizar de forma apropiada los MAC.
- Buscar los centros de salud para la obtención de información sobre la salud sexual y reproductiva, y MAC, así como para la adquisición de estos.

Padres

- Buscar información veraz sobre temas de salud sexual y reproductiva para orientar adecuadamente a sus hijos.
- Establecer buena comunicación con sus hijos para discutir sobre sus dudas relacionadas con la salud sexual y reproductiva.
- Comprometerse con llevar a sus hijos adolescentes a los controles en los centros de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Molina A, Pena R, Diaz C, Anton M. Condicionantes y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [revista en Internet]. 2019. [acceso 11 feb de 2022]; 45(2):[3] Disponible en: <https://bit.ly/34WT9Tj>
2. Organización Panamericana de la Salud. América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo [Internet]. 2018 [acceso 11 feb de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/36bsoep>
3. Organización de las Naciones Unidas: "El embarazo adolescente es una fábrica de pobres en América Latina" [Internet]. DW. 2020 [acceso 11 de feb 2022]. Disponible en: <https://p.dw.com/p/3IA2a>
4. Embarazos en niñas y adolescentes en El Salvador, a junio 2020 [Internet]. Observatorio de derechos sexuales y derechos reproductivos. 2020 [acceso 11 de feb 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3MLa7Wc>
5. Acosta S. Organización de las Naciones Unidas: El Salvador tiene que llegar a cero embarazos en niñas y adolescentes [Internet]. Swissinfo.ch. 2021 [acceso 11 de feb 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3uN6dFv>
6. Hernández E. Salud registró 8 muertes maternas en niñas y adolescentes en 2020; tenían entre 14 y 19 años [Internet]. elsalvador.com. 2021 [acceso 11 de feb 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3gKTKUq>
7. Acosta-Martínez T, Rodríguez-Gómez Y, Rodríguez-Jiménez A. Raíces históricas de la anticoncepción. Gaceta Médica Espirituana [Internet]. 2018 [acceso 15 febrero de 2022]; 8 Disponible en: <https://bit.ly/3I0r0IM>
8. Aguiar A, Almelo L, Lazo L, Giniebra G, Rivera R. Historia del condón y otros métodos anticonceptivos. Revista Médica Electrónica [revista en Internet]. 2019 [acceso 15 febrero de 2022]; 41(2): [591-592]. Disponible en: <https://bit.ly/3CLtN7K>
9. Stockholms mansmottagning. El tamaño importa [Internet]. 2019 [acceso 15 febrero de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3w7IBNT>

10. Ortiz T, Ignaciuk A. Historia de la anticoncepción e historia oral, una revisión bibliográfica. *Dynamis* [revista en Internet] 2018 [acceso 15 febrero de 2022]; 38 (2): [293]. Disponible en: <https://bit.ly/36dPP6C>
11. Ministerio de Salud. Lineamientos técnicos para la provisión de servicios de anticoncepción. [Internet]. 2016. [acceso 5 de mar de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/35TwzM3>
12. Mayo Clinic. Temperatura basal para la planificación familiar natural. [Internet]. 2021. [acceso 4 de mar de 2022]. Disponible en: <http://bitly.ws/pg4m>
13. Centro clínico Betanzos60. Temperatura basal. [Internet]. 2020. [acceso 4 de mar de 2022]. Disponible en: <http://bitly.ws/pg63>
14. García A, González M. Factores de riesgo asociados a embarazadas adolescentes. *Ciencias médicas de Pinar del Río*. [revista en internet]. 2018. [acceso 4 de mar de 2022]; 22(3): [416-427]. Disponible en: <https://bit.ly/3CBfgv4>
15. FUSADES. La importancia de medir la pobreza en El Salvador: tomar acciones para reducirla. [Internet]. 2015. [acceso 1 de abril de 2022]. Disponible en: <http://bitly.ws/pZ9E>
16. DIGESTYC. Canasta básica alimentaria urbana-rural (2022). [Internet]. Mayo 2022. [acceso de 3 jun de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3Rqtcy7>
17. Flores J, Pablo V, Pineda S. Factores de riesgo de embarazo en adolescentes en las edades comprendidas de 10 a 19 años en control prenatal en la unidad comunitaria de salud familiar intermedia Sonsonate en el periodo entre marzo y agosto de 2017. [tesis en internet]. Santa Ana: Universidad de El Salvador; 2017. [Acceso 4 de mar de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3tVt6Ey>
18. Pérez A, Sánchez E. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y salud reproductiva en adolescentes Mexicanos de medio rural. *Revista Chilena de obstetricia y ginecología*. [revista en internet]. 2020. [acceso 5 de mar de 2022]; 85(5): [508-512]. Disponible en: <http://bitly.ws/pg84>

19. Sánchez M, Dávila R. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. Revista de atención familiar. [revista en internet]. 2017. [acceso 5 de mar de 2022]; 22(2): [35-38]. Disponible en: <http://bitly.ws/pg9k>
20. Ortega Y, Oliva I. Factores individuales de riesgo adictivo en estudiantes de noveno grado. Medigraphic. [revista en internet]. 2015. [acceso 27 de mar de 2022]; 161(1): [1-11]. Disponible en: <http://bitly.ws/pYRM>
21. Betancurth D, Consuelo M. Caracterización del riesgo familiar total de las familias de mujeres en lactancia materna. Hacia la promoción de la salud. [revista en internet]. 2012. [acceso 27 de mar de 2022]; 17(1): [29-44]. Disponible en: <http://bitly.ws/pYUs>
22. Prezi. Gestión del riesgo social y cultural. [Internet]. 2016. [acceso 27 de mar de 2022]. Disponible en: <http://bitly.ws/pYW9>
23. CELADE. Conocimiento de métodos anticonceptivos. [Internet]. 2015. [acceso 27 de mar de 2022]. Disponible en: <http://bitly.ws/pYWR>
24. Codycross. Relación. [Internet]. 2020. [acceso 27 mar 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3cBPGha>
25. Cercado, A. Factores psicosociales que influyen en el embarazo en adolescentes de un colegio de la provincia del Guayas. INSPILIP. [revista en internet]. 2018. [acceso 25 de ago de 2022]; 2(2): [7-8]. Disponible en: <https://bit.ly/3R7bUXq>
26. Domínguez, L. Medición del desarrollo local en la Isla de la Juventud desde diferentes experiencias cubanas. Ciencias médicas de Pinar del Rio. [revista en internet]. 2019. [acceso 25 de ago de 2022]; 7(3): [377-378]. Disponible en: <https://bit.ly/3csBCq0>

ANEXO

ANEXO 1. Encuesta



Universidad Evangélica de El Salvador
Faculta de Medicina
Doctorado en Medicina
Encuesta para proyecto de investigación

“Factores de riesgo en adolescentes embarazadas y su relación con el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos”

Objetivo: Determinar los factores de riesgo más frecuentes en adolescentes embarazadas y su relación con el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos en la Unidad de Salud Especializada “Dr. Carlos Diaz del Pinal”.

Indicaciones: Por favor lea detenidamente y conteste con honestidad. A continuación, se le presentaran una serie de preguntas abiertas y cerradas que están relacionadas con los métodos anticonceptivos y factores de riesgo en adolescentes embarazadas.

Para cada ítem identificado a continuación, favor conteste lo que se le pide (edad, ocupación) y marque con una “X” la respuesta de su elección en los demás ítems. Muchas gracias por su colaboración.

Datos de identificación

1. Edad:

2. Estado civil:

Soltera___ Casada___ Acompañada___ Viuda___ Divorciada___

3. Ocupación:

4. Religión: Católica___ Cristiana___ Testigo de Jehová___ Mormón___
Otro (especifique) ___
5. Escolaridad: Primaria___ Secundaria___ Universidad___ Nunca he
estudiado___
6. Área: Urbana ___ Rural ___

Factores de riesgo en adolescentes embarazadas

7. ¿Usted cambia de tarea o no continúa con la misma ante una dificultad en sus proyectos?

SI___ NO___

8. ¿Se considera incomprendida la mayoría de las veces en las relaciones con sus compañeros?

SI___ NO___

9. ¿Cree poder gustarle a esa persona que le interesa?

SI___ NO___

10. ¿Vio su primera menstruación antes de los 8 años de edad?

SI___ NO___

11. No he pensado seguir estudiando, prefiero casarme o tener hijos.

SI___ NO___

12. ¿Siente soledad en ciertas ocasiones?

SI___ NO___

13. ¿Siente que sus familiares/amigos no la aprecian?

SI___ NO___

14. ¿Vivía con su madre antes de quedar embarazada?

SI___ NO___

15. ¿Vivía con su papá antes de quedar embarazada?

SI___ NO___

16. ¿Su mamá/hermana tuvo un embarazo en su adolescencia?

SI___ NO___

17. ¿Sus padres se preocupan por usted?

SI___ NO___

18. ¿Sus padres apoyan sus decisiones?

SI___ NO___

19. ¿Sus padres la aconsejan sobre el futuro?

SI___ NO___

20. ¿Cuál es el salario mensual en su hogar?

21. ¿Cuántos miembros viven en el hogar?

22. ¿La decisión de quedar embarazada fue de su pareja?

SI___ NO___

23. ¿Puede leer y escribir?

SI___ NO___

24. ¿Ha abandonado el estudio en algún momento?

SI___ NO___

25. ¿Dudaba sobre su capacidad de tener hijos antes de su embarazo?

SI___ NO___

26. ¿Tuvo dificultades para quedar embarazada?

SI___ NO___

27. ¿Tenía conocimiento sobre los riesgos de las relaciones sexuales en la adolescencia?

SI___ NO___

28. ¿Sabía cómo protegerse para no quedar embarazada?

SI___ NO___

29. ¿Recibió información sobre el embarazo y/o los métodos anticonceptivos por sus padres o en la escuela?

SI___ NO___

Conocimiento de métodos anticonceptivos

30. ¿Cómo considera su conocimiento sobre métodos anticonceptivos?

Muy malo___ Malo ___ Regular___ Buena___ Muy buena___

31. Escriba el método anticonceptivo que previene enfermedades de transmisión sexual como VIH/SIDA

32. En la relación sexual, ¿el mismo condón se puede utilizar más de una vez?

Si___ No___ No se___

33. En caso de tener relaciones sexuales sin protección ¿Cuándo debe tomarse la pastilla de emergencia para ser efectiva?

-En cualquier momento___

-Antes de las 72 horas y son más eficaces antes de las 24 horas___

-Durante las primeras dos semanas___

-No se___

34. ¿Cómo se tienen que tomar los anticonceptivos orales (pastillas)?

-Se toman dos tabletas cada 3 días por 21 días con 7 días de descanso sin medicación___

-Se toma una tableta cada semana, seguidos de una semana de descanso sin medicación___

-Se toma una tableta diaria durante 21 días consecutivos, seguidos de 7 días de descanso sin medicación___

-No se___

35. ¿Dónde se coloca el implante subdérmico?

Brazo___ Cavity uterina___ Muslo___ No se___

36. ¿Por cuánto tiempo funciona el DIU (Dispositivo intrauterino)?

Un periodo de 3 a 7 años___ De por vida___ 1 año___ No se___

37. ¿Dónde se coloca el DIU?

Brazo___ Cavity uterina___ Muslo___ No se___

38. ¿Dónde y cada cuanto se aplican las hormonas inyectables?

-Se aplican dependiendo del hormonal inyectable, puede ser cada mes, cada dos meses o cada tres meses y se aplican en la región glútea (nalga)___

-Se aplican cada 6 meses en cualquier parte del cuerpo___

-Se aplican cada año en el brazo___

-No se___

39. La esterilización femenina y masculina son métodos anticonceptivos permanentes:

Si ___ No ___ No se ___

ANEXO 2. Validación de cuestionario por juicio de expertos

CUADRO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

TEMA:

Objetivo General:

INDICACIONES: Coloque una "X" según crea conveniente para cada pregunta y si es necesario coloque una observación.

Item	Relevancia		Coherencia		Claridad		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
7	x		x		x		
8	x		x		x		
9	x		x		x		Si es sobre la pubertad precoz, me parece que no mide ese indicador
10	x		x		x		
11	x		x		x		
12	x		x		x		
13	x		x		x		
14	x		x		x		
15	x		x		x		
16	x		x		x		
17	x		x		x		
18	x		x		x		
19	x		x		x		
20	x		x		x		
21	x		x		x		
22	x		x		x		
23	x		x		x		
24	x		x		x		
25	x		x		x		
26	x		x		x		
27	x		x		x		
28	x		x		x		
29	x		x		x		

30	x		x		x		
31	x		x		x		
32	x		x		x		
33	x		x		x		
34	x		x		x		
35	x		x		x		
36	x		x		x		
37	x		x		x		
38	x		x		x		
39	x		x		x		

Dra. Ruth Elizabeth Salinas Guerrero

CUADRO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

TEMA:

Objetivo General:

INDICACIONES: Coloque una "X" según crea conveniente para cada pregunta y si es necesario coloque una observación.

Ítem	Relevancia		Coherencia		Claridad		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	x		x		x		Las 39 preguntas presentan Relevancia y Claridad. En cuanto a la coherencia habría que ordenar las preguntas orientadas a identificar los niveles de conocimiento. Si este punto ya fue contemplado no habría problema.
2	x		x		x		
3	x		x		x		
4	x		x		x		
5	x		x		x		
6	x		x		x		
7	x		x		x		

OBSERVACIONES O RECOMENDACIONES EXTRAS SI HUBIESEN:

Muchas Gracias.

Dr. Jorge Alberto Quiteño Arias

ANEXO 3. Consentimiento y Asentimiento informado



Universidad Evangélica de El Salvador
Faculta de Medicina
Doctorado en Medicina

Investigadores: Medina Turcios, Ernesto José, Pocasangre Vanegas, Estefani Carolina, Portillo Cortez, Jessica Daniela

Consentimiento y Asentimiento informado para participantes de investigación

La presente investigación es conducida por médicos en servicio social de la Universidad Evangélica de El Salvador. **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo más frecuentes en adolescentes embarazadas y su relación con el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos en la Unidad de Salud Especializada “Dr. Carlos Diaz del Pinal”.

- ✓ Si accede participar en el estudio, se le pedirá responder preguntas en un cuestionario que se le entregará. Esto tomará 10 minutos de su tiempo.
- ✓ La información que brinde se manejará de forma confidencial y no se usará para ningún propósito fuera de los de esta investigación. Se utilizará un código y no su nombre.
- ✓ Su participación en el estudio no conlleva ningún riesgo, puesto que en ningún momento se comprometerá su integridad física y emocional.
- ✓ Su participación es estrictamente voluntaria. Usted siempre tendrá la posibilidad de permanecer o abandonar el estudio en el momento que lo estime conveniente, y se le garantiza que sin importar cuál sea su decisión, no tendrá perjuicio alguno.
- ✓ Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación.

Acuerdo del participante:

He leído la información que se proporciona más arriba, y de forma voluntaria acepto participar en esta investigación, conducida por médicos en servicio social de la UEES. He sido informado de que la meta de este estudio es determinar los factores de riesgo más frecuentes en adolescentes embarazadas y su relación con el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos en la Unidad de Salud Especializada “Dr. Carlos Díaz del Pinal”.

Me han indicado también que responderé un cuestionario, lo cual tomará 10 minutos. Además, reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a:

Medina Turcios, Ernesto José

Correo: ernestomedtur@gmail.com Teléfono: 72725237

Pocasangre Vanegas, Estefani Carolina

Correo: estefanipocasangre2605@gmail.com Teléfono: 77436850

Nombre del participante (iniciales)	Firma del participante	Fecha
Nombre de Responsable (Si es menor no emancipada)	Firma del Responsable	Fecha

El equipo de investigación le agradece cordialmente por su participación

ANEXO 4. Cronograma de actividades

Mes/ Actividad	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Elaboración de Cap I	■	■										
Entrega de Cap I		■										
Elaboración de Cap II		■	■									
Entrega de informe mensual			■									
Entrega de de Cap II			■									
Elaboración de Cap III			■	■								
Entrega de informe mensual				■								
Entrega de anteproyecto				■								
Presentacion oral de anteproyecto				■	■							
Entrega de informe mensual					■							
Recoleccion de datos					■	■						
Entrega de informe mensual						■						
Elaboración de Cap IV						■	■					
Entrega de informe mensual							■					

Entrega de Cap IV								█					
Elaboración de Capítulo V									█				
Entrega de informe mensual									█				
Elaboración de artículo									█				
Entrega de informe final									█				
Presentación oral de informe final									█	█			
Entrega de informe mensual										█			
Entrega de actas										█			

Fuente: Elaborado por equipo investigador

ANEXO 5. Presupuesto de la investigación

Elemento	Costo
Honorarios de los investigadores Jr.	\$578.34
Computadora	\$20.97
Papelería	\$50
Internet	\$225
Gastos indirectos: agua, luz, teléfono	\$19.98
Vehículo	\$120
Imprevistos	\$4.19
Total	\$1018.48

Fuente: realizado por equipo investigador