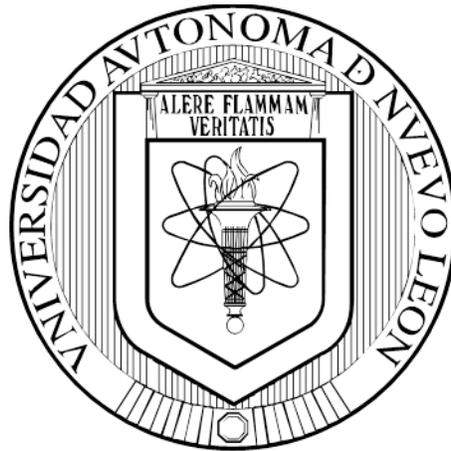


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA



MODELO DE LA CONDUCTA ANTICONCEPTIVA EN MUJERES DESDE UN
ABORDAJE CON MÉTODOS MIXTOS

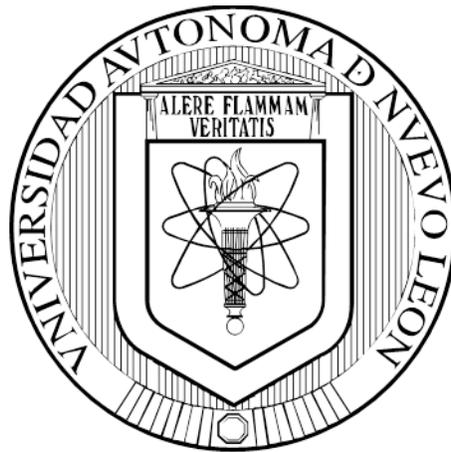
Por

MCE. LUCÍA CAUDILLO ORTEGA

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

MARZO, 2016

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO DE LA CONDUCTA ANTICONCEPTIVA EN MUJERES DESDE UN
ABORDAJE CON MÉTODOS MIXTOS

Por

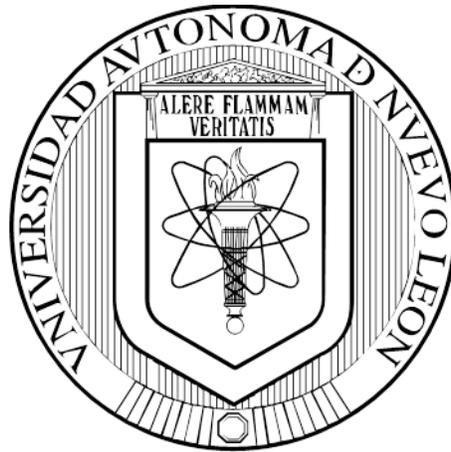
MCE. LUCÍA CAUDILLO ORTEGA

Director de Tesis
RAQUEL ALICIA BENAVIDES TORRES, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

MARZO, 2016

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO DE LA CONDUCTA ANTICONCEPTIVA EN MUJERES DESDE UN
ABORDAJE CON MÉTODOS MIXTOS

Por

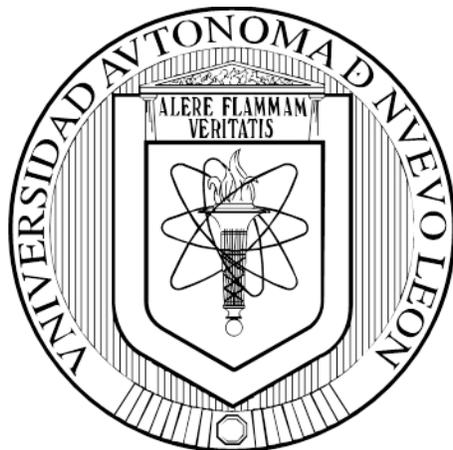
MCE. LUCÍA CAUDILLO ORTEGA

Co- Director de Tesis
Tracie Harrison, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

MARZO, 2016

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO DE LA CONDUCTA ANTICONCEPTIVA EN MUJERES DESDE UN
ABORDAJE CON MÉTODOS MIXTOS

Por

MCE. LUCÍA CAUDILLO ORTEGA

Asesor Estadístico
Marco Vinicio Gómez Meza, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

MARZO, 2016

MODELO DE LA CONDUCTA ANTICONCEPTIVA EN MUJERES DESDE UN
ABORDAJE CON MÉTODOS MIXTOS

Aprobación de Tesis

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD.

Director de tesis y Presidente

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez

Secretario

Dra. Fuensanta López Rosales

1er. Vocal

Dra. María Aracely Márquez Vega

2do. Vocal

Tracie harrison, PhD.

3er. Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirectora de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), por la beca proporcionada para realizar y culminar mis estudios de doctorado.

A la directora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León ME. María Diana Ruvalcaba Rodríguez, a la Dra. María Magdalena Alonso Castillo Subdirectora de Posgrado por el apoyo brindado durante mi estancia académica.

Al rector del Campus León de la Universidad de Guanajuato, Dr. José Luis Lucio Martínez y al Dr. Carlos Hidalgo Valadez, director de la división de Ciencias de la Salud, por su apoyo para culminar mis estudios de doctorado.

Al Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud, por su apoyo durante mi etapa formativa de doctorado.

A la School of Nursing of University of Texas at Austin, por recibirme durante mi estancia académica y por todas las facilidades prestadas.

A mi directora de tesis Dra. Raquel Alicia Benavides Torres por su apoyo y amistad incondicional, su paciencia, sus palabras de aliento, por compartir sus conocimientos durante este proceso, pero sobre todo por enseñarme con su liderazgo que siempre existe un futuro mejor.

A la Dra. Tracie Harrison, a quien agradezco infinitamente por haberme compartido sus conocimientos, por su apoyo, pero por ayudarme a ser una mejor profesional y una mejor persona.

A la Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez, quien con sus conocimientos e infinita paciencia me orientó durante mi trabajo de tesis, así como por su apoyo incondicional.

A la Dra. Fuensanta López Rosales, por su invaluable apoyo durante mis estudios de doctorado, por compartir sus conocimientos, por sus grandes aportaciones a mi trabajo de tesis y por su maravillosa amistad.

A la Dra. María Aracely Márquez Vega, quien me brindó apoyo durante el trabajo de tesis, con sus valiosas aportaciones.

Al Dr. Marco Vinicio Gómez Meza, por su asesoría durante la etapa de resultados e interpretación de los mismos.

A la Lic. Sofía González Hernández Directora del Instituto Fleming quien me permitió realizar mi proyecto y por todas las facilidades prestadas para llevar a cabo todas las actividades.

A la Dra. María Teresa Hernández Ramos, Directora del Departamento de Enfermería y Obstetricia Sede Guanajuato, a quien agradezco infinitamente todas las facilidades para culminar con éxito mis estudios formativos de doctorado.

A la Dra. Adriana Araceli García Domínguez por su apoyo, paciencia y enseñanzas en los análisis cualitativos.

A mis compañeros de doctorado, Carolina Valdez Montero, Jesica Guadalupe Ahumada Cortés y Mario Enrique Gámez Medina, quienes más que amigos son parte de mi familia, gracias por estar conmigo.

A la LN. Fabiola Elizabeth Montero por su amistad y apoyo durante los procesos más sobresalientes en mi estancia en el Doctorado.

A mis amigas y compañeras Elvira Moreno Pulido y Aurora Montañez Frausto por apoyarme en este proceso.

A todas las mujeres que participaron en el estudio, por compartir sus experiencias.

Dedicatoria

A mis amados padres Eva y Mateo, quienes me apoyaron incondicionalmente durante todo el proceso, gracias por ser mis padres, por darme la vida y la oportunidad de ser la persona que ahora soy, porque con su ejemplo me motivan a diario a ser mejor persona.

A mis hijos Sebastián y Saúl Rafael, quienes son mi motivación para seguir adelante y con su amor llenan mi vida de alegría a cada instante.

A mis hermanas, en especial a Lulú, Norma y Maricruz, por apoyarme en todo momento.

A mis sobrinos Ehecatl Mateo y Ángel Francisco por darle alegría a mi vida.

A toda mi familia por ser parte de este sueño

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco Teórico	12
Modelo de Promoción de la Salud	13
Marco Metodológico	23
Modelo de la Conducta Anticonceptiva en Mujeres (MOCAM)	29
Estudios Relacionados	36
Síntesis de Estudios Relacionados	47
Objetivo General	49
Objetivos específicos de tipo cuantitativo	49
Objetivos específicos de tipo cualitativo	50
Objetivos específicos de tipo mixto	50
Definición de Términos	51
Capítulo II	
Metodología	52
Diseño de Estudio	53
Criterios de Inclusión	54
Criterio de Exclusión	54
Criterios de Eliminación	54
Fase 1 Cuantitativa	56
Diseño de Estudio	56
Población, muestra y muestreo	56
Descripción de los Instrumentos	57

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Procedimiento para la Recolección de los Datos	62
Fase 2 Cualitativa	64
Diseño de Estudio	64
Población muestra y muestreo	64
Descripción de los Instrumentos	64
Procedimiento para la Recolección de Datos	65
Consideraciones Éticas	66
Estrategias de Análisis de Datos (Concurrente Transformativo)	67
Capítulo III	
Resultados	71
Resultados Fase 1 Cuantitativa	71
Datos Socio Demográficos	72
Descripción de la Historia Reproductiva y Sexual	72
Descripción de la Historia Anticonceptiva	73
Estadística Descriptiva de las Variables	75
Consistencia Interna de los Instrumentos	77
Objetivos Cuantitativos	77
Resultados Cualitativos	101
Categorías	104
Categoría 1. Motivos para usar un método anticonceptivo	104
Subcategoría 1. Preferencia y satisfacción con el método	104
Subcategoría 2. Miedo al embarazo	105
Subcategoría 3. Tener planes para el futuro	106
Subcategoría 4. Tiempo y tipo de relación con la pareja	107
Categoría 2. Barreras para el uso de un método anticonceptivo	108

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Subcategoría 1. Efectos de los métodos anticonceptivos	108
Subcategoría 2. Estigma hacia la anticoncepción	109
Subcategoría 3. Déficit de conocimientos	110
Categoría 3. Apoyo/falta de apoyo de la red social	111
Subcategoría 1. No apoyo de los padres	111
Subcategoría 2. Creencias de los padres acerca de la sexualidad y la reproducción	112
Subcategoría 3. Apoyo de la pareja	113
Subcategoría 4. No apoyo del personal de salud	114
Síntesis Cualitativa	115
Resultados Mixtos	119
Perfiles Narrativos de las Participantes	122
Metainferencias de los Resultados Mixtos	128
Modelo de la Conducta Anticonceptiva en Mujeres Abordaje Mixto	129
Discusión	132
Conclusiones	154
Limitaciones	158
Recomendaciones	159
Referencias	161
Apéndices	
A. Cédula de datos personales y consumo de anticonceptivos	182
B. Consentimiento informado fase cuantitativa	186
C. Consentimiento informado fase cualitativa	189
D. Escala actitudes para la conducta anticonceptiva	192
E. Escala de beneficios y barreras para la conducta anticonceptiva	194

Tabla de Contenido

Contenido	Página
F. Escala de autoeficacia para la conducta anticonceptiva	196
G. Escala de compromiso con la religión	200
H. Escala de provisión social para la conducta anticonceptiva	202
I. Escala de conducta anticonceptiva	212
J. Guía de entrevista	214
K. Libro de códigos	215

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Modelo de Promoción de la Salud	22
2. Estructura teórico-conceptual-empírica de características individuales y experiencias	31
3. Estructura teórico-conceptual-empírica cogniciones específicas de la conducta (primera parte)	32
4. Estructura teórico-conceptual-empírica cogniciones específicas de la conducta (segunda parte)	33
5. Estructura teórico-conceptual-empírica resultado conductual	34
6. Modelo de la Conducta Anticonceptiva en Mujeres (MOCAM)	35
7. Epistemología, perspectiva teórica, metodología y métodos	52
8. Diseño concurrente transformativo	53
9. Diagrama de flujo de los criterios de elegibilidad	54
10. Representación gráfica de asociación cuantitativa entre variables	100
11. Modelo de descripción de los factores que influyen en el uso de los métodos anticonceptivos	117
12. Modelo de descripción de los factores que influyen en el no uso de los métodos anticonceptivos	118
13. Media total de la escala de conducta anticonceptiva en mujeres	121
14. Modelo de la conducta anticonceptiva en mujeres (MOCAM)	131

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Resumen del diseño concurrente transformativo para la CAM	55
2. Causas de exclusión de la muestra	56
3. Combinación de datos cuantitativos y cualitativos	70
4. Historia reproductiva y sexual	73
5. Métodos anticonceptivos utilizados previamente	73
6. Tabla de contingencia métodos anticonceptivos utilizados	74
7. Tipo de método anticonceptivo utilizado actualmente	74
8. Estadística descriptiva y resultado de la prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S)	75
9. Consistencia Interna de los Instrumentos	77
10. Correlaciones entre uso previo de AC y beneficios, barreras y autoeficacia para la CAM	78
11. Modelos de regresión de uso previo con los beneficios, barreras y autoeficacia para la CAM	79
12. Modelos de regresión de uso previo de AC con beneficios, barreras y autoeficacia para la CAM “con bootstrap”	80
13. Correlaciones entre uso previo de AC con apoyo de la familia, pareja y personal de salud para la CAM	80
14. Modelos de regresión de uso previo de AC con apoyo de la familia, pareja, personal de salud para la CAM y demanda insatisfecha	81
15. Modelo de regresión de uso previo de AC con apoyo de la familia, apoyo de la pareja, apoyo del personal de salud para la CAM y demanda insatisfecha "con bootstrap"	82

Lista de Tablas

Tabla	Página
16. Correlaciones entre edad, las actitudes para CAM, compromiso con la religión, ingreso económico, beneficios, barreras y autoeficacia para CAM	83
17. Modelo de regresión de edad, actitudes para CAM, compromiso con la religión e ingreso económico con beneficios para la CAM	84
18. Modelo de regresión de edad, actitudes para CAM, compromiso con la religión e ingreso económico con beneficios para la CAM “con bootstrap”	85
19. Modelo de regresión de edad, actitudes para CAM, compromiso con la religión e ingreso económico con barreras para la CAM	86
20. Modelo de regresión de edad, actitudes para CAM, compromiso con la religión e ingreso económico con barreras para la CAM “con bootstrap”	86
21. Modelo de regresión de edad, actitudes para CAM, compromiso con la religión e ingreso económico con autoeficacia para la CAM	87
22. Modelo de regresión de edad, actitudes para CAM, compromiso con la religión e ingreso económico con autoeficacia para la CAM “con bootstrap”	88
23. Correlaciones de edad, actitudes para CAM, compromiso con la religión, ingreso económico, apoyo de la familia, apoyo de la pareja, apoyo del personal de salud para la CAM y demanda insatisfecha	89
24. Modelo de regresión de edad, actitudes para la CAM, compromiso con la religión e ingreso económico con apoyo de la familia	90
25. Modelo de regresión de edad, actitudes para la CAM, compromiso con la religión e ingreso económico con apoyo de la familia “con bootstrap”	90
26. Modelo de regresión de edad, actitudes para la CAM, compromiso con la religión e ingreso económico con apoyo de la pareja para la CAM	91

Lista de Tablas

Tabla	Página
27. Modelo de regresión de edad, actitudes para la CAM, compromiso con la religión e ingreso económico con apoyo de la pareja "con bootstrap"	91
28. Modelo de regresión de edad, actitudes para la CAM, compromiso con la religión e ingreso económico con apoyo del personal de salud para la CAM	92
29. Modelo de regresión de edad, actitudes para la CAM, compromiso con la religión e ingreso económico con apoyo del personal de salud "con bootstrap"	93
30. Correlaciones entre edad, actitudes para CAM, compromiso con la religión, ingreso económico y conducta anticonceptiva	94
31. Modelo de regresión de edad, actitudes para la CAM, compromiso con la religión e ingreso económico con conducta anticonceptiva	94
32. Modelo de regresión de edad, actitudes para la CAM, compromiso con la religión e ingreso económico con conducta anticonceptiva "con bootstrap"	95
33. Correlaciones entre beneficios, barreras y el autoeficacia para CAM con conducta anticonceptiva	95
34. Modelo de regresión de beneficios, barreras y autoeficacia para la CAM con la conducta anticonceptiva	96
35. Modelo de regresión de beneficios, barreras y autoeficacia para la CAM con conducta anticonceptiva "con bootstrap"	97
36. Correlaciones entre apoyo de la familia, apoyo de la pareja, apoyo del personal de salud, demanda insatisfecha con conducta anticonceptiva	97
37. Modelo de regresión de apoyo familia, apoyo pareja, apoyo personal de salud y demanda insatisfecha en la conducta anticonceptiva	98

Lista de Tablas

Tabla	Página
38. Modelo de regresión de apoyo familia, apoyo pareja, apoyo personal de salud y demanda insatisfecha en la conducta anticonceptiva "con bootstrap"	99
39. Dirección de códigos similares 1	102
40. Dirección de códigos similares 2	103
41. Dirección de códigos similares 3	103
42. Cuantificación de las subcategorías para la CAM	120
43. Media de cada una de las participantes	121
44. Combinación de datos cuantitativos y cualitativos	126

RESUMEN

Lucía Caudillo Ortega
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Marzo 2016

Título del Estudio: MODELO DE LA CONDUCTA ANTICONCEPTIVA EN
MUJERES DESDE UN ABORDAJE CON MÉTODOS MIXTOS

Número de Páginas: 221

Candidato para Obtener el Grado de
Doctor en Ciencias de Enfermería

LGAC: Sexualidad responsable y prevención de ITS – VIH/Sida

Propósito y método de estudio: El propósito del estudio fue desarrollar y probar un modelo de conducta anticonceptiva en mujeres de 18 a 24 años, a partir de varios conceptos del Modelo de Promoción de la Salud, utilizando metodología mixta. Se realizó un diseño concurrente transformativo, que permitió recolectar y analizar los datos simultáneamente y posteriormente hacer metainferencias del estudio. La población fueron mujeres de 18 a 24 años estudiantes de nivel técnico. Se propusieron dos fases la cuantitativa y la cualitativa. Para la primera fase llamada cuantitativa, se plantearon ocho objetivos que tenían como propósito establecer la asociación entre las variables del modelo desarrollado: uso previo de AC, edad, actitudes, compromiso con la religión e ingreso económico, beneficios, barreras y auto eficacia para la CAM, apoyo de familia, pareja y personal de salud para la CAM, demanda insatisfecha y la conducta anticonceptiva. El diseño para esta fase fue descriptivo y correlacional, el tamaño de la muestra se calculó para una prueba de regresión lineal múltiple, utilizando un coeficiente de determinación $r^2 = .09$, $k = 13$, un poder del 90% y una tasa de no respuesta del 30%. El tamaño de la muestra fue de 305. Se excluyeron 85 mujeres por no contar con los criterios de inclusión para un total de muestra de 220 mujeres. El muestreo fue aleatorio estratificado, considerando como estratos los seis planteles que conforman la institución, el tamaño de muestra fue proporcional a los planteles, posteriormente se seleccionaron las participantes aleatoriamente. Para la medición de las 13 variables de estudio de la fase cuantitativa se utilizó una cédula de datos personales y ocho instrumentos, los cuales presentaron datos de validez y confiabilidad aceptables. La segunda fase llamada cualitativa tuvo un diseño descriptivo cualitativo. La población fueron las mujeres que participaron en la fase cuantitativa, el tamaño de la muestra fue de 22 participantes. La muestra final fue de nueve casos, debido a que fue donde se presentó la saturación de los datos. Para esta fase, se desarrolló una guía de entrevista; las entrevistas tuvieron una duración de 30 a 40 minutos, así mismo se audio grabaron y transcribieron fielmente para su análisis. Para dar respuesta a los objetivos de estudio se plantearon tres etapas: 1) la etapa cuantitativa en la cual se realizaron Modelos de Regresión Lineal con y sin bootstrap, 2) la etapa cualitativa en la cual se realizó un análisis de contenido donde se codificó, se crearon familias de códigos y categorizó y 3) la etapa mixta se realizó la técnica de combinación de datos cuantitativos y cualitativos, con la creación de perfiles narrativos y de la cualificación de los datos con la media de la variable más representativa que fue la conducta anticonceptiva. **Contribución y conclusiones:** La

media de edad de la primera menstruación fue de 12.2 ($DE=2.05$) y para el inicio de las relaciones sexuales fue de 16.9 ($DE=1.88$). En la historia anticonceptiva se observa que las mujeres han utilizado con mayor frecuencia el condón y la anticoncepción de emergencia oral. En los modelos de regresión se encontró que el uso previo de anticonceptivos influye en la conducta anticonceptiva, en las barreras para la CAM, en el autoeficacia, el apoyo de la pareja y con el apoyo del personal de salud. También se encontró que las actitudes para la CAM tienen efecto en los beneficios para la CAM; la edad, las actitudes para la CAM y el compromiso con la religión se asocian con las barreras para la CAM: las actitudes para la CAM influyen en el autoeficacia para la CAM. Así mismo se encontró que las actitudes para la CAM se relacionan con el apoyo de la familia, con el apoyo de la pareja y con el apoyo del personal de salud. Se reportó que, las actitudes para la CAM, se asociaron con la conducta anticonceptiva. También los beneficios, las barreras y el autoeficacia para la CAM influyen en la conducta anticonceptiva. Y se observa que el apoyo de la pareja tiene efecto en la conducta anticonceptiva. En la etapa cualitativa emergieron tres categorías: motivos para usar los métodos anticonceptivos, con cuatro sub categorías, barreras para usar los métodos anticonceptivos, con tres sub categorías y el apoyo/falta de apoyo de la red social, con cuatro sub categorías que describen cada uno de los factores que influyen en el uso y no de los métodos anticonceptivos. Respecto a los resultados mixtos, se cuantificaron las variables cualitativas, siendo las de mayor porcentaje la preferencia y satisfacción con el método y el apoyo de la pareja. Posteriormente se tomó la media de la conducta anticonceptiva (1.8) y se graficó, se crearon los perfiles narrativos que permitieron explicar los resultados de las participantes alrededor de la media obtenida, se realizó una cualificación de los datos para la combinación de los resultados cuantitativos y cualitativos. Se encontró que aquellas mujeres con medias altas, tenían un plan de acción para la conducta anticonceptiva, por el contrario las mujeres sin un plan de acción eran quienes tenían mayor probabilidad de presentar un embarazo no planeado. Se desarrolló un modelo integrando la convergencia de los datos cuantitativos y cualitativos que representan los factores que influyen en la conducta anticonceptiva en mujeres. Se concluye que las variables uso previo de anticonceptivos, actitudes para la conducta anticonceptiva, los beneficios para la CAM, las barreras para la CAM y el apoyo de la pareja, fueron las de mayor influencia de la etapa cuantitativa, de la etapa cualitativa el déficit de conocimientos, estigma hacia la anticoncepción, creencias de los padres hacia la sexualidad y la reproducción, así como el no apoyo del personal de salud fueron las de mayor influencia, de la fase mixta se integró al modelo la variable plan de acción que influye en la conducta anticonceptiva. Los hallazgos de este estudio son valiosos, ya que contribuyen al desarrollo del cuerpo de conocimientos de enfermería, así como a tener una visión integral del fenómeno de la conducta anticonceptiva en mujeres. Se recomienda continuar con el estudio de fenómenos con la metodología mixta y el desarrollo de intervenciones eficaces que ayuden a mejorar la conducta anticonceptiva, es conveniente considerar aspectos como las actitudes, el apoyo de la pareja, participación del personal de salud para el desarrollo de programas de salud reproductiva en mujeres.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

El porcentaje de embarazos no planeados entre mujeres de 18 a 30 años es uno de los principales problemas de salud reproductiva a nivel mundial (Finer & Henshaw, 2006). Más de tres cuartos de estos embarazos se dan en mujeres menores de 29 años, ya que no utilizan algún método anticonceptivo o los utilizan inconsistentemente, que deriva en una deficiencia de la efectividad; lo cual tiene implicaciones directas con el incremento en el riesgo de abortos, muertes-materno infantiles y resultados materno – fetales adversos (Ayoola, Nettleman & Brewer, 2007; Organización Naciones Unidas [ONU], 2012).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha reportado que cada año se producen en el mundo aproximadamente 200 millones de embarazos y más del 50% son no planeados, se estima que 529 mil terminan en muertes maternas, así mismo el 13% de estas muertes son por abortos en condiciones de riesgo. Cabe destacar que el 99% de estos embarazos ocurren en países en desarrollo, de los cuales una gran parte (38%) se reportan en América Latina y el Caribe; además en esta misma región se reporta el 24% de los abortos a nivel mundial (OMS, 2012). En el caso de México, en el 2011, se reportaron 2,586, 287 embarazos, de los cuales el 27.6% fueron no planeados, también se estima que más del 80% fueron no deseados y de estos el 7.16% terminaron en muertes maternas por abortos de alto riesgo (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI], 2011).

La ONU tiene como un aspecto prioritario “mejorar la salud materna” y propuso dentro de los objetivos del milenio para alcanzarse en el 2015 incrementar el acceso universal a la salud reproductiva para así disminuir el número de embarazos no planeados. Esto mediante la ampliación de la cobertura del uso de métodos anticonceptivos (MA), en especial de los altamente efectivos y reversibles, como lo son

los anticonceptivos hormonales (Cleland, Conde, Peterson, Ross, & Tsui, 2012; ONU, 2012). Sin embargo, se observa que más del 40% de los embarazos no planeados se dieron después de usar un MA de manera incorrecta e inconsistentemente (Kim, Lee, Gebremariam, Iwashyna, & Dalton 2011). Es decir, que durante el mes en que ocurrió el embarazo hubo un uso discontinuo y por lo tanto inefectivo del mismo.

A nivel mundial se estima que sólo la mitad de la población utiliza anticonceptivos hormonales (AH). Los AH, son aquellos que emplean hormonas sintéticas ya sea solo progestina o combinada con otras sustancias como etinidiestradiol, estas inhiben la ovulación y espesan el moco cervical, previenen efectivamente el embarazo y reducen el riesgo de cáncer endometrial y colorectal (Hooper, 2010), entre los que se encuentran el implante, las inyecciones, el parche, el dispositivo liberador de hormonas (DIULH) para prevenir los embarazos, destacando que en su mayoría lo hacen de manera inconsistente (Omideyi et al., 2011). En América Latina y el Caribe el uso de anticonceptivos ha aumentado solo un 3%, de 1990 al 2012 (Population Division, 2012); lo que sugiere que a pesar de la difusión, el uso de los mismos continua siendo limitado (Encuesta de Salud y Nutrición [ENSANUT], 2012).

Sin embargo, el uso incorrecto de los mismos tiene consecuencias negativas a nivel endocrino, uterino, respiratorio y del sistema nervioso central (Durand, Larrea, & Schiavon, 2009; Kaunitz, 2012; McCartney, Blank, & Marshall, 2007; Tirelli, Cagnacci, & Volpe, 2008). Asimismo se ha asociado con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y tromboembolias (Morin et al., 2008), con el cáncer de mama, de ovario hormono dependiente (Álvarez, Brache, & Fernández, 2008) y cervico uterino e infertilidad (Castro, Bahamondes, & Fernandes, 2011). Es por ello que a nivel mundial en muchos países la venta de los anticonceptivos hormonales es únicamente con prescripción médica, sin embargo no es el caso de México.

En México el mayor porcentaje de embarazos (28.5%), se da en el grupo de edad de 20 a 24 años (INEGI, 2012). Este grupo ha sido el más rezagado en el uso de los

anticonceptivos (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2012), y además de ser el menos abordado tanto en investigaciones como en programas, dándose más énfasis en grupos como los adolescentes, sin embargo es importante destacar que el grupo de 18 a 24 años de edad son quienes solicitan en mayor porcentaje la interrupción voluntaria del embarazo en el Distrito Federal (47.8%), de estas el 50% han tenido su primer relación sexual a los 18.4 años y de ellas el 65.4% no utilizó ningún método anticonceptivo en la misma. La probabilidad de tener un primer embarazo antes de los 25 años es de 70.9% y un aspecto muy importante es el espacio inter genésico entre hijos que al no usar un método anticonceptivo consistentemente se reduce a menos de dos años entre cada hijo (44.4%), esto sugiere que si las mujeres tienen su primer embarazo entre los 18 y 19 años serán madres de su segundo hijo a los 20 a 21 años y del tercero que los 22 a 23 años, lo que aumenta la probabilidad de un evento adverso durante el embarazo, parto y puerperio.

Así mismo, en el 2004 la Norma Oficial Mexicana de los servicios de planificación familiar (NOM 005 - SSA – 1993) se modificó para hacer énfasis en la consejería, la promoción de conductas seguras, así como incluir la anticoncepción de emergencia oral (AEO) sin prescripción médica (Equidad de Género, 2010). Sin embargo, a pesar de la disponibilidad de algunos métodos; la consejería y la orientación, es limitada y ha favorecido la utilización de la AEO de forma indiscriminada, incorrecta, sin prescripción y sin consejería (Kim et al., 2011). Además existen estudios que han encontrado que desde que se introdujo la AEO sin prescripción en diversas partes del mundo, se ha reportado un aumento de relaciones sexuales no protegidas (Arnet, Tirri, Stutz, Bitzer, & Hersberger, 2009) y del número de infecciones de transmisión sexual (ITS) (Anderson et al., 2006). En México, un alto porcentaje (41%) de las usuarias de AH ha utilizado la AEO (CONAPO, 2010) sin recibir ningún tipo de consejería previa, lo que sugiere un uso incorrecto de este método, el cual solo debe de ser en caso de situaciones especiales y no como un método habitual.

A pesar de que el tema se ha abordado desde los años setenta y de que se reconoce la importancia de la anticoncepción para evitar problemáticas personales que incluyen, deserción escolar, problemas relacionados al embarazo, parto y puerperio, anemia y muerte prematura, así como las de tipo familiar como la exclusión familiar; las de tipo sociales y económicas que incluyen exclusión social, baja educación, acceso a la salud limitado entre otros, se desconoce por qué las mujeres no utilizan MA altamente efectivos y reversibles (aquellos que permiten retornar a la fertilidad en cuanto se dejen de usar), tales como los AH. Existen diversos factores que influyen en su uso, no uso y uso inconsistente, sin embargo el tema es complejo y amplio y es necesario profundizar en su abordaje.

La literatura también señala que existen otros factores que afectan el uso de los anticonceptivos, entre los que se encuentran, las creencias, la culpa, el miedo para solicitar los métodos, el nivel socioeconómico, la educación, el apoyo de la pareja y familia para usar o no anticonceptivos, el acceso y disponibilidad de los métodos, así como la educación reproductiva (Decat, Zhang, Moyer, & Cheng, 2011; Frost & Darroch, 2008; Melnick, Rdesinski, & Creach 2008; Olszewski et al., 2010; Ong, Smith, Wong, McNamee, & Fairley, 2012; Spies, Askelson, Gelman, & Losch, 2012; Tountas, Dimitrakaki, Antoniou, Boulamatsis, & Creatsas 2004; Traeen & Lundin, 2007; Wan & Chiou, 2008; Wu, Meldrum, Dozier, Stanwood, & Fiscella, 2008), sin embargo, no se ha encontrado un modelo que involucre todos estos factores para explicar la conducta anticonceptiva en el grupo poblacional de 18 a 24 años, es decir existen algunos modelos que solo explican la parte psicológica o la social o en grupos de adolescentes, no así todo en un conjunto lo que pudieran dar una idea más clara del fenómeno.

Por lo que para este estudio se consideró el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender (2006), dado que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), desde los años noventa ha enfatizado en la promoción de la salud, porque implica una manera particular de colaborar: se basa en la población, es participativa, es intersectorial,

es sensible al contexto y opera en múltiples niveles. La promoción a la salud es el proceso de permitir incrementar el control sobre su salud y mejorarla. Esto va más allá de un enfoque de conducta individual hacia un rango más amplio de intervenciones sociales y ambientales. Así mismo ésta organización recomienda que se deben de promover estilos de vida saludables, especialmente para las poblaciones en desventajas económicas y sociales, para prevenir muertes prematuras y evitar discapacidades innecesarias debido a enfermedades crónicas. Este modelo considera diversos componentes desde la experiencia previa, aspectos personales, psicológicos, sociales, interpersonales, situacionales, cogniciones y la conducta promotora, que en conjunto pueden dar una idea holística de la conducta anticonceptiva en mujeres.

La literatura indagada muestra que el uso previo de algún método anticonceptivo como el condón, los métodos naturales (ritmo, Billings) puede influir o no en la decisión de usar un AH, algunos estudios muestran que influye de forma positiva y otros que es de forma negativa, pero no existe evidencia determinante (Cox, Posner, & Sangi, 2010; Ong, Smith, Wong, McNamee, & Fairley, 2012; Wilson & Koo, 2008). Asimismo, algunos estudios cualitativos han mostrado que los conocimientos erróneos, muestran relación con el no uso de AH, sin embargo estudios reportan algunas experiencias negativas al usar un MA (naturales, condón, orales, inyectables), algunos refieren la ganancia de peso y el retraso en la fertilidad (Brown, Arden, & Hurst 2007; Neusdath, Holmquist, Davis, & Gilliam, 2010; Omideyi et al., 2011).

Se ha encontrado que las mujeres pueden tener percepciones negativas para el uso de los anticonceptivos hormonales, entre las cuales se encuentran la insatisfacción con el método por los efectos secundarios (ganancia de peso, caída de cabello), el costo, la accesibilidad entre otros, sin embargo estas percepciones pueden ser imaginarias (Ersek, Thompson, Huber, & Findlow, 2010; Frost & Darroch, 2008; Hooper, 2010; Littlejohn, 2012; Ushma & Bennet, 2009). Nalwadda, Mirembe, Tumwesigye, Byamugisha y Faxelid (2011), reportaron en un estudio cualitativo que el difícil acceso,

el miedo al estigma porque la sociedad considera que las mujeres que usan MA tienen mala reputación, son causas para no utilizarlos o utilizarlos de manera inconsistente. Por otra parte también existen una serie de percepciones de tipo positivo, por las cuales las mujeres desean usar MA efectivos como los AH, entre los que se encuentran deseo de tener control sobre su vida, mayor estabilidad económica, emocional y deseo de lograr sus metas personales, sin embargo hay que destacar que no todas estas se han encontrado en los estudios (Bryant, 2009; Frost & Darroch, 2008; Frost & Lindberg, 2012; Hooper, 2010; Spies et al., 2010; Wu et al., 2010).

Dentro de los factores socioculturales, las creencias religiosas son importantes en el no uso de los MA. Hirsch en el 2009 encontró que las mujeres jóvenes tienden a negociar mayormente el uso de AH, mientras que las mujeres de mayor edad utilizan los MA naturales por considerar a los AH pecaminosos. Esto indica cambios en el sistema social que influyen los valores y los principios reflejados en las creencias de las personas hacia aspectos de la sexualidad y la reproducción, en especial del uso de los métodos anticonceptivos, al permitir el uso de los métodos naturales (Doctor, Phillips, & Sakeah, 2009).

El estatus socioeconómico influye en el uso y no uso, dado que se encuentra muy ligado a la educación, a la dependencia económica y la falta de empoderamiento para la toma de decisiones. Estudios realizados en poblaciones latinas, reportan que las mujeres con estudios e ingresos económicos limitados, tienden a utilizar métodos más fáciles y efectivos que no representen dificultad en su uso, como las inyecciones o los implantes y no así los hormonales orales, los cuales son utilizados por mujeres con un nivel educativo y estatus socioeconómico mayor (Campo et al., 2012; Marston & King, 2006). Otros estudios han encontrado que las mujeres de menor educación tienden a no utilizar ningún método (Frost & Darroch, 2008; Kraft et al., 2010).

Ong et al. (2012) realizaron un estudio cualitativo donde, encontraron que las mujeres con bajos niveles de conocimientos acerca de los anticonceptivos, con creencias

negativas, embarazo previo, falta de apoyo de la pareja, así mismo con nivel socioeconómico y nivel educativo bajos, tienden a no usar los métodos anticonceptivos. Sin embargo Ip, Sin y Chan (2008), reportaron que las mujeres solteras, jóvenes y con bajo nivel socioeconómico tienden a usar los mismos métodos los anticonceptivos que aquellas que son mayores, con nivel socioeconómico más alto y quienes se encuentran casadas (Frost & Darroch, 2008; Ong et al., 2012; Tountas et al., 2004).

Un aspecto importante en la conducta anticonceptiva en mujeres, son las políticas enfocadas a la salud reproductiva en la población, dado que el desarrollo de nuevos métodos anticonceptivos deben ser garantizados en disposición y accesibilidad, para elevar la efectividad, seguridad y uso apropiado (Rasmussen, 2011). Sin embargo, a pesar de estar en las agendas políticas, en diversos países los programas como los de planificación familiar, no han sido suficientes para garantizar la demanda de MA de la población, así como la consejería y orientación, generando la demanda insatisfecha, el cual es un factor importante que involucra a las instituciones de salud y a la sociedad en general. La cual se mide por la proporción de mujeres expuestas a un embarazo y que no usan anticonceptivos a pesar de manifestar su deseo expreso de no querer tener hijos por un tiempo o nunca más, ya sea por accesibilidad o distribución de los mismos (CONAPO, 2008).

En México, respecto a la demanda insatisfecha existe un 25% de las misma y corresponde al grupo de 15 a 24 años (Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica [ENADID], 2009). Esto se traduce en escases de los MA en especial de los AH, acceso limitado a los servicios de PF y los MA por lo tanto existe un alto porcentaje de automedicación (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], 2012). Esto incrementa el porcentaje de fallo de los AH, al no usarse sostenidamente durante el tiempo en el cual se tienen relaciones sexuales. Es por ello se debe de considerar ésta, como parte de la situación que se vive en la población para explicar la conducta anticonceptiva en mujeres.

Así mismo las influencias interpersonales tienen una influencia importante aunque no definitiva. La familia se considera la fuente primaria de influencias interpersonales (padres y hermanos), en este caso la pareja y profesionales de la salud. Las influencias interpersonales incluyen normas sociales, conjunto de estándares que representan lo que los individuos pueden adoptar o rechazar; apoyo social, para realizar conductas y utilizar los recursos ofrecidos por otros; lo cual Pender (2006), señala como observación. Así mismo las mujeres por miedo, pena u otro sentimiento buscan información en medios como el internet, la televisión o revistas no científicas (Olszewki et al., 2010). En otras ocasiones se recibe información de personas cercanas como los padres, los amigos y en raras ocasiones de personal de salud calificado. De estos últimos se ha encontrado que cuando se recibe consejería es más probable que se utilicen los AH sin abandono (Kim et al., 2011).

La pareja puede ser un agente determinante para el uso sostenido de los anticonceptivos hormonales, dado que en muchas ocasiones se tiene que tener la aprobación del hombre (Glasier, 2010). En México hay una percepción general que las relaciones son muy influenciadas por el varón, aunque las leyes provean de un estatus similar a la mujer frente al hombre, algunas familias siguen con un marcado estereotipo patriarcal, donde el hombre tiene influencia sobre las mujeres, los hijos y en especial sobre la reproducción (González, Sable, Campbell, & Dannerbeck, 2010). Con respecto a la relación se ha encontrado que el tiempo de relación, el tipo de relación y las expectativas en un futuro tienen influencia en el uso de los AH (Cox et al., 2010; Frost & Lindberg, 2012; Kraft et al., 2010; Wilson, 2008; Wu et al., 2010).

Estudios de corte cualitativo muestran que con respecto a la influencia de otras personas, una de las principales causas es la negativa de la pareja a negociar el uso de los métodos anticonceptivos, el control de la fecundidad por parte de los varones, la no percepción del riesgo de embarazo por parte de las mujeres a pesar de no usar ningún MA es causa de no utilizar algún método a pesar de tener una alta vulnerabilidad

(Goncalves, Souza, Tavares, Cruz, & Béhague, 2011; Williamson, Buston, & Sweeting, 2009). De igual forma la red social como los padres, los hermanos, los amigos tiene una gran influencia en las decisiones de las mujeres en primer lugar de usar algún método anticonceptivo y en segundo lugar de usarlo sostenidamente, dado que sus actitudes y sus creencias influyen en la mujer (Yee & Simon, 2010). Así mismo se ha reportado que las hermanas generalmente son la primer fuente de información para el uso de un método anticonceptivo, al tenerles confianza y confiar en su experiencia de usar métodos anticonceptivos (Kim et al., 2010).

Con respecto a aspectos del medio ambiente que pudieran influir en la anticoncepción se encuentra la demanda insatisfecha, Mekonnen y Worku (2011), realizaron un estudio donde reporta que la demanda insatisfecha fue de 52.4%, entre las principales causas de la demanda insatisfecha fueron inconformidades con el personal de salud, los métodos y la falta de seguridad social. Moazzam Seuc, Rahimi, Festina y Temmerman (2013), hicieron un estudio donde encontraron que la demanda insatisfecha fue de 44.8%; la edad, el estado marital, no se asociaron con la demanda insatisfecha, pero el nivel educativo bajo de las mujeres, se asoció con la misma, así mismo el ser ama de casa se asoció con la demanda insatisfecha. La demanda insatisfecha debe ser considerada para el desarrollo de programas en donde se gestionen recursos humanos como materiales y conocimientos que provean a las mujeres de opciones para decidir el uso de anticonceptivos.

En síntesis estudios realizados en torno a la temática de interés muestran hallazgos interesantes que influyen en el uso de MA, la mayor parte de la literatura es de autores de países extranjeros que han abordado la problemática en contextos diferentes a México. En el caso de México, se han realizado pocas investigaciones, algunas de ellas se han realizado de forma tangente, en adolescentes, dejando rezagadas a las mujeres de 18 a 24 años y sin considerar la promoción de la salud como aspecto prioritario para la modificación de conductas, además los estudios encontrados no dan una idea lo

suficientemente acabada de la problemática; además de no ofrecer un corpus teórico suficiente. Por lo tanto, es importante cuestionarse acerca de los factores que intervienen en el uso de los MA, específicamente los AH que han demostrado ser altamente efectivos y reversibles (permiten retornar a la fertilidad inmediatamente).

La literatura de tipo cualitativo revela que existen investigaciones desde la subjetividad de las mujeres, sin embargo existen pocos referentes a sentimientos o emociones que influyen en el uso de los anticonceptivos. En este caso, se buscó aportar evidencia empírica, que permita tener un conocimiento más profundo del fenómeno desde la subjetividad de las mujeres para conocer su realidad anticonceptiva construida a través del tiempo. El fenómeno de los AH es un tema que ha sido abordado por disciplinas como la psicología, la medicina, la antropología, la sociología y en menor medida por la enfermería.

Esta última ha propuesto las teorías de situación específica (TSE), como alternativa para explicar y responder a un fenómeno, porque busca operacionalizar conceptos específicos para facilitar su aplicación a la práctica, a partir de la teoría. Las TSE, son aquellas que tienen representaciones y descripciones coherentes de un conjunto de conceptos y explican sus relaciones entre estos, así como la predicción de resultados relacionados a estas descripciones. La representación puede ser una situación clínica, administrativa, de política, enseñanza u otras. Es menos abstracta que la teoría de rango medio y tienen un número de conceptos descritos, que denotan la contribución a un campo definido de la disciplina (Meleis, 2005).

De acuerdo a esto se propuso desarrollar una TSE que apoyó la explicación de la conducta anticonceptiva en mujeres 18 a 24 años de edad y permitió conocer una estructura más clara para la interpretación de esta conducta y aquello que influye, así como brindar un panorama holístico del fenómeno. Así mismo permitió conocer qué pasa, por qué y cómo ocurre, además ayudó a describir y explicar el fenómeno y también tener la posibilidad de comprobarse empíricamente, con la finalidad de mejorar la

conducta anticonceptiva en mujeres, dado que la salud reproductiva es fundamental para las personas, las parejas y las familias, así como para el desarrollo social y económico de las comunidades (OMS, 2003).

Contar con un modelo que explique de manera integral esta conducta en las mujeres puede servir como guía para la modificación de intervenciones eficaces, dado que dentro de la Asociación de Diagnósticos de Enfermería (NANDA, por sus siglas en inglés) no existe un diagnóstico específico para la conducta anticonceptiva, solo se presenta el dominio y la clase enfocados hacia la reproducción, así como actividades en función de mejorar la planificación familiar. Sin embargo, la planificación familiar solo es un aspecto de la conducta anticonceptiva. Por lo tanto este estudio puede servir como punto de partida para el desarrollo de diagnósticos en materia de salud reproductiva, en específico, de la conducta anticonceptiva.

Además, pretende agregar nuevos conocimientos por medio de la creación de un modelo del fenómeno de la conducta anticonceptiva que interrelacione variables de diversos niveles, por lo que se propone que a través del empleo de los métodos mixtos, que ha sido una estrategia poco utilizada en este fenómeno, se pueda dar mayor explicación y profundidad al tema. La literatura indagada muestra que las variables se han estudiado por separado, con metodología cuantitativa (CUAN) o cualitativa (CUAL), por lo que se puede sugerir que el fenómeno está parcialmente explicado.

Los métodos mixtos con diseños secuenciales han sido los que se han trabajado en la conducta anticonceptiva, sin embargo estos diseños sólo son aplicables para apoyar los resultados obtenidos de un tipo de metodología CUAN a CUAL o viceversa, no así que apoyen el surgimiento de nuevas variables. En este aspecto, los datos cuantitativos proveen información de tipo numérica e inferencias estadísticas del fenómeno, además de explorar el efecto que tienen algunas variables en la conducta anticonceptiva. Los hallazgos cualitativos pueden complementar los hallazgos cuantitativos y viceversa. El

método cualitativo puede ser usado para conocer las experiencias, el significado y las percepciones de las mujeres de la conducta anticonceptiva.

Para el estudio de la conducta anticonceptiva en mujeres, el cual ha sido estudiado por diferentes autores en diversas poblaciones, la posición teórica más apropiada para abordarla es el construccionismo social. Según este planteamiento, las concepciones, los valores y prácticas son hechos culturales, por lo tanto, difieren de una cultura a otra. Los individuos aprenden y construyen su conducta anticonceptiva en el contexto sociocultural donde se desarrollan, en el transcurso de experiencias y elecciones, en el marco siempre de las posibilidades que ofrece la sociedad en la que viven, así se va creando una particular trayectoria de conducta anticonceptiva que lleva consigo la huella de la historia cultural (Núñez, 2010).

Para entender las percepciones de las mujeres, obtener las inferencias estadísticas a través de la construcción de la realidad, se propuso un diseño concurrente transformativo que permitió la triangulación de los datos, este tipo de diseño realiza recolección de datos diferentes de un mismo tópico, en un mismo tiempo, la razón para recolectar datos cuantitativos y cualitativos paralelamente, es que el análisis sea concurrente y puedan ser comparados y contrastados, permitiendo que un dato sea transformado en otro tipo y realizar una interrelación y/o la fusión de los mismos, así mismo, logrando hacer metainferencias acerca del fenómeno y consolidar nuevas variables que puedan ser integradas en el modelo transformándolo hasta una versión final, no así otros tipos de diseños como los de tipo secuencial, que solo complementan resultados.

Por lo anterior el propósito del presente estudio fue desarrollar un modelo de la conducta anticonceptiva en mujeres de 18 a 24 años, utilizando métodos mixtos.

Marco Teórico

Para el desarrollo de la Modelo explicativo de la conducta anticonceptiva en mujeres (MOCAM), se tomaron como base conceptos del Modelo de Promoción de la

Salud de Nola J. Pender (2006). Además considerando que el diseño de estudio es mixto se utilizó como marco metodológico la epistemología del construccionismo social y como perspectiva teórica el interaccionismo simbólico. Mismos que son presentados en este orden a continuación.

Modelo de Promoción de la Salud

El Modelo de Promoción de la Salud (MPS), ofreció una guía para explorar los complejos procesos biopsicosociales que motivan a los individuos a controlar sus conductas hacia la mejora de su salud. Proviene de diferentes teorías y modelos, como la de creencias en salud, la de autoeficacia, entre otras. Este modelo posee tres grandes rubros que se relacionan hasta tener como resultado la conducta promotora de salud, los cuales son características individuales y experiencias, cogniciones conductuales específicas y afecto y el resultado conductual. Este modelo cuenta con catorce proposiciones teóricas:

1. La experiencia previa, lo heredado y las características adquiridas influyen las creencias, el afecto y la promulgación de la conducta promotora de salud.
2. Las personas comprometidas, adoptan conductas de las cuales ellos deriven personalmente beneficios anticipadamente.
3. La percepción de barreras pueden restringir el compromiso a la acción, actúa como mediador de la conducta.
4. Competencia percibida o autoeficacia a ejecutar una conducta dada incrementa la probabilidad de compromiso a la acción y a mejores resultados de la conducta actual.
5. Mayor autoeficacia percibida resulta en menores barreras percibidas a una conducta específica de salud.
6. Afecto positivo hacia una conducta resulta en una mayor autoeficacia percibida, el cual incrementa el afecto positivo.
7. Cuando las emociones positivas o afecto son asociados con una conducta la probabilidad de compromiso y acción se incrementan.

8. Las personas tienen más probabilidad de compromiso y adoptar conductas promotoras de salud, cuando otros modelos de conductas significantes suponen que la conducta ocurra y que la asistencia y el apoyo permitan la conducta.

9. Familias, pares, y personal de salud son importantes fuentes de influencia interpersonal y pueden incrementar o disminuir el compromiso y adaptación de conductas promotoras de salud.

10. Influencias situacionales y el ambiente externo pueden incrementar o disminuir el compromiso a la participación en conductas promotoras de salud.

11. Un gran compromiso a un plan específico de acción incrementa la probabilidad que las conductas promotoras de salud sean duraderas.

12. Compromiso a un plan de acción tiene menos efecto en la conducta deseada cuando las demandas compiten sobre las cuales las personas tienen poco control y requieren atención inmediata.

13. Compromiso a un plan de acción tiene menos efecto en la conducta deseada, cuando otras acciones son más atractivas y preferidas que la conducta.

14. Las personas pueden modificar cogniciones, afecto y los ambientes físico e interpersonal y crear incentivos para la acción de salud.

En la figura 1, se muestra el Modelo de Promoción de la Salud de Pender (2006). A continuación, se detallan las categorías y los conceptos que incluye cada una de ellas. Las características individuales y experiencias son aquellas características únicas y vivencias que afectan subsecuentemente las acciones. Dentro de este rubro se encuentran la experiencia previa y los factores personales clasificados en biológicos, psicológicos y socioculturales.

La experiencia previa.

La experiencia previa se refiere a conductas iguales o similares realizadas en el pasado, que afectan la conducta actual. Por otra parte Ajzen (1991), define a la experiencia previa como acciones o reacciones en el pasado de una persona, en respuesta

a un estímulo externo. Estas experiencias previas, en cuanto sean realizadas con mayor frecuencia, tienden a reforzar la conducta actual o a declinarla, dependiendo si fueron positivas o negativas. Para fines de este estudio se define el uso previo de anticonceptivos: como el uso previo en función de la cantidad de métodos anticonceptivos utilizados, para reforzar la conducta anticonceptiva.

Factores personales.

Los factores personales son características generales de la persona que influyen en la conducta, categorizadas en *biológicos*, *psicológicos* y *socioculturales*. Los factores personales biológicos son características generales de la persona no modificables que influyen en la conducta, en este modelo se consideró la edad como factor biológico y se define como el tiempo que ha vivido una persona, en este caso las mujeres. Los factores personales psicológicos son los procesos a nivel individual y sus interpretaciones que influyen en los estados mentales (Dumoy, 1999). En este estudio se consideró la actitud como factor personal psicológico. La actitud, en la psicología se define como “estado mental y neural de disposición para responder, organizado por la experiencia, directiva o dinámica, sobre la conducta respecto a todos los objetos y situaciones con los que se relaciona” (Allport, 1935).

Dentro de la perspectiva conductista se destaca a Bem (1967), el cual define la actitud como “estilo particular de respuesta verbal en la cual el sujeto no describe su ambiente privado interno, sino su respuesta pública habitual, accesible a observadores; con el cambio de paradigma del conductismo al cognitivismo, diversos autores la definen como “un conjunto de predisposiciones para la acción (creencias, valoraciones, modos de percepción, etc.) que está organizado y relacionado en torno a un objeto o situación”.

En la estructura de las actitudes, existen dos conceptualizaciones o modelos importantes. a) Modelo Unidimensional, consiste en enfatizar el componente evaluativo de la actitud, utilizando el término para referirse “a un sentimiento general,

permanentemente positivo o negativo, hacia alguna persona, objeto o problema” (Petty & Caccioppo, 1981), en este caso existen sentimientos referidos por las mujeres tales como, vergüenza, miedo, culpa; b) Modelo Multidimensional. La actitud se entiende como “una predisposición a responder a alguna clase de estímulos con cierta clase de respuestas” (Rosenberg, Hovland, McGuire, Abelson, & Brehm, 1960). Beckler (1984), intentó operacionalizar el modelo multifactorial de la actitud. Mantiene que existe un triple componente en toda actitud, y esos tres componentes se relacionan entre sí. Los tres componentes son:

- Componente Afectivo. Se ha considerado siempre como el componente fundamental de la actitud. Así, conocido un objeto es posible y probable que se asocie con sentimientos de agrado y desagrado a tal conocimiento, especialmente si los referentes son de alguna importancia (interés, valor) para el sujeto. Una de las formas más usualmente consideradas, por la que los objetos adquieren carga afectiva, es el condicionamiento (experiencia), pero también la reflexión puede serlo.
- Componente cognitivo: podría ser la introducción al fundamento principal de la actitud. Podrán ser más o menos erróneos, o muy parciales, los conocimientos que una persona tiene de un objeto, pero por sí mismos son suficientes para fundamentar una actitud.
- Componente conativo o comportamental. Hacen referencia a intenciones conductuales o tendencias de acción en relación a una actitud. Es el aspecto dinamizador de la actitud. Se trata de una consecuencia de la conjunción de los dos componentes anteriormente citados.

Por lo anterior se consideró la actitud para la conducta anticonceptiva, como la evaluación positiva o negativa de la mujer hacia el uso de los anticonceptivos.

Los factores personales socioculturales son aquellos de índole social y cultural que juegan un papel importante en la conformación de las percepciones para responder a

los problemas de salud y enfermedad de una comunidad o sociedad, donde las personas interactúan entre sí mismas, con el medio ambiente y con otras sociedades. Los cuales son considerados en relación a la estructura social y la sociedad, tales como el estatus socioeconómico, la religión, la raza, la etnia. La religión, es un fenómeno humano sumamente complejo que abarca y comprende toda una variedad de dimensiones y formas de vida, tanto individuales como colectivas es un fenómeno que constituye una parte esencial en la cultura de cualquier grupo humano. La religión como parte de ese comportamiento aprendido y compartido por los miembros de un determinado grupo humano, en definitiva, como parte de la cultura. La religión es entendida pues como “patrones de creencias, valores y comportamientos adquiridos por los miembros de una sociedad, ya sea como resultado de aprendizaje consciente o de la imitación” (Cantón, 2001).

Más aún las prácticas religiosas son acciones que se realizan en tiempos y espacios objetivos y subjetivos, en contextos donde se configuran entramados de significaciones de diferentes situaciones, objetos y sujetos localizados dentro del campo religioso. Las personas pueden referir una religión y no seguir las prácticas de la misma, pero hay personas quienes son fieles a sus preceptos y prácticas como el ayuno y el no apoyo a la anticoncepción, entre otras, se ha encontrado que quienes más compromiso tienen por su religión tienden a guiar sus conductas bajo sus normas, de esta forma encontramos que el compromiso religioso es el grado en el cual una persona se adhiere, a sus valores, creencias y prácticas religiosas y además las usa en la vida diaria (Worthington, McCullough, Berry, & Ripley, 2003). En el contexto mexicano el mayor porcentaje de la población refiere ser de religión católica, la cual prohíbe el uso de cualquier método que no sea natural, sin embargo a través del tiempo se ha modificado el precepto de "todos los hijos que Dios me dé", por aquel de los hijos que pueda mantener, hay mujeres que debido a su compromiso con la religión no utilizan MA por considerarlo un pecado (Doctor et al., 2009). Es por ello que en este estudio se define el

compromiso con la religión como el grado en el cual una persona se adhiere a sus valores, creencias y prácticas religiosas y además las usa en la vida diaria.

Ingreso económico.

Ingreso económico, se refiere al monto de dinero con los que cuenta una persona, entre los cuales se encuentran el salario (si tiene empleo remunerado) y las propiedades. En ocasiones no existe este ingreso, dándose una subordinación hacia la persona que provee de estos (Mejía, 2008). Las mujeres que no tienen un trabajo remunerado, en especial las estudiantes y aquellas que son solteras, generalmente se encuentran bajo la subordinación económica de sus padres, lo que las coloca en posición vulnerable por ser dependientes no solo económicamente, sino también de sus decisiones, como los aspectos reproductivos.

Auto eficacia.

El autoeficacia, es el juicio de la capacidad personal para organizar y llevar a cabo un curso de acción en particular (Pender, 2006). Sin embargo, este concepto ha sido abordado desde varias perspectivas y definida por varios autores, del cual Bandura lo popularizó con su Teoría de la autoeficacia para la cual tiene dos ideas la primera es que las intervenciones que modifican el ambiente son eficaces para modificar la conducta y la segunda que la intervención cognitiva del sujeto es imprescindible” (Valencia, 2006) y Bandura la define como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento”(Bandura, 1997).

Sin embargo, otros autores también la han definido como un estado psicológico en el cual la persona evalúa su capacidad y habilidad de ejecutar determinada tarea, actividad o conducta, entre otros, en una situación específica con un nivel de dificultad previsto (Bardales, Díaz, Jiménez, Terreros, & Valencia, 2006). Las mujeres realizan juicios acerca de su capacidad de usar o no AH, esto se demuestra en que mujeres latinas tienden a usar métodos eficaces pero fáciles de usar como las inyecciones, no así las

pastillas. La autoeficacia para la conducta anticonceptiva en mujeres se define como la capacidad personal percibida por la mujer de que puede usar métodos anticonceptivos.

Numerosos estudios han demostrado como las personas con unos niveles altos de autoeficacia, tienen una mejor adaptación biológica, psicológica y social a sus situaciones particulares de vida (Carrasco & Del Barrio, 2002; Chacón, 2001; Lavelle, 2006) y a las relaciones con sus entornos culturales y pares sociales (Araque, López, De los Riscos, Godoy, & 2001; Hernández, Barrueco, Torrecilla, Jiménez, & Gonzáles, 2001).

Beneficios.

Beneficios percibidos, son las percepciones de las consecuencias positivas que refuerzan una conducta de salud. Cuando las mujeres perciben un mayor número de beneficios es más probable que realicen una conducta promotora que evite los riesgos. En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, sí la mujer percibe consecuencias positivas, consideran una buena razón para usarlos. Es por ello que los beneficios para la conducta anticonceptiva se definen como las percepciones de las consecuencias positivas de usar anticonceptivos.

Barreras.

Barreras percibidas, son las percepciones de los obstáculos, dificultades y los costos personales de llevar a cabo una conducta de salud. Las personas que perciben obstáculos para realizar una conducta tienen menor probabilidad de ejecutarla, tales barreras pueden ser reales o imaginarias. En este estudio se definen las barreras para la conducta anticonceptiva, como las percepciones de los obstáculos, dificultades económicas o de acceso, así como complicaciones para usar anticonceptivos.

Influencias interpersonales.

Las influencias interpersonales, las cuales son cogniciones concernientes a las conductas, creencias o actitudes de otros, que pueden o no corresponder con la realidad y que influyen en la conducta de la persona. La fuente primaria de influencias

interpersonales son la familia (padres y hermanos), amigos, pareja y profesionales de la salud. Las influencias interpersonales incluyen normas sociales, conjunto de estándares que representan lo que los individuos pueden adoptar o rechazar; apoyo social, para realizar conductas y utilizar los recursos ofrecidos por otros; modelamiento mediante la observación (Pender, 2006). También se ha reportado que se consideran importantes las relaciones interpersonales, dado que las habilidades de relación interpersonal son un repertorio de comportamientos que adquiere una persona para interactuar y relacionarse con sus iguales y con los adultos de forma efectiva y mutuamente satisfactoria (Rivas, 2008).

El ser humano es esencialmente un sujeto social que vive y se desarrolla en un proceso de aprendizaje social que ocurre inmediatamente después del nacimiento. Por tanto, la familia es la primera unidad social donde el niño se desarrolla y donde tienen lugar las primeras experiencias sociales (Rivas, 2008). En este estudio y dado que la literatura no define el rol que juega la red social en el uso de los anticonceptivos, se definen y clasifica a las influencias interpersonales para el uso de anticonceptivos en: 1) Familia: apoyo percibido de los miembros de la familia para la CAM; 2) Pareja: apoyo percibido por parte de la pareja para la CAM; 3) Personal de salud: apoyo percibido por el personal de salud (médicos, enfermeras, entre otros) para la CAM.

Influencias situacionales.

Las influencias situacionales, se definen como las percepciones personales y cogniciones de cualquier situación o contexto que faciliten o impidan la conducta, incluyen percepciones de opciones disponibles, características de demanda estética y características del ambiente en el cual una conducta esta propuesta a dar lugar. Los individuos se sienten atraídos y se desempeñan competentemente en situaciones o contextos ambientales en el cual ellos se sientan compatibles, relacionados, seguros y tranquilos (Pender, 2006). La demanda insatisfecha en anticoncepción es un factor muy

importante, dado que es un indicador importante para determinar si la demanda de anticonceptivos está cubierta en la población que la solicita.

El concepto de demanda insatisfecha denota a las mujeres y parejas que no quieren tener otro alumbramiento en los dos años siguientes, o nunca, pero no están utilizando un método anticonceptivo (Casterline & Sinding, 2000). La demanda insatisfecha es resultado del aumento de la demanda, las limitaciones en la prestación de servicios, la falta de apoyo por parte de comunidades y cónyuges, la información errónea, los costos financieros y las restricciones en el transporte. En general esta demanda no está cubierta, lo que aumenta el riesgo de embarazo al no usar un anticonceptivo. Esta variable se define como es la dificultad de acceso a los MA, ya sea por costo, accesibilidad, o distribución.

Conducta.

Resultado conductual, es el bloque final del modelo que consta de la conducta promotora de salud son los resultados positivos de salud para la persona, mejoran la salud, la capacidad funcional y una mejor calidad de vida. En este caso se define la conducta anticonceptiva como el uso correcto y sostenido de los métodos anticonceptivos en las mujeres.

Figura 1. Modelo de Promoción de la Salud, Nola J. Pender.

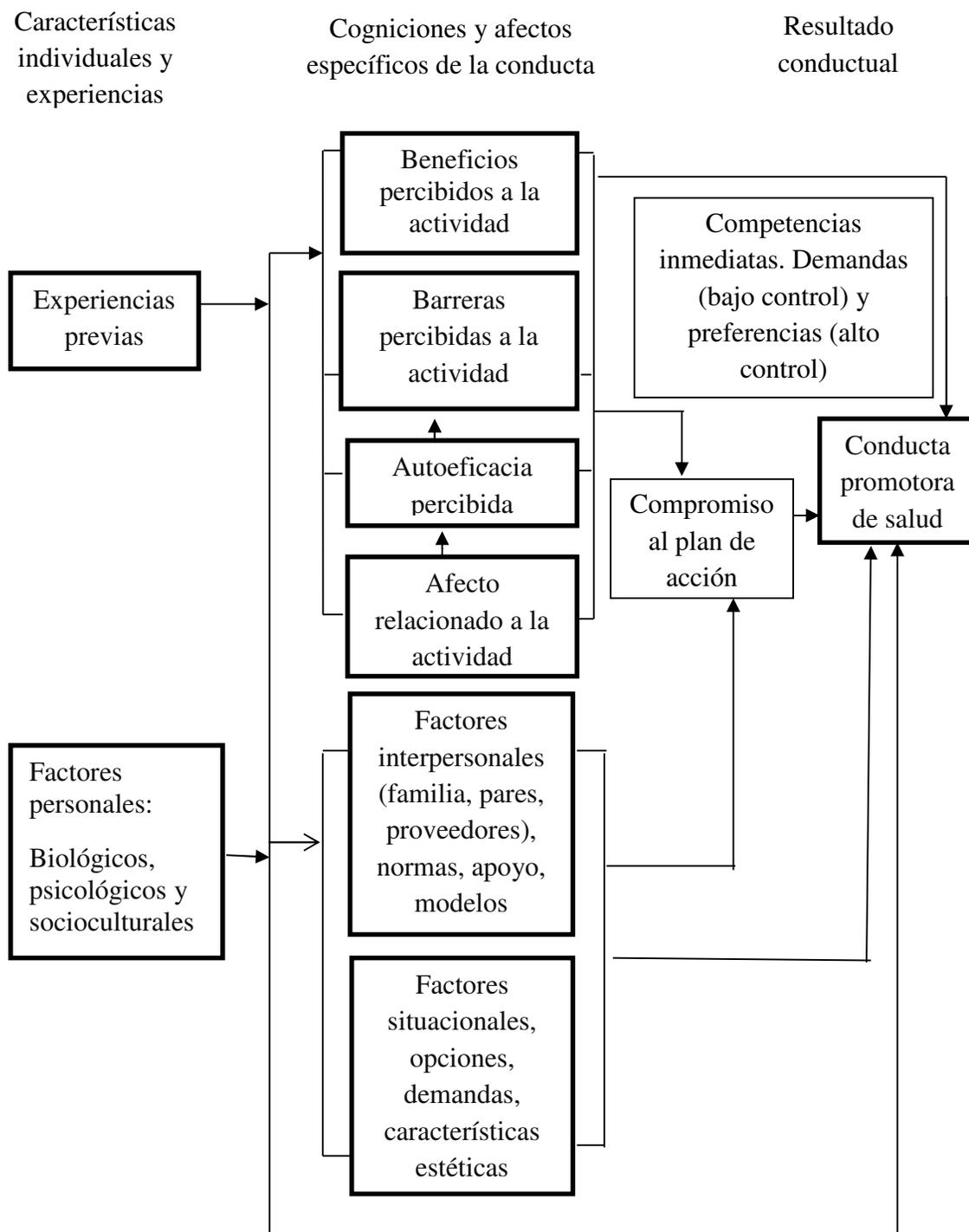


Figura 1. Modelo de promoción de la salud, Nola J. Pender, 2006; revisado, Derechos de autor reservados para Nola J. Pender, Universidad de Michigan.

Marco Metodológico

Epistemología: construccionismo social.

Es necesario contar con una epistemología que sustente la metodología y diseño de estudio mixto. La epistemología es la teoría del conocimiento integrada en la perspectiva teórica y por lo tanto en la metodología. La epistemología se preocupa por proveer una base filosófica para decidir qué tipos de conocimientos son posibles y cómo podemos asegurar que sean adecuados y legítimos (Crotty 1998), de esta forma la epistemología es un camino para entender y explicar cómo sabemos y qué sabemos.

Para el presente estudio se consideró el construccionismo social, éste señala que no existe una verdad objetiva esperando a ser descubierta por nosotros, sino que la verdad o significado existe dentro o fuera de nuestra participación con las realidades en nuestro mundo. No hay significado fuera de una mente, éste no es descubierto, sino construido, por lo tanto las personas pueden construir significados en diferentes formas de un mismo fenómeno.

El construccionismo social constituye una posición formulada por Berger y Luckman en 1966. De acuerdo al construccionismo, la percepción que se explicita sobre un objeto, un suceso, una persona, una institución; es una construcción donde se entrelazan conocimientos científicos, informaciones fragmentadas, experiencias vividas, creencias, estereotipos, entre otras; que se han creado en la interacción con otras personas y en un contexto social, cultural e histórico. Al respecto Gergen (2007), menciona que “la percepción no es la recepción o duplicación de la información que viene de afuera, sino la construcción de las invariabilidades por medio de las que el organismo puede asimilar y organizar la experiencia”.

Como principios fundamentales de la epistemología construccionista, primero el anti-individualismo la epistemología construccionista sostiene que la única forma de poder comprender el comportamiento del individuo es considerándolo parte integral de la sociedad. No se trata de analizar las relaciones entre individuo y sociedad sino de

considerar al individuo y la sociedad como un todo conjunto. El segundo, el anti-esencialismo mantiene que no hay una "esencia" en el interior del ser humano que lo haga tal y como es (Burr, 1995). No hay unos procesos, estructuras o mecanismos que, en forma de condiciones o rasgos, predeterminen el desarrollo psicológico y emocional del individuo sino que la manera de ser de cada persona y su forma de reaccionar ante las distintas situaciones sociales y vitales es producto de su posición en los distintos entramados sociales de los que forma parte.

La tercera, el anti-realismo parte de la premisa de que no hay una única realidad externa e inmutable sino que existen distintas versiones de la realidad que son producto de la construcción social y cultural del individuo en un tiempo y un entorno determinado. Burr (1995) sostiene que "todo el conocimiento deriva de la perspectiva que se adopta al observar el mundo que nos rodea y esa perspectiva está al servicio de unos determinados intereses". En consecuencia, el individuo es producto de las condiciones y procesos sociales en que se encuentra inmerso y cambia y se adapta al ritmo cambiante de su contexto sociocultural.

Por otro lado, Gergen (1996) señala que el construccionismo social, fundamenta sus planteamientos en cuatro premisas: en la primera se menciona que los términos con los cuales se entiende el mundo no surgen de, ni corresponden con lo que el mundo es realmente. Así que, no hay correspondencia entre mundo y lenguaje, si se establece alguna comunicación entre ellos es únicamente por un cierto tipo de conversación. De esta manera lo que se considera conocimiento del mundo no es producto de la inducción o de la construcción de hipótesis generales, sino que está establecido por la cultura, la historia o el contexto social.

La segunda premisa indica que los términos bajo los cuales el mundo es entendido son artefactos sociales productos de intercambios históricos entre personas. Los modos de describir, explicar y representar la realidad derivan de relaciones. El lenguaje adquiere significado de acuerdo al contexto social en el que se desenvuelve la

persona. Los significados nacen de los procesos de coordinación, desacuerdos, negociaciones entre personas, nada existe por sí, sino que las relaciones anteceden a las cosas o en otras palabras la construyen (Gergen, 1996). Por ejemplo la conducta anticonceptiva ha cambiado de acuerdo a la época histórica.

La tercera premisa indica que en la medida en que se describa, explica o representa la realidad así se le da forma al futuro. Las descripciones del mundo son en sí misma una forma de acción social que tiene consecuencias. El grado en que una manera particular de entendimiento prevalece o se sostiene a través del tiempo no está relacionado estrictamente con su validez empírica de la perspectiva en cuestión sino de las vicisitudes de los procesos sociales. Así pues, si existe algo denominado mundo es sólo una creación del lenguaje, en la medida que las prácticas se modifiquen, el mundo lo hará también (Maldonado, 2011).

En la cuarta premisa se menciona que las formas de entendimiento negociado son de crucial significado en la vida social, en la medida en que se conectan integralmente con otras actividades que las personas realizan en sus vidas diarias. La reflexión sobre las formas de comprensión es vital ya que los valores que fundamentan las ideas tienen un efecto directo sobre la realidad. Por lo tanto, el enfoque que se da es que no existe acceso objetivo a la realidad, ya que ésta es de actividad social. La realidad no es unívoca: existen diferentes versiones de ella dictadas por diferentes tradiciones (Molinari, 2003). Por lo cual, no existe una realidad única, sino varias realidades ya que está depende de la cultura de cada persona, contexto y época histórica.

La experiencia general fue explorada a través de los métodos cuantitativos para medir la relación entre variables y predecir el resultado. La experiencia particular fue explorada desde la metodología cualitativa, para conocer desde el sujeto sus ideas, creencias, percepciones, experiencia acerca de un tema. Los métodos mixtos utilizan ambas metodologías y no solo agregan información, también pueden ser usados para validar un dato o refinar otro (Reinharz, 1992). Además permiten que los investigadores

mejoren el alcance de la realidad y garantizar el conocimiento (Forbes & Griffiths, 2002)

Perspectiva teórica: interaccionismo simbólico.

La perspectiva teórica es la postura filosófica que da información de la metodología y además provee el contexto para el proceso, fundamentar su lógica y sus criterios, que debe ser congruente con la epistemología que el investigador propone y que además muestre compatibilidad con las metodologías y los métodos que emergen de ella. Por lo tanto es cómo el investigador ve el mundo humano, la vida social dentro de ese mundo, en el que tales declaraciones son fundamentadas (Crotty, 1998). El mundo es descrito a través de la clasificación de esquemas mentales (Williams et al., 1996), en términos de epistemología la descripción, asegura que la realidad natural y la realidad social son diferentes y es por ello que se requieren diferentes tipos de métodos, para conocer las diferentes realidades (Hernández, Fernández, & Baptista, 2005). El interaccionismo simbólico, es una perspectiva teórica, el cual es el más ligado al construccionismo social, y a los métodos mixtos (CUAN y CUAL), tanto filosófica como metodológicamente.

El interaccionismo simbólico tiene sus raíces en la escuela de pragmatismo (John Dewey & William James) y del sociólogo Herbert Mead, sin embargo fue Herbert Blumer quien le dio el nombre de interaccionismo simbólico en 1976.

Tiene las siguientes premisas:

1. Los seres humanos actúan hacia las cosas en base a los significados que estas tienen para ellos.
2. El significado de tales objetos es derivado o surge de la interacción social que la persona tiene con otros.
3. Estos significados son centrados y modificados a través de un proceso interpretativo usado por la persona en el trato con las cosas que él encuentra.

Conceptos principales:

1. Sociedad humana y vida del grupo humano: los seres humanos participan en la acción, así mismo los grupos sociales existen en acción y deben ser vistos en términos de acción. Hay dos concepciones dominantes de sociedad:

- Cultura: valores, reglas, qué hacen las personas.
- Estructura social: posición social, estatus, rol, relaciones derivadas de cómo las personas actúan hacia otros.

2. Interacción social: una sociedad consiste en interacciones individuales con otros comprende dos aspectos lo social y lo psicológico que tiene como resultado la conducta humana.

3. Naturaleza de los objetos: El mundo para los seres humanos y para sus grupos están compuestos de objetos y estos son producto de la interacción simbólica. El objeto es cualquier cosa que puede ser indicada, apuntada o referida (objetos físicos: cama, mesa; objetos sociales: amigos, estudiantes; objetos abstractos: principios morales, doctrinas filosóficas, ideas, justicia, amor). El significado de los objetos para las personas surge, porque son definidos por otros con sus interacciones y por la misma persona en interacción con el objeto. Los objetos son creaciones sociales que se definen e interpretan.

4. El ser humano como un organismo actuando. El ser humano debe tener acciones que encajen en la naturaleza de la interacción social. El ser humano no solo es un organismo que responde a otros por estímulos, sino realiza indicaciones de otros e interpreta sus indicaciones. La interacción social (una forma de comunicación) con las persona maneja a la misma persona y sus respuestas a otros. Debe de ser una interacción social consigo mismo, realizando indicaciones para sí mismo y respondiendo a tales indicaciones (auto – interacción).

5. Naturaleza de la acción humana: las personas confrontan un mundo que debe de interpretarse en orden de los actos en un ambiente en el cual tiene que responder. En el acto son requeridas emociones, actitudes, roles, etc.

6. Interconexión de acción: la articulación de líneas de acción de los diferentes actos de diversos participantes, dado que la sociedad tiene diferentes formas de acción preestablecidas, sin embargo estas formas de acción repetidas crean formas de acción nuevas. La interconexión se refiere a las conexiones extendidas de acciones en un grupo humano.

Investigación de descripción cualitativa como marco descriptivo.

La descripción cualitativa es un diseño que tiene como objetivo la comprensión en todos los términos de eventos específicos experimentados por individuos o grupos de individuos, es decir no explica el fenómeno, solo lo describe, a diferencia de los marcos interpretativos. Según Sandelowski (2000) debe ser considerado como categórica, opuesta a la no categórica, como alternativa de investigación; es menos interpretativa que un enfoque de "descripción interpretativa", dado que no requiere que el investigador profundice en los datos, tampoco requiere una interpretación conceptual o muy abstracta de los datos, como en otros diseños.

Los estudios de descripción cualitativa son los menos teóricos de todos los enfoques cualitativos de investigación, dado que no requieren de compromiso teórico o filosófico pre existente, como la fenomenología, que está basada en un marco metodológico que emerge de una tradición disciplinaria específica. Por el contrario la descripción cualitativa tiende a trazar una investigación naturalista, es decir el estudio de algo en su estado natural, es decir no hay pre-selección de variables, no hay manipulación de variables y no existe ningún compromiso con ninguna forma teórica de un fenómeno. Sin embargo aunque la descripción cualitativa es diferente a otros diseños, puede tener matices de otros enfoques, es decir puede tener matices de la teoría fundamentada, porque se usa el análisis comparativo cuando se examinan los datos, pero

no es teoría fundamentada, porque no se produce una teoría de los datos que son generados. Sin embargo el diseño de descripción cualitativa tiende a ser una metodología ecléctica y está basada en las premisas generales de la investigación constructivista.

Modelo de la Conducta Anticonceptiva en Mujeres (MOCAM)

Este modelo se construyó a partir de lo propuesto por el del Modelo de Promoción de la Salud de Pender (2006) para proponer un Modelo de la Conducta Anticonceptiva de las Mujeres (MOCAM), el cual propone una serie de conceptos y sus relaciones que intentan explicar la conducta anticonceptiva, considerando aspectos de tipo personal, interpersonal, sociocultural, cogniciones, lo que pudiera explicar de una forma más integral el fenómeno. El modelo propuesto se deriva de los tres bloques propuestos por Pender (2006).

Las características individuales y experiencias, que incluye experiencia previa y los factores personales (biológicos, psicológicos y socioculturales), de las cuales se consideraron los siguientes conceptos: 1) Uso previo de anticonceptivos: el número de métodos utilizados, para reforzar la conducta anticonceptiva; 2) Edad: es el tiempo que ha vivido una persona; 3) Actitudes para la conducta anticonceptiva en mujeres: es la evaluación positiva o negativa de la mujer hacia el uso de los métodos anticonceptivos; 4) Compromiso con la religión: es el grado en el cual una persona se adhiere, a sus valores, creencias y prácticas religiosas y además las usa en la vida diaria; 5) Ingreso económico: se refiere al monto de dinero mensual con el que cuenta una persona. (ver figura 2)

El segundo bloque cogniciones y afectos específicos de la conducta, que incluye los beneficios percibidos a la actividad, barreras percibidas a la actividad, autoeficacia percibida, afecto relacionado a la actividad, influencias interpersonales e influencias situacionales, se consideraron para el modelo propuesto 6) Beneficios para la conducta anticonceptiva en mujeres, son las percepciones de las consecuencias positivas de usar

métodos anticonceptivos; 7) Barreras para la conducta anticonceptiva en mujeres: es la percepción de obstáculos, dificultades, así como complicaciones de usar métodos anticonceptivos 8) Autoeficacia para la conducta anticonceptiva en mujeres: es la capacidad percibida de la mujer de que puede usar métodos anticonceptivos; 9) Influencias interpersonales familia: apoyo que percibe una mujer por parte de los miembros de la familia para la conducta anticonceptiva; 10) Influencias interpersonales pareja: apoyo percibido por parte de la pareja para la conducta anticonceptiva; 11) Influencias interpersonales personal de salud: apoyo percibido por el personal de salud (médicos, enfermeras, etc.) para la conducta anticonceptiva; 12) La demanda insatisfecha de anticonceptivos, es la dificultad de acceso a los MA, ya sea por accesibilidad, o distribución. (ver figuras 3 y 4)

Finalmente, en el tercer bloque se encuentra el resultado conductual, que incluye la conducta promotora de salud, para el modelo propuesta se considera la conducta anticonceptiva, la cual se define como el uso correcto y sostenido de los MA, que de aquí en adelante se conocerá como CAM (ver figura 5). En la figura 6, se presenta el modelo propuesto para este estudio.

Figura 2. Estructura teórico-conceptual-empírica de características individuales y experiencias

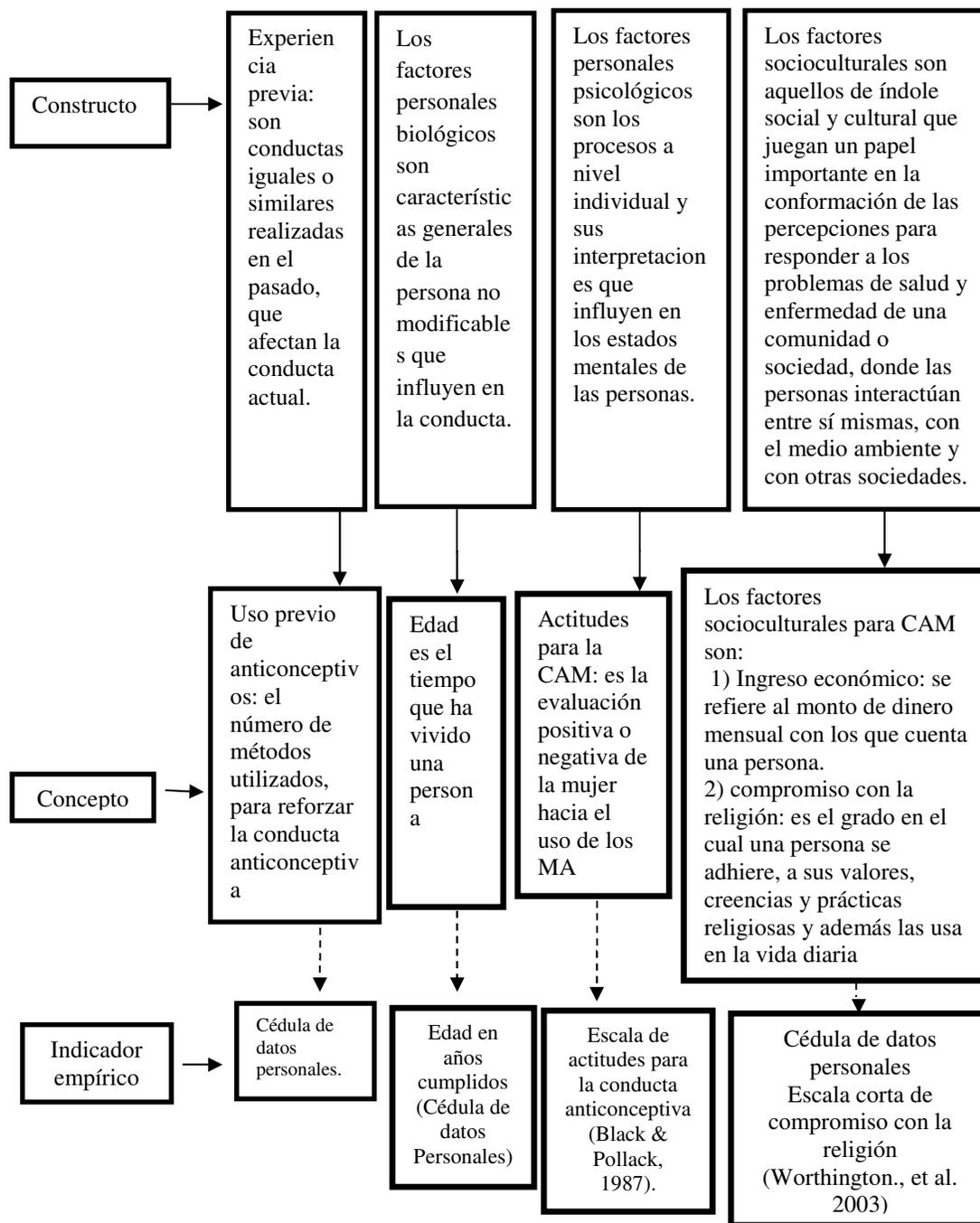


Figura 2. Estructura teórico-conceptual-empírica características individuales y experiencias, adaptado para la conducta anticonceptiva (Caudillo & Benavides, 2014) del Modelo de Promoción de la Salud (Pender, 2006), Derechos reservados Universidad Autónoma de Nuevo

Figura 3. Estructura teórico-conceptual-empírica cogniciones específicas de la conducta (primera parte)

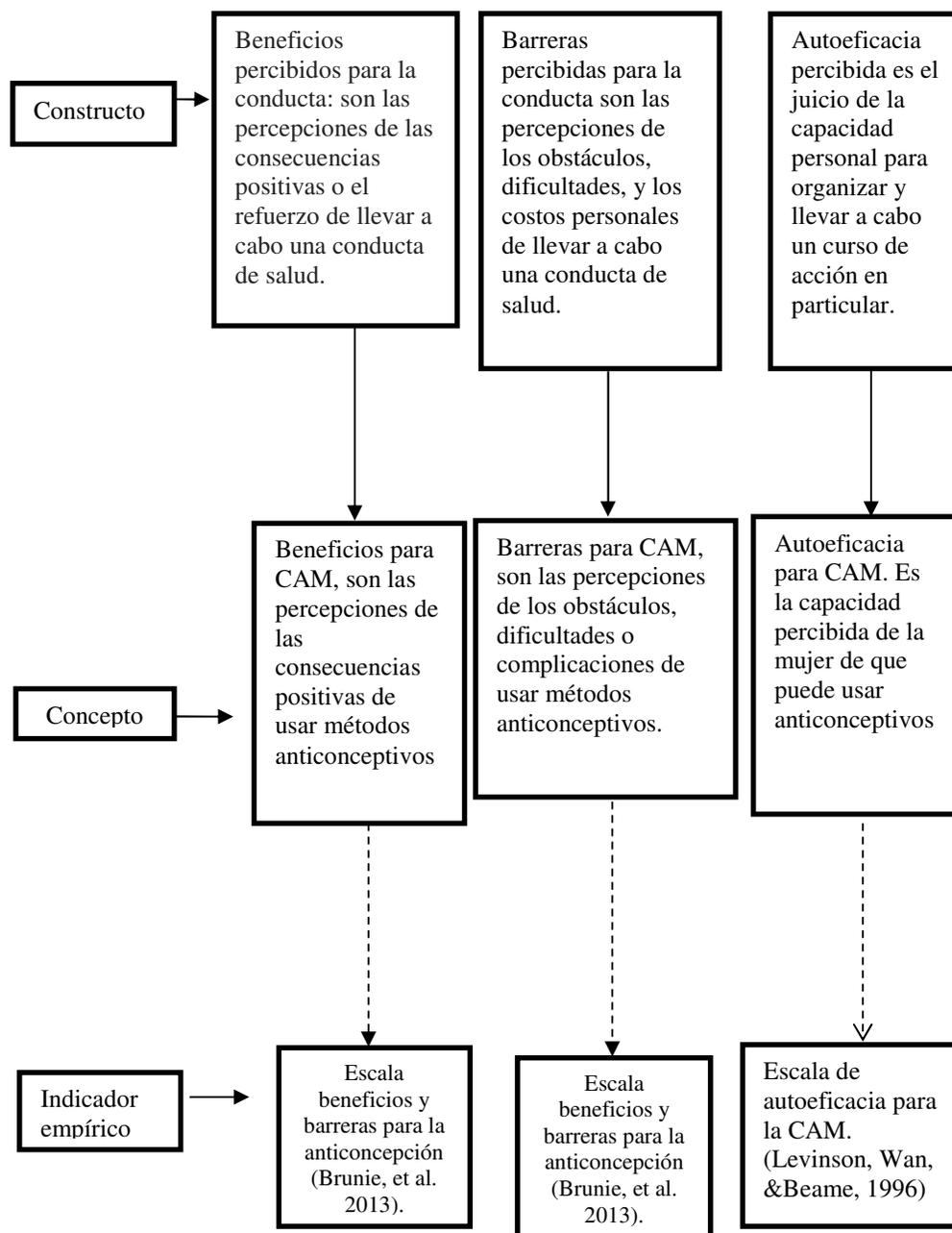


Figura 3. Estructura teórico-conceptual-empírica cogniciones específicas de la conducta, adaptado para la conducta anticonceptiva (Caudillo & Benavides, 2014) del Modelo de Promoción de la Salud (Pender, 2006), Derechos reservados Universidad Autónoma de Nuevo León.

Figura 4. Estructura teórico-conceptual-empírica cogniciones específicas de la conducta (segunda parte)

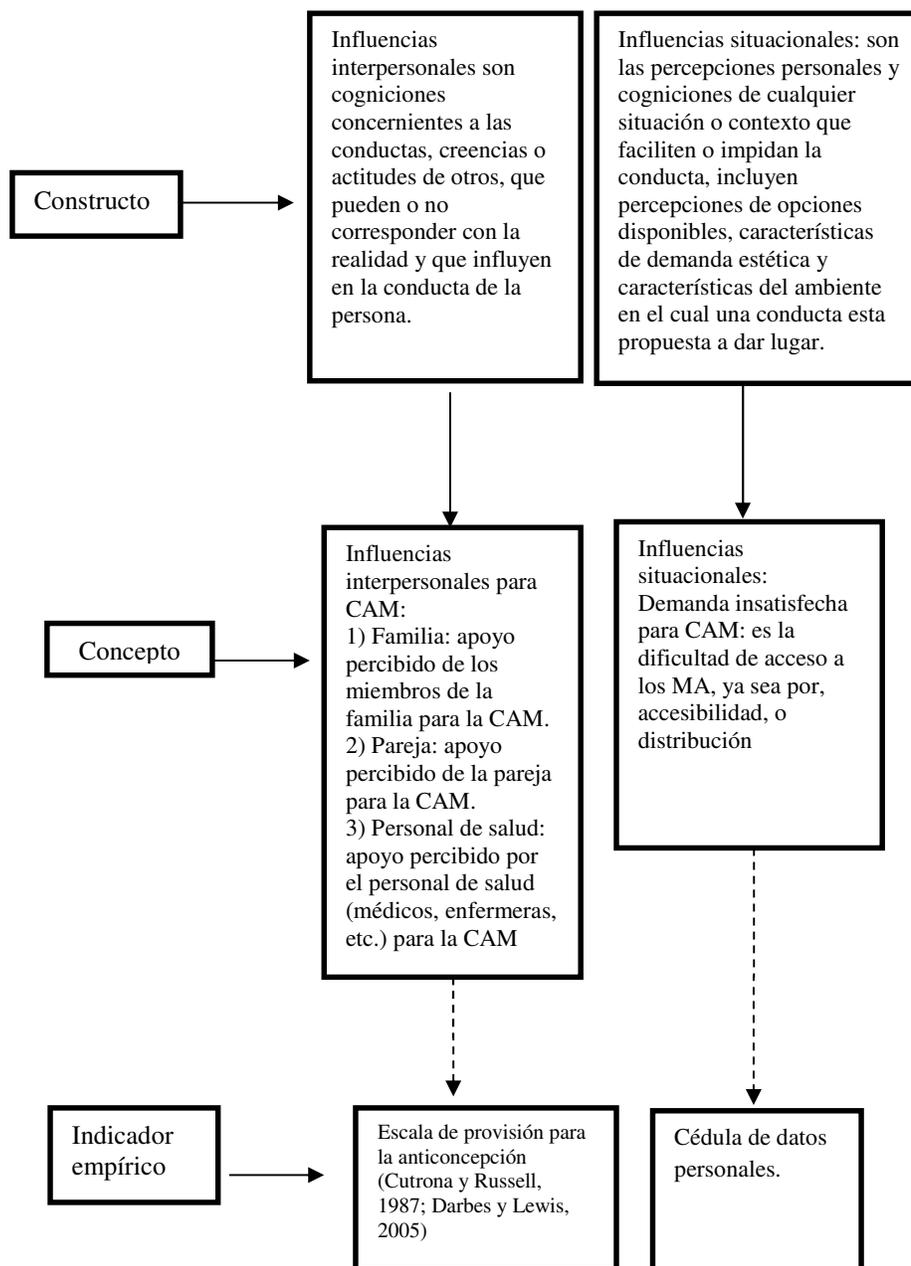


Figura 4. Estructura teórico-conceptual-empírica cogniciones específicas de la conducta, adaptado para la conducta anticonceptiva (Caudillo & Benavides, 2014) del Modelo de Promoción de la Salud (Pender, 2006), derechos reservados Universidad Autónoma de Nuevo León.

Figura 5. Estructura teórico-conceptual-empírica resultado conductual

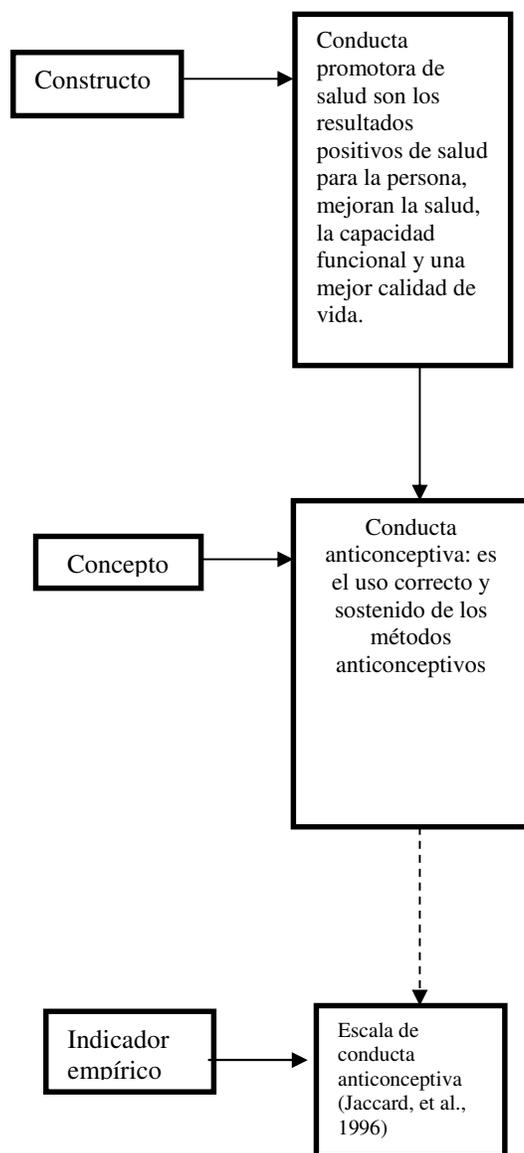


Figura 5. Estructura teórico-conceptual-empírica resultado conductual, adaptado para la conducta anticonceptiva (Caudillo & Benavides, 2014) del Modelo de Promoción de la Salud (Pender, 2006), derechos reservados Universidad Autónoma de Nuevo León.

Figura 6. Modelo de la Conducta Anticonceptiva en Mujeres (MOCAM)

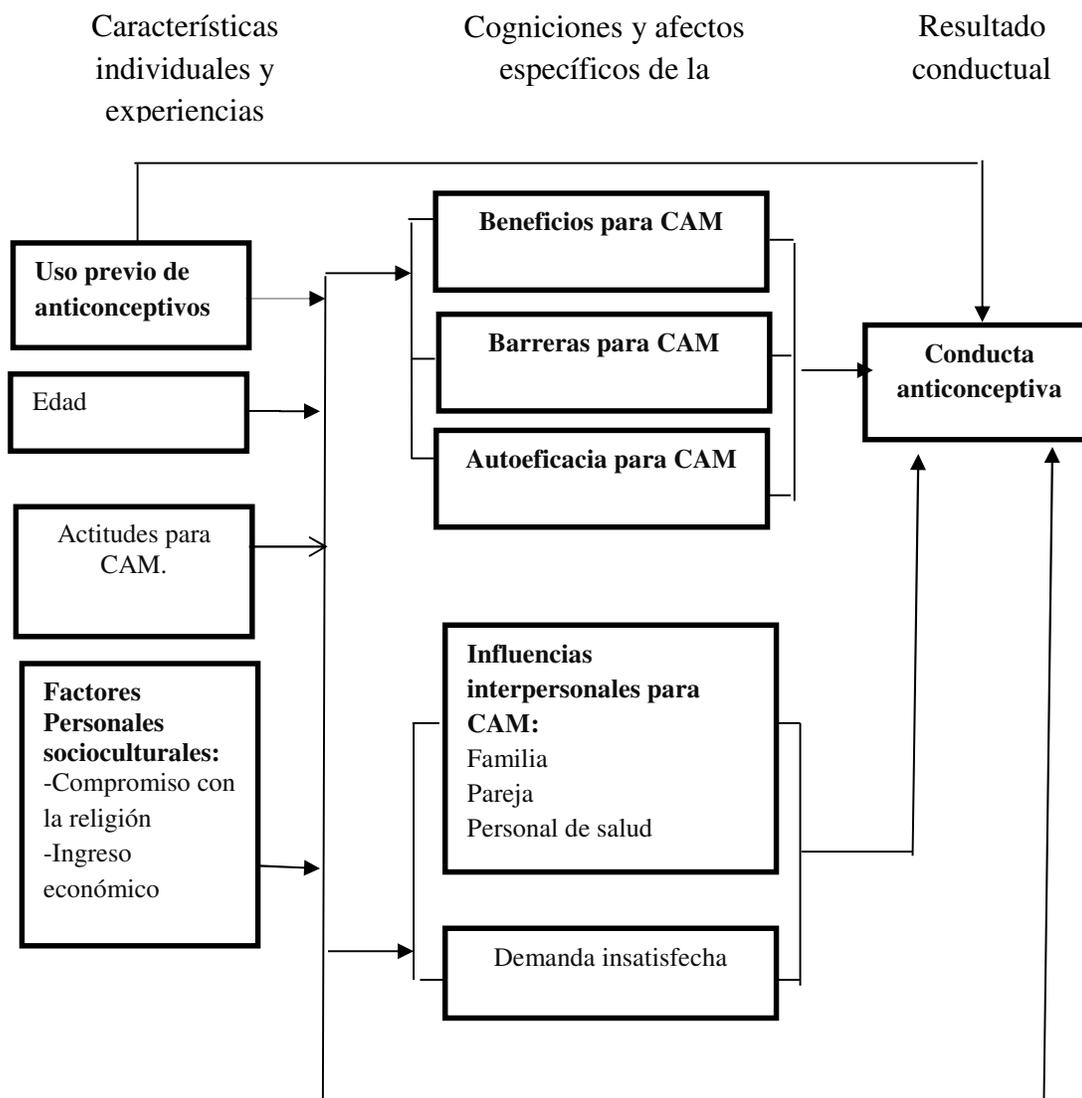


Figura 6. Modelo de la Conducta Anticonceptiva en Mujeres (Caudillo & Benavides, 2014) adaptado del Modelo de Promoción de la Salud (Pender, 2006), derechos reservados Universidad Autónoma de Nuevo León.

Derivado de lo anterior se realizan las siguientes proposiciones

1. El uso previo de anticonceptivos influye en la conducta anticonceptiva, en los beneficios percibidos para la CAM, barreras percibidas para la CAM, autoeficacia percibida para la CAM, las influencias interpersonales (familia, pareja y personal de salud) para la CAM y la demanda insatisfecha.
2. La edad, las actitudes para la CAM, el compromiso religioso e ingreso económico influyen en la conducta anticonceptiva.
3. La edad, las actitudes para la CAM, el compromiso religioso e ingreso económico influyen en los beneficios percibidos para la CAM, barreras para la CAM y autoeficacia para la CAM.
4. La edad, las actitudes para la CAM, el compromiso religioso e ingreso económico, influyen en las influencias interpersonales (familia, pareja y personal de salud) para la CAM y la demanda insatisfecha.
5. Los beneficios para la CAM, barreras para la CAM y la autoeficacia para la CAM influyen en la conducta anticonceptiva.
6. Las influencias interpersonales (familia, pareja y personales de salud) para la CAM y la demanda insatisfecha, influyen en la conducta anticonceptiva.

Estudios Relacionados

A continuación se presentan los estudios correspondientes al fenómeno de interés, así mismo como las variables y la relación con otras variables dentro del modelo propuesto.

Uso previo de anticonceptivos.

La variable uso previo métodos anticonceptivos ha mostrado asociación en el uso de anticonceptivos hormonales, tal y como Cox et al. (2010), realizó un estudio en 481 mujeres del área de Texas, donde reportó que haber usado el condón consistentemente, aumenta la probabilidad de usar un método hormonal correctamente ($OR, 2.27; IC\ 95\%, [1.33-3.87], p<.001$). Ersek et al. (2011), realizaron un estudio en

mujeres universitarias de 18 a 36 años para conocer la satisfacción y uso discontinuo en la anticoncepción y reporta que aquellas mujeres que primero usaron un método natural o de barrera, tenían un uso más consistente de AH ($OR= 0.09$; $IC\ 95\% [0.04, 0.20]$, $p<.01$). Ong et al. (2012), hicieron un estudio en 1006 mujeres de Australia de 15 a 50 años, donde reportó que las mujeres que utilizaron un MA previo como el ritmo, tendieron a usar métodos más efectivos posteriormente como las inyecciones o los hormonales orales ($OR, 0.6$; $IC\ 95\% [0.5, 0.8]$, $p <.0001$).

Irani (2013) realizó un estudio cualitativo con grupos focales en mujeres de 18 a 25 años y encontró que aquellas que habían utilizado un método anticonceptivo en los últimos tres meses de su relación, tendían a utilizar un método de forma correcta y sostenida un método en su última relación sexual. Wang, Cheng y Chou (2008), en su estudio encontraron que las mujeres que usaron un MA en su última relación, tendían a utilizar un método de forma continua en su siguiente relación ($B=.059$, $p<.0001$). El uso de varios métodos, influye en el uso posterior de los métodos de forma correcta y sostenida, dado que adquieren experiencias positivas y negativas que les permiten reforzar la conducta.

Edad.

La variable edad influye en la conducta anticonceptiva en mujeres Lessard et al. (2012), realizaron un estudio en seis clínicas de diferentes Estados de los Estados Unidos, con 574 mujeres y reportó que las mujeres menores de 20 años prefieren métodos anticonceptivos baratos y fáciles de usar ($X^2 =63.62$, $p<.05$). Así mismo Wang et al. (2008), reportó en un estudio en China en mujeres de 16 a 20 años con el objetivo de desarrollar un modelo causal de la intención anticonceptiva y encontró que no existe diferencia significativa en la conducta anticonceptiva entre las diferentes edades $X^2 = 4.26$, $p = .665$. Ong et al. (2012), realizó un estudio con mujeres de 15 a 50 años y encontró que las mujeres de menos de 25 años de edad tienen mayor probabilidad de

usar un método anticonceptivo que las mujeres de más de 25 años ($OR = 2.4$, $IC\ 95\%$ [1.8, 3.3], $p < .001$).

Wu et al. (2008), realizaron un estudio donde se analizaron 12 meses de conducta anticonceptiva entre 3687 mujeres de 15 a 44 años en los Estados Unidos y encontró que las mujeres no usuarias de los anticonceptivos fueron más probables a ser mayores de los 40 años ($OR = 6.3$; $IC\ 95\%$ [2.7–14.7], $p < .05$). Frost y Darroch (2008), reportaron en un estudio con 1978 mujeres de 18 a 44 años con el objetivo de describir los factores relacionados al uso inconsistente de los MA y encontró que las mujeres de 35 a 44 años de edad utilizan más los métodos efectivos de larga duración, como el implante ($OR, 0.53$, $p < .05$). Por otra parte Tountas et al. (2004), realizaron un estudio en mujeres de 16 a 45 años y encontró que las de 25 a 34 años tenían más probabilidad de usar anticonceptivos ($OR = 1.59$; $IC\ 95\%$ [0.99–2.54], $p < .05$). Como se puede ver la edad, es un factor importante para el uso de los anticonceptivos hormonales, las mujeres jóvenes tienden a usarlos en mayor medida que las mayores; además las mujeres jóvenes son quienes utilizan con mayor frecuencia los AH de mayor efectividad.

Actitudes para la conducta anticonceptiva.

Las actitudes positivas incrementan la probabilidad de uso de anticonceptivos por parte de las mujeres, tal como lo reportado por Ong et al. (2012), en su estudio con mujeres de 15 a 50 años con el objetivo de conocer los indicadores del uso pobre de anticonceptivos en mujeres de Australia y encontró que las mujeres que tenían actitudes positivas hacia los anticonceptivos, tenían mayor probabilidad de usarlos de forma continua, en comparación de quienes referían actitudes negativas ($OR = 0.3$, $IC\ 95\%$ [0.2, 0.4], $p < .001$). También encontró que las actitudes positivas de las mujeres hacia los MA son importantes para su uso consistente, tal como la efectividad de los anticonceptivos (49.8%) y no presentan efectos secundarios (75.6%).

Hooper (2010), realizó un estudio en mujeres usuarias de hormonales orales de 18 a 44 años, de la comunidad en general, con el objetivo de evaluar las actitudes y

preferencias de las mujeres usarías de OH y encontró que las mujeres con actitudes negativas hacia el embarazo utilizan en mayor medida los anticonceptivos (68%, $p < .001$) y las mujeres de 18 a 24 años y las de 40 a 44 años (79% y 76%), consideraron que los anticonceptivos ayudan a prevenir embarazos no planeados y a mantener su vida estable. Kraft et al. (2011), hizo un estudio para conocer las motivaciones para el embarazo y el uso de anticonceptivos en mujeres de 18 a 24 años y reportó que las actitudes son una variable importante que determina el uso de los anticonceptivos hormonales en las mujeres, en especial las de tipo positivo como percepción del riesgo del embarazo (49.8%, $p < .05$). En conclusión las actitudes hacia los métodos anticonceptivos tienen una gran influencia en las mujeres para usar de forma correcta y sostenida o discontinuar el uso de los MA, dado que si se les atribuyen evaluaciones positivas tendrán mayor probabilidad de seguir usándolos, en comparación a si les atribuyen evaluaciones negativas.

Compromiso con la religión.

Hill, Siwatu y Robinson (2013), realizaron un estudio con mujeres de 15 a 44 años de edad, para conocer la influencia de la religión en el uso de anticonceptivos, donde reporta que las mujeres con religión católica tienen 20% mayor porcentaje de usar métodos anticonceptivos hormonales en relación a las que son protestantes ($OR\ ajustado=1.197, p < .05$). En una investigación que realizaron Doctor et al. (2009), en mujeres en África para conocer cómo influía el cambio de religión y las prácticas anticonceptivas y sus hallazgos fueron que quienes cambiaban de su religión tradicional al cristianismo aumentaban el uso de anticonceptivos en sus últimas relaciones sexuales ($OR\ ajustado= 2.32, p < .001$), de su religión tradicional al islam ($OR\ ajustado= 3.31, p < .001$) y las mujeres que eran cristianas y que no cambiaban de religión ($OR\ ajustado, 2.04, p < .05$). En estudios cualitativos Mishtal y Dannefer (2010), en mujeres con la finalidad de explorar factores que interfieren en la anticoncepción, refiere que sus participantes no consideran que la religión juegue un papel importante en

sus decisiones anticonceptivas. Las categorías encontradas fueron el pecado y reconciliación de la fe, las mujeres consideran más pecado el tener muchos hijos y no poder criarlos adecuadamente. Hirsch y Nathanson (2001), en su estudio de tipo etnográfico, en México para explorar las experiencias de las mujeres católicas con el uso de los anticonceptivos, observó que las mujeres de mayor edad y de religión católica, consideraban pecado el usar algún MA; por otro lado las mujeres más jóvenes y de religión católica, lo consideran un pecado pero negociaban el uso de los mismos con Dios.

La religión por sus creencias y preceptos pronatalistas influyen en el uso de los métodos anticonceptivos, dado que el uso de los MA, se encuentra prohibido, así como las relaciones sexuales prematrimoniales, por considerar que las mujeres deben de llegar puras al matrimonio. Algunas religiones toleran el uso de MA naturales, tales como el ritmo, el método de billings, pero no las religiones tradicionalistas, por ser muy ortodoxas y ser muy fieles a sus principios y preceptos.

Ingreso económico.

Huber y Ersek en el 2009, realizaron un estudio en mujeres estudiantes, de las cuales la mayoría eran solteras y reportaron que las mujeres que tenían un empleo remunerado presentaban 1.62 de probabilidad de utilizar un MA, en comparación de quienes eran solo estudiantes (*IC 95%* [0.87, 3.04]). Higgins, Hirsch y Trusell (2008), reportaron en su estudio en mujeres que ser solteras y tener un trabajo remunerado de tiempo completo se relacionaba un mayor uso de los MA ($p < .05$). Yee y Simon (2010), en su estudio de tipo cualitativo, también encontraron que entre las mujeres de bajos recursos económicos, se limitan a conseguir MA por falta de dinero, o falta de acceso a los servicios de salud al no contar con seguridad social. Por otro lado Omideyi et al. (2011), en su estudio cualitativo encontró que en las mujeres solteras quienes trabajan, pueden tomar la decisión por sí solas, por tener ingresos económicos propios y un mejor poder adquisitivo que las que no trabajan. Los ingresos económicos bajos colocan a las

mujeres en un estado de vulnerabilidad, siendo incapaces de realizar conductas seguras debido a la limitación económica ya sea para adquirir los métodos anticonceptivos o tener acceso a los mismos.

Beneficios para la conducta anticonceptiva.

Appiah y Kayl (2012), realizaron un estudio cualitativo en Ghana, para conocer las diferentes percepciones entre adolescentes con respecto a los anticonceptivos, en el análisis de los datos, se reconoció una categoría de métodos anticonceptivos y prevención de embarazo, los adolescentes reconocieron que los MA, tienen como beneficio prevenir los embarazos. Tessler y Peipert (1997), realizaron un estudio para conocer las percepciones de los jóvenes acerca de los HO y la salud, encontrando que las mujeres los usan porque encontraron ciertos beneficios como: el 50% de las mujeres refirieron que el uso de HO reduce el dolor menstrual, el 77% refirió que protege contra el cáncer.

Frost y Darroch (2008), en su estudio con mujeres de 18 a 39 años de edad, encontraron que las mujeres menores de 20 años, quienes no tenían hijos y eran solteras percibían las razones financieras muy importantes para usar métodos anticonceptivos (83%, *OR ajustado* =2.63, $p<.001$), pero también las mujeres de 20 a 29 reportaron la misma razón para usar MA (70%, *OR ajustado*= 1.63, $p<.01$). Así mismo las mujeres que no habían tenido hijos, ni vivido con alguna pareja, consideraron importante usar MA, dado que un embarazo interrumpiría sus metas personales, como estudiar (78%, *OR ajustado*=4.08, $p<.001$). Frost y Lindberg (2013), hicieron un estudio con 2094 mujeres de 22 clínicas de planificación familiar en los Estados Unidos y refirieron que las mujeres jóvenes de 20 a 29 años, presentaban motivos para usar métodos anticonceptivos como sus metas personales (80%; *OR ajustado*= 4.45, $p<.001$) y no estar listas para tener hijos (88%; *OR ajustado* = 4.91, $p<.001$), por lo tanto tendían a usar métodos anticonceptivos más efectivos en comparación con las mujeres mayores de 30 años.

Ntata, Mvula y Adamson (2013), realizaron un estudio cualitativo con mujeres con 91 grupos focales, emergieron varios temas entre los que se encuentran los beneficios percibidos para la anticoncepción, siendo el limitar el número de hijos, la participación activa en actividades sociales y lucir más bellas fueron los más destacados por las participantes.

En síntesis los beneficios percibidos para el uso de los métodos anticonceptivos influyen en que sean utilizados de forma correcta y sostenida, por las ventajas que representan para sus vidas en cuestiones personales y sociales.

Barreras para la conducta anticonceptiva.

Brown, Otnney y Nguyen (2011), realizaron un estudio cualitativo, para explorar las razones por las cuales las mujeres no utilizaban los anticonceptivos, en el análisis de los datos la categoría de "no uso de anticonceptivos", las subcategorías de fáciles de olvidar, el consumo de alcohol y las influencias de otros fueron los obstáculos referidos por las participantes para el no uso de los MA, Tessler y Peipert (1997), realizaron un estudio para conocer las percepciones erróneas influían en el uso de AH y encontró que el 33% de las mujeres creen que los AH incrementan el riesgo de cáncer, el 91% creen que ocasionan embarazos ectópicos, el 90% que ocasiona una enfermedad pélvica inflamatoria y el 89% que produce anemia. Ong et al. (2012), encontraron que las mujeres con percepciones negativas hacia los MA tienen mayor probabilidad a no usar uno, ($OR=2.5$, IC 95% [1.9, 3.2], $p<.001$). También las mujeres perciben barreras para no usar anticonceptivos entre las que se encuentran la falta de acceso (39%), olvido (35%), inconvenientes (15%) y efectos secundarios (11%).

Brown et al., en el 2011 realizaron un estudio cualitativo para conocer las barreras concernientes a los AH, diversos temas emergieron. Entre los que se encuentran experiencias negativas: efectos negativos como, sangrados y aumento de peso. Desconfianza de la píldora: miedo de riesgos a la salud, dado que no es natural, es peligrosa y causa ganancia de peso. Aiken, Gold y Parker (2005), hicieron un estudio en

mujeres para conocer las percepciones sobre la anticoncepción de emergencia oral y encontraron relación en las mujeres que percibían más barreras para usarla y el no uso de la AEO ($p < .01$). Godfrey et al. (2005), llevaron a cabo un estudio cualitativo para conocer las percepciones de las mujeres acerca de los métodos anticonceptivos, por medio de entrevistas semi estructuradas en 17 mujeres, encontrando que las principales barreras que reportan las mujeres para no utilizar los MA fueron los efectos no deseados como los sangrados abundantes. En síntesis, las mujeres que perciben un mayor número de obstáculos para el uso de los MA tienen mayor probabilidad de no usarlos de forma correcta y consistente, los obstáculos percibidos pueden ser de tipo imaginarios o reales, pero ambos tienen el mismo efecto en la conducta anticonceptiva de las mujeres.

Autoeficacia para la conducta anticonceptiva.

La autoeficacia tiene relación con la conducta anticonceptiva, Wang et al. (2008), en su estudio realizado en Taiwán, con mujeres de 16 a 20 años, para desarrollar y probar un modelo causal, reportaron que la autoeficacia tuvo correlación significativa con la conducta anticonceptiva ($X^2 = 5.38, p < .001$). Por su parte Ong et al. (2012), encontraron que las mujeres de su estudio con autoeficacia alta, incrementaron la probabilidad de usar un método anticonceptivo ($OR = 0.4, IC\ 95\% [0.3, 0.5], p < .001$). Wan y Chiou (2009), hicieron un estudio, donde reportaron que las mujeres solteras presentaron puntuaciones significativamente bajas de autoeficacia anticonceptiva que las que cohabitan con su pareja ($DE = 7.78, t = -2.35, p < .05$).

Sieving y Bieringer (2008), hicieron un estudio para medir las actitudes, las normas y la autoeficacia en relación a las conductas sexuales en adolescentes y el uso de anticonceptivos en hombres y mujeres, encontrando que niveles altos de autoeficacia se asociaron con un elevado uso de anticonceptivos en hombres y mujeres ($r = 0.10, p < .01$). Wan y Chiou (2008), en su estudio con 2325 estudiantes en Taiwan, con el objetivo de conocer los factores que influyen en la conducta anticonceptiva en mujeres, reportaron correlación entre la autoeficacia y la conducta anticonceptiva ($r = .597, p < .001$). La

autoeficacia es una variable importante en la explicación de la conducta anticonceptiva en mujeres, influye en el uso de los anticonceptivos según lo reportado por la literatura, a mayor autoeficacia, mayor uso de métodos anticonceptivos.

Influencias interpersonales: apoyo familia.

Kim et al. (2011), realizaron un estudio en 6, 645 adolescentes de 15 a 18 años para conocer la relación entre las influencias de los padres hacia la anticoncepción, los resultados mostraron que las adolescentes quienes se encontraban más cercanos al padre tuvieron mayor uso de los anticonceptivos ($OR= 2.4$; $IC\ 95\% [1.3, 4.3]$, $p<.05$). Los padres son una fuente importante de influencia en el uso de MA, aunque no es determinante su papel, las mujeres consideran importante su opinión.

Yee y Simon (2010), reportaron en su estudio cualitativo que tenía como objetivo conocer la influencia de la red social en el proceso de toma de decisiones en 30 mujeres afro americanas y latinas en postparto y refiere que las opiniones de madres, hermanas fueron consideradas más valiosas o más verdaderas que las del personal de salud, por tener la experiencia de haber vivido algo igual, algunas mujeres en este estudio mencionaron haber usado o rechazado algún método basado en las opiniones de la red social en especial de su madre. Brown (2011), en un estudio en 150 hombres y mujeres donde los HO fueron los más usados (38%), reportó que el usar algún anticonceptivo no se relacionó con haber sido recomendados por algún miembro de la familia ($p=.717$).

Carter, Bergdall, Henry, Hatfield y Hock (2012) en un estudio cualitativo en mujeres y hombres puertorriqueños y afro americanos, en 16 grupos focales y 53 entrevistas, para conocer las fuentes de información en la anticoncepción y sus resultados fueron: que algunas mujeres han dejado de usar los MA porque sus hermanas les comentaron sus efectos adversos como dolores de cabeza o sangrado excesivo; así mismo en la categoría de padres, estos no hablan de temas relacionados a la anticoncepción, por lo que tienen que acudir con otras personas. Oyedirán, Faronbi y Ajibade (2013), realizaron un estudio para conocer la relación entre las actitudes de los

padres hacia la anticoncepción y el uso de MA y encontró que las actitudes positivas de los padres hacia el uso de MA de los hijos, se relacionaban con un mayor uso de los mismos por los jóvenes ($r=.098, p<.05$).

En síntesis, la familia juega un rol importante dentro de la conducta anticonceptiva, debido a su apoyo, creencias, actitudes hacia la misma, en especial los padres quienes transmiten estas creencias y actitudes de generación en generación.

Influencias interpersonales: apoyo pareja.

Con respecto a la pareja, González et al. (2010), hicieron un estudio en 200 mujeres hispanas que vivían en Estados Unidos, para entender la ideología de la influencia patriarcal en el control natal de las mujeres y reportaron que las mujeres casadas o cohabitando eran quienes usaban los MA ($\beta = -0.153, p<.05$), también encontraron que las mujeres consideraban muy importante que la pareja acudiera a recibir información de PF con ellas ($\beta = -0.100, p<.01$). Por otro lado Wang et al. (2008), en su estudio para conocer la influencia interpersonal de la pareja en 375 adolescentes de Taiwán, encontraron que el apoyo percibido por parte de su pareja se relaciona con la conducta anticonceptiva ($r=.426, p<.001$), el nivel sentimental de la relación, se relacionó con la conducta anticonceptiva ($r=.193, p<.001$) sin embargo, la duración de la relación con la pareja sexual actual no se correlacionó significativamente con la conducta anticonceptiva ($r=.001, p=.491$).

Por su parte Cox et al. (2010), encontraron que las relaciones sexuales con una pareja con una relación menor a dos años, aumentaba la probabilidad de usar correctamente los anticonceptivos ($OR= 2.00, IC\ 95\% [1.21, 3.31], p<.001$). Así mismo, como el hablar acerca de la anticoncepción con la pareja aumenta la probabilidad de usar un método anticonceptivo ($OR, 0.4; IC\ 95\% [0.2, 0.7], p<.001$) y el tener apoyo de la pareja incrementa la probabilidad de usar un MA ($OR= 0.3, IC\ 95\% [0.2, 0.5], p<.001$), según lo reportado por Ong et al (2012). Kenyon, Sieving, Jerstad, Pettingell y Skay (2010), realizaron un estudio para conocer factores individuales, interpersonales como

factores relacionados al uso de anticonceptivos hormonales y del condón en mujeres, los resultados muestran una relación entre el apoyo de la pareja para la anticoncepción y el uso de AH ($r = .32, p < .001$), así mismo una relación con la comunicación con la pareja ($r = .30, p < .001$). En síntesis la pareja es un actor muy importante, principalmente para usar o no los AH, la duración con la pareja en años y el tipo de relación, pueden determinar el uso de los mismos.

Influencias interpersonales: apoyo personal de salud.

El personal de salud es una influencia muy importante en las mujeres para el uso correcto de los métodos anticonceptivos, Lee, et al. (2011), plantearon que las mujeres que recibieron consejería anticonceptiva por parte del personal de salud fueron más probables a reportar el uso de anticonceptivos hormonales en la última relación sexual ($OR = 6.49, IC\ 95\% [3.70, 11.37], p < .001$). Además aquellas que recibieron consejería de todos los métodos presentaron mayor probabilidad de usar un anticonceptivo hormonal ($OR = 3.83, IC\ 95\% [2.25, 6.52], p < .05$). En un estudio que realizaron Ong et al. (2012), se reporta que las mujeres que recibieron consejería por parte de un profesional de la salud tuvieron mayor probabilidad de usar un método anticonceptivo en los últimos tres meses ($OR = 0.6, IC [0.5, 0.8], p < .001$). Clark, Crengle, Sheridan, Rowe y Robinson (2014), realizaron un estudio para conocer los factores asociados al uso consistente del condón y reportaron que las mujeres que habían tenido una cita para consejería privada y confidencial tenían mayor probabilidad de utilizar el condón de forma consistente ($OR = 52.3; IC\ 95\% [47.5, 57.1], p < .01$)

Nalwadda et al. (2010), reportaron en un estudio cualitativo que el personal de salud presenta barreras hacia el uso de las jóvenes de los MA, porque son enjuiciadores, paternalistas y cuentan con pocas opciones de MA, lo que dificulta el uso consistente. El personal de salud juega un rol importante en el uso de los MA, las mujeres que reciben consejería tienden a usar en mayor medida y por más tiempo los Ma. Lo que sugiere que los conocimientos obtenidos del personal de salud influyen en usar los MA.

Demanda insatisfecha.

Assefa y Fikrewold (2011), reportaron que el 45% de las mujeres de su estudio refirieron tener demanda insatisfecha y el 38.2% se encontraban entre los 15 a 24 años. Mekonnen y Worku (2011), encontraron que el 54.2% de las mujeres en su estudio reportaron una demanda insatisfecha de anticonceptivos, especialmente de los altamente efectivos, en especial en las que viven en el área rural en comparación de aquellas que viven en zonas urbanas ($OR = 58.0$, $IC\ 95\% [55.9, 60.1]$, $p < .01$). Por su parte Sedgh y Hussain en el 2013 realizaron un estudio donde se estimó la demanda insatisfecha en un 44%, además se asoció el nivel educativo bajo con la demanda insatisfecha ($OR=1.9$, $IC\ 95\% [1.3-2.6]$, $p < .01$) y el ser ama de casa y no percibir una remuneración ($OR=4.3$; $IC\ 95\% [2.5-7.2]$, $p < .01$).

Chitereka y Nduna (2010), realizaron un estudio cualitativo donde se encontró que entre las principales razones por las cuales las mujeres refieren demanda insatisfecha anticonceptiva fue el difícil acceso a los MA y el costo elevado.

Síntesis de estudios relacionados.

De acuerdo con la evidencia indagada, se observa que el uso previo de un mayor número de métodos anticonceptivos se relaciona con el uso consistente y correcto de los métodos posteriormente, es decir que a mayor uso previo de MA se tiene mayor probabilidad de usar MA. La edad influye en el uso de los anticonceptivos, las mujeres más jóvenes tienden a usarlo en mayor medida que las de mayor edad. Las actitudes son una variable importante que determina el uso de los anticonceptivos hormonales en las mujeres, en especial las de tipo positivo. En referencia al compromiso religioso, culturalmente tiene una gran influencia en las creencias de las personas, especialmente de la anticoncepción al rechazar toda forma de control natal no natural, sin embargo las mujeres han modificado este pensamiento y no es tan marcado en las mujeres jóvenes una influencia ortodoxa de la religión en comparación con las mujeres de mayor edad, quienes rechazan el uso de los MA, es decir tiene una menor conducta anticonceptiva.

La mujer que tiene ingresos económicos bajos generalmente tiende a limitarse en el uso de los MA, dado que su capacidad de adquisición es baja, lo que las coloca en vulnerabilidad de no usar MA o usarlos de forma inconsistente. Por otra parte los beneficios acerca de los MA, como el que ayuden en la salud, influyen en el uso de los anticonceptivos hormonales, sin embargo las barreras como la ganancia de peso, la afectación de la fertilidad, afectan en el no uso de los mismos. El autoeficacia es una variable importante en la explicación de la conducta anticonceptiva en mujeres, la literatura indagada sugiere que a mayores niveles de autoeficacia percibida para la CAM, habrá un uso correcto y sostenido de los MA.

Las opiniones de otros acerca de los anticonceptivos hormonales influyen en el uso de los mismos, actores como la pareja, los padres y el personal de salud son muy importantes. Con respecto a la familia los padres son una fuente importante de influencia en el uso de MA, aunque no es determinante su papel, las mujeres consideran importante su opinión, sus creencias y su aprobación para realizar la conducta anticonceptiva. En relación a la pareja la duración con la pareja en años, puede determinar el uso de los mismos, así mismo el nivel de intimidad en la relación, lo que sugiere que el tipo de relación y su duración, así como vivir o no con la pareja influyen en la decisión de usar anticonceptivos, así como de mantener la CAM. El personal de salud juega un rol importante en el uso de los MA, las mujeres que reciben consejería tienden a usar en mayor medida y por más tiempo los MA. Lo que sugiere que los conocimientos obtenidos del personal de salud influyen en usar los MA.

La demanda insatisfecha es una situación de falta de acceso o cobertura de los MA y tiene gran influencia en cuanto a la disponibilidad de los mismos que lleva a la mujer a no usar o usar inconsistentemente los MA.

Objetivo General

Desarrollar y evaluar un modelo de conducta anticonceptiva en mujeres de 18 a 24 años, a través de un diseño concurrente transformativo, para describir la realidad del uso de los anticonceptivos. Los datos cuantitativos fueron usados para probar la teoría que predice que la conducta anticonceptiva, está influenciada por el uso previo de anticonceptivos, las actitudes para la CAM, el compromiso con la religión, los beneficios, las barreras y el autoeficacia para la CAM, el apoyo de la familia, pareja y personal de salud en mujeres que residen en Monterrey N.L. Los datos cualitativos describieron la conducta anticonceptiva de las mujeres.

Objetivos específicos de tipo cuantitativo.

1. Determinar si el uso previo de AC influye en la CAM.
2. Conocer si existe efecto entre el uso previo de AC con los beneficios, barreras y autoeficacia para la CAM.
3. Determinar si el uso previo de AC se asocia con la influencias interpersonales (apoyo familia, pareja y personal de salud) para la CAM y la demanda insatisfecha.
4. Identificar si la edad, actitudes para la CAM, compromiso con la religión e ingreso económico se asocian con los beneficios, barreras y el autoeficacia para la CAM.
5. Establecer si la edad, actitudes para la CAM, compromiso con la religión e ingreso económico influyen en el apoyo de la familia, pareja y personal de salud para la CAM y la demanda insatisfecha.
6. Determinar la asociación entre la edad, actitudes para la CAM, compromiso con la religión e ingreso económico con la conducta anticonceptiva.
7. Conocer si existe efecto entre en los beneficios, barreras y el autoeficacia para la CAM, con la conducta anticonceptiva.

8. Identificar si el apoyo de la familia, pareja y personal de salud para la CAM y la demanda insatisfecha tienen efecto en la conducta anticonceptiva.

Objetivo específico de tipo cualitativo.

1. Describir los factores relacionados de las mujeres sobre la conducta anticonceptiva para el uso y no uso de los métodos anticonceptivos.

Objetivo específico de tipo mixto.

1. Integrar la convergencia de los factores que influyen en la conducta anticonceptiva en mujeres de los datos cuantitativos y cualitativos.

Definición de Términos

Uso previo de anticonceptivos el número de métodos utilizados, para reforzar la conducta anticonceptiva.

Edad es el tiempo que ha vivido una persona

Actitudes para la conducta anticonceptiva en mujeres, es la evaluación positiva o negativa de la mujer hacia el uso de los métodos anticonceptivos.

Compromiso con la religión es el grado en el cual una persona se adhiere a sus valores, creencias y prácticas religiosas y además las usa en la vida diaria.

Ingreso económico se refiere al monto de dinero mensual con el que cuenta una persona

Beneficios para la conducta anticonceptiva en mujeres, son las percepciones de las consecuencias positivas de usar métodos anticonceptivos.

Barreras para la conducta anticonceptiva en mujeres, son las percepciones de los obstáculos, dificultades o complicaciones de usar métodos anticonceptivos.

Autoeficacia para la conducta anticonceptiva en mujeres, es la capacidad percibida de la mujer de que puede usar métodos anticonceptivos

Influencias interpersonales familia, apoyo percibido de los miembros de la familia para la conducta anticonceptiva en mujeres

Influencias interpersonales pareja, apoyo percibido por parte de la pareja para la conducta anticonceptiva en mujeres.

Influencias interpersonales personal de salud, apoyo percibido por el personal de salud (médicos, enfermeras, etc.), para la conducta anticonceptiva en mujeres.

La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos es la dificultad de acceso a los MA, ya sea por accesibilidad o distribución

Conducta anticonceptiva es el uso correcto y sostenido de los métodos anticonceptivos.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se explica cómo el fenómeno fue abordado desde una metodología mixta (ver figura 7). Posteriormente, se describe el método concurrente transformativo que utilizó en el presente estudio (ver figura 8), se desarrollaron dos fases: la cuantitativa y la cualitativa. Se describen los criterios de inclusión y exclusión para obtener a las participantes. Para cada una de estas fases se describe el diseño, población, muestra, muestreo, instrumentos/guía, procedimiento para la recolección de datos y finalmente las consideraciones éticas de las dos fases, así como las estrategias de análisis del estudio.

Figura 7. Epistemología, perspectiva teórica, metodología y métodos (Crotty, 1998)

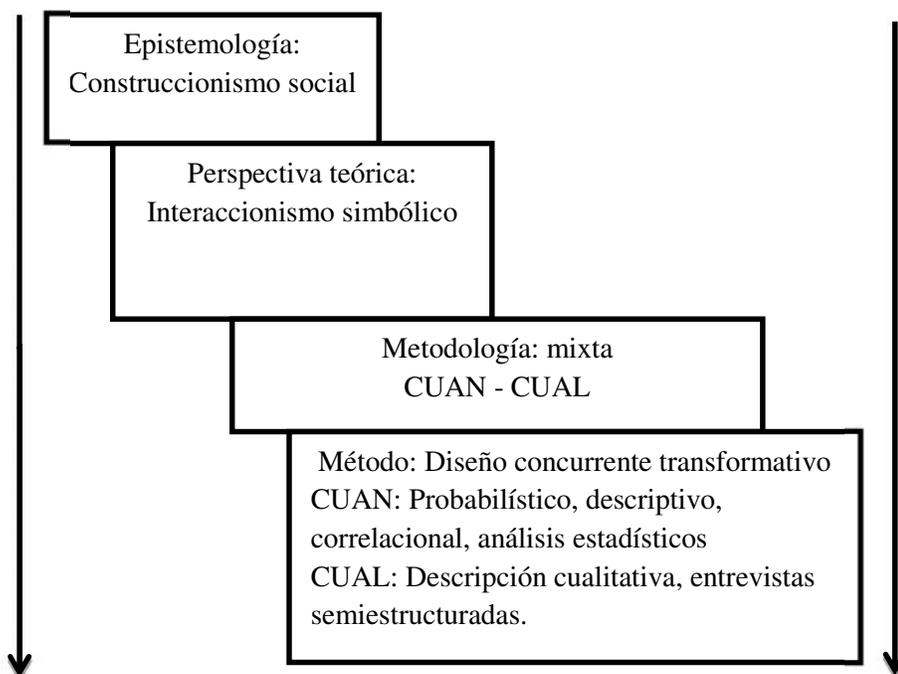


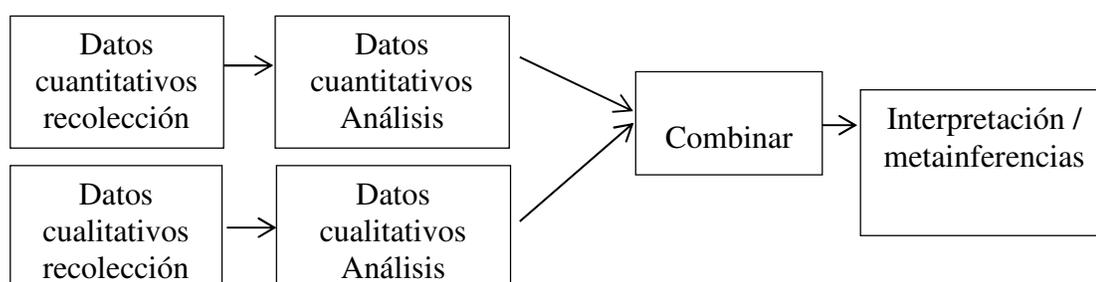
Figura 7. Representación gráfica de descripción de marco metodológico del estudio, relación de epistemología, perspectiva teórica, metodología y método (Caudillo, Harrison & Benavides, 2014). Derechos reservados Universidad Autónoma de Nuevo León.

Diseño de Estudio

El diseño de estudio fue de tipo mixto concurrente transformativo. El propósito de este diseño es hacer investigaciones orientadas al cambio de las realidades o transformación de metas, de poblaciones consideradas como vulnerables o marginadas, donde el desbalance de poder es identificado (Greene, 2007). En el presente estudio la población es del género femenino y por cuestiones de desigualdad con respecto al mismo, se encuentran en desventaja y desbalance de poder, dado que en México como en algunos otros países, la cultura mantiene marcados roles y estereotipos de género, lo que dificulta la toma de decisiones en cuanto a la sexualidad, reproducción y uso de anticonceptivos.

Este diseño se caracteriza por recolectar los datos cuantitativos y cualitativos en un mismo momento (concurrente) y puede darse o no mayor peso a uno u otro método en algún momento del estudio. Su finalidad es hacer converger la información cuantitativa y cualitativa, ya sea “anidándola, conectándola o logrando su confluencia”, Los datos recolectados por ambos métodos son comparados y/o mezclados en la fase de análisis (Hernández et al. 2005)

Figura 8. Diseño concurrente transformativo



Este diseño suele proporcionar una visión más amplia del fenómeno estudiado que si se usara un solo método. Por ejemplo, un estudio básicamente cualitativo puede enriquecerse con datos cuantitativos descriptivos de la muestra (Creswell, 2008). Asimismo, ciertos datos cualitativos pueden incorporarse para describir un aspecto del fenómeno que es muy difícil de cuantificar (Creswell & Clark, 2007). En el método

concurrente transformativo de acuerdo con Creswell (2003), se puede hacer la contrastación, comparación o integración de los datos en la colecta, en el análisis, en la interpretación o en una combinación de éstos (ver Tabla 1).

Criterios de Inclusión

Para el estudio los criterios de inclusión fueron ser mujer, edad 18 a 24 años, que hayan tenido relaciones sexuales, con o sin pareja actual, así mismo que hayan usado alguna vez en su vida algún método anticonceptivo. (ver figura 9)

Criterios de Exclusión

Los criterios de exclusión fueron el uso de un método anticonceptivo definitivo oclusión tubárica bilateral o dispositivo intrauterino de cobre, mujeres con tratamientos hormonales que no sean AH, mujeres con diagnóstico de infertilidad y/o esterilidad.

Criterios de Eliminación

Mujeres que no hayan completado el llenado de los instrumentos.

Figura 9. Diagrama de flujo de los criterios de elegibilidad

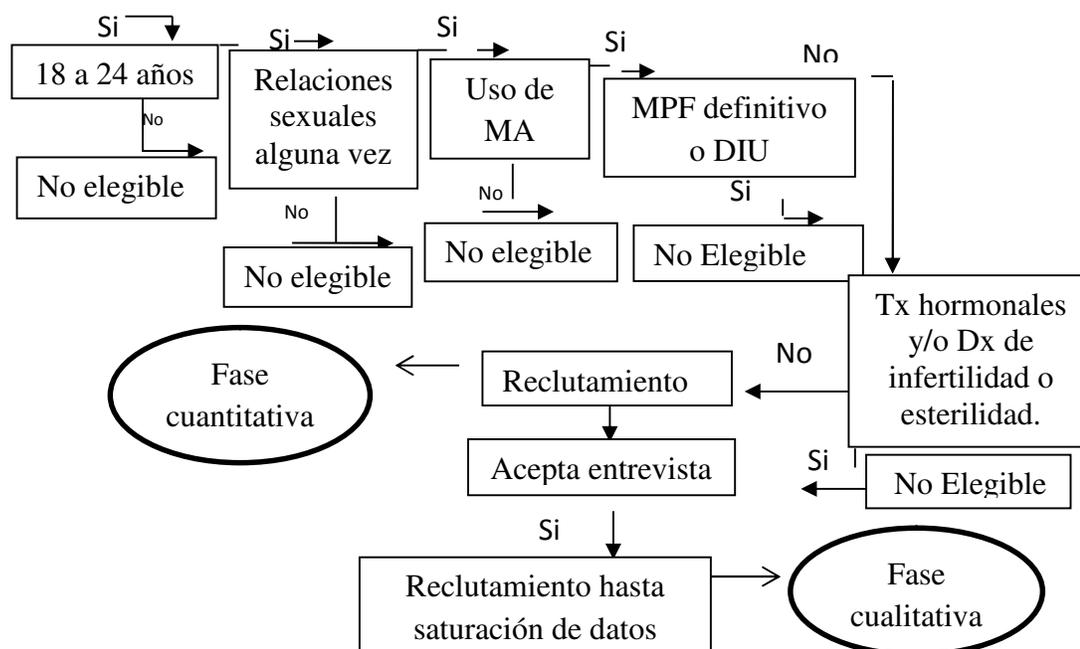


Figura 9. Diagrama de criterios de elegibilidad, proceso para reclutar, incluir o excluir a las participantes del estudio. Fase cuantitativa y cualitativa (Caudillo & Benavides, 2014). Derechos reservados Universidad Autónoma de Nuevo León.

Tabla 1

Resumen del diseño de estudio concurrente transformativo para la CAM.

<i>Metodología</i>		
<i>Metodología:</i> mixta		<i>Diseño de estudio:</i> concurrente transformativo
<i>Epistemología:</i> construccionismo social	<i>Perspectiva teórica:</i> Interaccionismo simbólico	<i>Perspectivas:</i> descripción naturalista del fenómeno
<i>Características del diseño</i>		
<i>Cualitativo</i> - Marco interpretativo: análisis descriptivo, categorización, codificación. - Sub muestra aleatoria hasta saturación de datos - Recolección de datos: entrevistas semiestructuradas - Análisis de datos: análisis de contenido. Validez: triangulación de expertos,		<i>Cuantitativo</i> - Diseño: descriptivo, correlacional. - Muestra probabilística aleatoria - Recolección de los datos: instrumentos varios. - Análisis de los datos: regresiones lineales (ANOVA) Confiabilidad: Coeficiente de confiabilidad de Alpha de Cronbach.
Contexto de trabajo: Instituto Técnico de Educación para el Trabajo		

Fase 1 Cuantitativa

Diseño de Estudio

El diseño fue de tipo descriptivo, correlacional y transversal porque describió las variables de estudio, así mismo se observaron las relaciones entre estas, además las mediciones fueron en un solo tiempo.

Población, muestra y muestreo.

La población fueron mujeres de 18 a 24 años de edad, quienes estaban inscritas y acudían como estudiantes al Instituto Técnico para el Trabajo en alguno de sus seis planteles al Norte de México. El muestreo fue aleatorio, estratificado con asignación proporcional al tamaño del estrato, los estratos fueron cada uno de los seis planteles del instituto, ubicados en el área metropolitana por lo que el número de participantes fue proporcional a la población total de cada plantel. Se generaron números aleatorios de las listas de asistencia, sin sustitución para obtener a las participantes del estudio. Para calcular la muestra se utilizó el paquete estadístico n´Query Advisor, con un nivel de significancia de .05, un Coeficiente de Determinación de $r^2 = .09$ y una potencia de prueba de 90%, para un modelo de 13 variables. Considerando una tasa de no respuesta del 30%, con una muestra de 305 mujeres. Posteriormente al verificar criterios de inclusión y exclusión, se excluyeron 85 participantes. En la tabla 2, se pueden observar las causas.

Tabla 2

Causas de exclusión de la muestra

Causa	Frecuencias	%
No relaciones sexuales en la vida	32	37.6
No uso de métodos en la vida	23	27
Uso actual de DIU	15	17.6
Procedimientos quirúrgicos definitivos	9	10.6

(Continúa)

Causa	Frecuencias	%
Disfuncional hormonal	5	5.8
Sexo con persona del mismo sexo	1	1.1
Total	85	100

Nota: DIU= Dispositivo Intrauterino; Procedimientos quirúrgicos definitivos= Oclusión tubárica bilateral y vasectomía.

Descripción de los Instrumentos.

A continuación se describen los instrumentos que se emplearon para medir las variables de estudio en la fase uno cuantitativa. Se aplicaron ocho instrumentos, en formato de papel y lápiz, todos auto aplicables, con duración para su llenado de una hora. La escala de actitudes para la CAM, compromiso con la religión, beneficios para la CAM, barreras para la CAM, autoeficacia para la CAM, escala de provisión social para la CAM y conducta anticonceptiva, siete de los instrumentos se encontraban en versión en inglés, por lo que se tradujeron de forma fiel, por medio de la técnica de back traslation, por una persona que dominaba ambos idiomas y cuya lengua nativa era el inglés.

Datos sociodemográficos.

Se aplicó una cédula de datos personales, que además incluía un apartado de conducta sexual, reproductiva y consumo de métodos anticonceptivos (CDP) (Apéndice A), la cual fue diseñada por el autor del estudio en conjunto con los asesores, para conocer aspectos como la edad, nivel educativo, el nivel socioeconómico, tipo de empleo, el estado marital, número de hijos y el uso y la frecuencia de los métodos anticonceptivos.

Uso previo de anticonceptivos.

Para la variable uso previo de anticonceptivos, se realizaron dos preguntas, la primera fue, si había utilizado un método anticonceptivo alguna vez en la vida con opciones de respuesta si y no, y la segunda fue el número y tipo de métodos que había utilizado en su vida (Apéndice A).

Edad.

Para la edad, se realizó una pregunta dentro de la cédula de datos personales, la cual fue el número de años cumplidos.

Actitudes para la conducta anticonceptiva.

Las actitudes para la conducta anticonceptiva, se midieron por medio de la escala de actitudes para la conducta anticonceptiva (Attitude contraceptive scale, Black & Pollack, 1987), es una escala que tiene por objetivo medir las actitudes hacia los métodos anticonceptivos en general (Apéndice D). Es una escala tipo likert consta de 21 ítems 11 positivos y 10 negativos, las respuestas indican el grado de acuerdo o desacuerdo, un ejemplo de reactivo es, me sentiría avergonzada de hablar sobre métodos anticonceptivos con mis amigos. Las participantes deben de indicar su nivel de acuerdo con cada declaración las opciones de respuesta van de 1 =muy en de acuerdo, 2=de acuerdo, 3=indeciso, 4=desacuerdo, 5=muy desacuerdo. El rango de puntaje va de 21 a 105. Se suma el puntaje de todos los ítems para obtener el total, puntajes bajos indican actitudes positivas y puntajes altos indican actitudes negativas.

La confiabilidad de los 21 ítems fue medida obteniéndose una ($r = .88, p < .001$). La confiabilidad interna fue medida por la correlación de todos los ítems (rango de .26 a .68). La validación se hizo por medio de expertos, y posteriormente se comparó con otras escalas, los puntajes de esta escala se correlacionaron significativamente con puntajes de la escala premarital de actitudes hacia la anticoncepción (Parcel, 1975), $r = .72$.

Compromiso con la religión.

El compromiso con la religión fue medido por la escala Compromiso con la Religión (The religious commitment Inventory – 10 Worthington et al., 2003), la cual mide el compromiso con la religión intrapersonal, en organizaciones religiosas, actividades religiosas y participación espiritual, ha sido utilizada para diversas religiones como la católica, hindú, budista (Apéndice G). La escala es de tipo likert, consta de 10 reactivos puede ser aplicado a hombres y mujeres que profesen alguna religión y en aquellos que se consideren sin religión. Un ejemplo de pregunta es a menudo leo libros o revistas de mi religión. La escala tiene como opciones de respuesta 1 = no totalmente verdadero, 2=algo verdadero, 3=completamente verdadero, muy verdadero y 5 = totalmente verdadero. Los puntajes van de 10 hasta 50, la suma del puntaje total indica que a menor puntaje menor compromiso con la religión y a mayor puntaje mayor compromiso con la religión.

La validación fue por análisis factorial donde se reporta un Alpha de Cronbach de .93. El compromiso religioso se relacionó significativamente con las actividades religiosas frecuentes ($r=154, p<.001$), un Te –retest realizado a los 5 meses mostró confiabilidad ($r=.84, p<.001$).

Ingreso económico.

En relación al ingreso económico, se realizó una pregunta en la cédula de datos personales (Apéndice A), la cual fue cuánto era su ingreso económico mensual.

Beneficios para la conducta anticonceptiva.

Se midieron por medio de la escala de Beneficios y barreras para la conducta anticonceptiva (Benefits and barriers for modern contraception scale, Brunie, et al., 2013), La escala es tipo Likert, y tiene como objetivo medir aquellos aspectos positivos del uso de los MA para las mujeres. Consta de 2 ítems, un ejemplo de reactivo es las mujeres pueden usar anticonceptivos para controlar cuando embarazarse. Las opciones de respuesta de 1=fuertemente en desacuerdo, 2=muy desacuerdo, 3=algo en

desacuerdo, 4=muy de acuerdo y 5= fuertemente de acuerdo. Con un rango de puntuación total de 2 a 10, donde a menor puntaje menores beneficios y a mayores puntajes, más beneficios percibidos para la CAM. Para su validación se realizó un análisis factorial exploratorio y confirmatorio, los factores principales fueron extraídos usando rotación promax y correlaciones cuadradas múltiples para las comunalidades, resultando 3 factores que comprenden 22 ítems con un Alpha de Cronbach de 0.8. La raíz cuadrada del error medio de aproximación de la prueba de análisis factorial confirmatorio fue .05 y una varianza explicada de 54%.

Barreras para la conducta anticonceptiva.

Se midieron por medio de la escala Beneficios y barreras para la conducta anticonceptiva (Benefits and barriers for modern contraception scale, Brunie et al., 2013), la escala es tipo Likert, y tiene como objetivo evaluar los aspectos negativos del uso de los MA para las mujeres. Consta de 4 ítems, un ejemplo de reactivo es “el uso de un método anticonceptivo es caro”. Las opciones de respuesta de 1=fuertemente en desacuerdo, 2=muy desacuerdo, 3=algo en desacuerdo, 4=muy de acuerdo y 5= fuertemente de acuerdo. Con un rango de puntuación total de 4 a 20, donde a menor puntaje mayor número de barreras percibidas y a mayores puntajes, menor número de barreras percibidas para la CAM. Para su validación se realizó un análisis factorial exploratorio y confirmatorio, los factores principales fueron extraídos usando rotación promax y correlaciones cuadradas múltiples para las comunalidades, resultando tres factores que comprenden 22 ítems con un Alpha de Cronbach de 0.8. La raíz cuadrada del error medio de aproximación de la prueba de análisis factorial confirmatorio fue 0.05 y una varianza explicada de 54%.

Autoeficacia para la conducta anticonceptiva.

Para medir el autoeficacia para la CAM, se aplicó la escala de Autoeficacia para la conducta anticonceptiva (Contraceptive Self-efficacy scale, Levinson et al., 1998), la cual evalúa las barreras motivacionales para el uso de los métodos anticonceptivos entre

mujeres sexualmente activas (Apéndice F). La escala ha sido usada con mujeres de todas las edades en todo el mundo, casadas, con hijos y en aquellas que no los han tenido, quienes han usado MA antes de embarazarse. La escala evalúa las declaraciones de las percepciones de las participantes, de su habilidad de tomar responsabilidades para la conducta anticonceptiva a través de diferentes situaciones; es una escala tipo Likert, formada por 17 ítems, un ejemplo de reactivo es: “Yo podría continuar usando un método de planificación familiar, aunque mis padres pudieran encontrarlo”. Las opciones de respuesta son 1=no completamente verdadero para mí, 2=casi verdadero, 3=algo verdadero, 4=muy verdadero y 5=completamente verdadero. Los rangos de respuesta van de 17 hasta 85, donde a mayor puntaje, mayor capacidad percibida de la mujer de que puede utilizar un MA, a menor puntaje indica menores niveles de autoeficacia para usar un MA.

Para su validación se realizó un análisis factorial, con rotación ortogonal obteniéndose cuatro factores los cuales explican el 49% de la varianza. También se ha reportado un Alpha de Cronbach aceptable ($p < 0.78$) a través de las diferentes investigaciones

Influencias interpersonales (familia, pareja y personal de salud).

Las influencias interpersonales para la conducta anticonceptiva, este rubro fue medido con la escala adaptada de provisión social para la conducta anticonceptiva en mujeres adaptada de la Social Provision Scale (Cutrona & Russell, 1984). Esta escala mide la percepción de apoyo de la familia, pareja y proveedores de salud para la conducta anticonceptiva en mujeres (Apéndice H).

Esta escala tipo likert, contiene 72 reactivos, de los cuales 24 corresponden para apoyo familiar, 24 para el apoyo de la pareja y 24 para el apoyo del personal de salud. Un ejemplo de reactivo es, puedo confiar en mi familia para que me ayude a usar anticonceptivos. Las respuestas van de 1 a 5; 1=totalmente en desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3= ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = de acuerdo, 5= Totalmente de

acuerdo. Con puntuación total de 96 a 385. Las puntuaciones mayores indican mayor percepción de apoyo familiar y social para el uso de métodos anticonceptivos. Este instrumento reportó un Alpha de Cronbach de .94 y un Test-retest a los 6 meses ($r=.81$)

Demanda insatisfecha.

La demanda insatisfecha fue evaluada una pregunta para conocer con qué facilidad obtienen los MA, las opciones de respuesta van del 1 al 6, donde 6= menor demanda insatisfecha y 1= es mayor demanda insatisfecha.

Conducta anticonceptiva.

En relación a la conducta anticonceptiva, se midió a través de la escala de conducta anticonceptiva (Contraceptive behavior scale, Jaccard et al., 1996). Esta escala tipo likert tiene como objetivo evaluar la conducta anticonceptiva en cuatro principales facetas, decidir sobre el uso de anticonceptivos, eligiendo el método, uso sostenido y correcto y tener un método preferido (Apéndice I). Es una escala de cinco ítems con declaraciones como “yo uso anticonceptivos, cada vez que tengo sexo”. Las opciones de respuestas van de (0), 1=casi no corresponde, 2=corresponde algo, 3=casi corresponde y 4, corresponde totalmente. El total del puntaje va de 0 a 20, entre más alto sea el puntaje, mejor es la comprensión de la conducta anticonceptiva. Esta escala fue validada por un análisis factorial exploratorio y confirmatorio y se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.81.

Procedimiento para la Recolección de Datos.

Se obtuvo la autorización de los Comités de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL y de los directivos de la unidad académica. La unidad académica consta de seis planteles ubicados en el área metropolitana de Monterrey. Una vez obtenidos los permisos en cada institución, se solicitaron las listas de asistencia de cada plantel, para obtener el total de la población asistente al instituto y así obtener a las mujeres de 18 a 24 años, posteriormente se capturaron los datos en un libro del programa Excel y se obtuvieron aleatoriamente las participantes del estudio. Una vez que se tuvo esta información se acudió a la institución

a invitar a las mujeres elegidas a participar en el estudio, se les informó que se estaría en un espacio destinado en el mismo plantel para tal propósito.

Posterior a esto se acudieron varios días al plantel designado, solicitando fuera en un periodo que no interviniera con ninguna actividad académica, a partir de las 8:00 am, hasta las 20:00 hrs para permitir que las participantes acudieran en el horario que se adaptara a sus actividades. Los días fijados para la recolección de datos se llevaron los insumos necesarios (lápices, borradores) para el llenado de los instrumentos, los cuales fueron trasladados por el investigador en una caja cerrada. Cuando las participantes se encontraban concentradas en el aula se les informaron los objetivos, se les hizo énfasis en la confidencialidad y anonimato de sus respuestas, además se aseguró que podían retirarse del estudio si ellas lo decidían.

En primer lugar se les proporcionó el consentimiento informado de la fase cuantitativa (Apéndice B), una vez revisado y firmado, se procedió a entregarles la cédula de datos personales (Apéndice A). La cédula de datos personales contenía al inicio dos preguntas filtro para verificar los criterios de inclusión, que eran el haber tenido relaciones sexuales una vez en la vida y el uso de algún método anticonceptivo alguna vez en la vida, si contestaban negativamente se agradecía su participación, pero si contestaban afirmativamente continuaron con las preguntas que verificaban los criterios de exclusión, que eran el tener un método definitivo o el DIU, así como el estar bajo un tratamiento hormonal o contar con algún diagnóstico que le impidiera embarazarse, en caso de que fuera afirmativa alguna de estas preguntas se agradeció su participación, en el caso contrario se les entregaron el resto de los instrumentos.

Se continuó con la escala de actitudes para la CAM (Apéndice D), escala de beneficios y barreras para la CAM (Apéndice E), escala de autoeficacia para la CAM (Apéndice F), escala de compromiso con la religión (Apéndice G), escala de provisión social para la CAM (Apéndice H), escala de conducta anticonceptiva (Apéndice I), los instrumentos, fueron aplicados en un solo momento, con una duración aproximada de

una hora, el investigador se encontró al pendiente de dudas que surgieron al momento de la colecta los datos, para evitar reactivos sin contestar, finalmente se revisó cada uno de los instrumentos para verificar que no hubiera preguntas sin contestar y se les dio las gracias por su participación.

Fase 2 Cualitativa

Diseño de Estudio.

El diseño de estudio fue descriptivo, el propósito es describir situaciones y eventos. Decir como es y cómo se manifiesta determinado fenómeno. Buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga (Sandelowski, 2000).

Población, muestra y muestreo.

La población fueron las 220 participantes de la fase cuantitativa, sin embargo se obtuvo una sub muestra de nueve participantes, esta sub muestra fue aleatoria para evitar sesgo; se eligieron 22 números de casos, dado que el número recomendable para este diseño de estudio es de 12 a 22 (Hernández et al., 2005), sin embargo las entrevistas se detuvieron en el caso nueve que fue donde se logró la saturación de los datos. El objetivo en el enfoque cualitativo es obtener casos considerados como ricos en información para lograr la saturación de los datos Sandelowski (1995).

Descripción de los Instrumentos.

Para la fase cualitativa, se desarrolló una guía de entrevista, para realizar las entrevistas semiestructuradas (Apéndice J). En la entrevista, a través de las preguntas y respuestas, se centró en descubrir la naturaleza de los eventos específicos y su alcance como el quién, cómo, dónde. La guía de entrevista fue desarrollada por el autor del estudio y además fue revisada por expertos en la temática y/o metodología para asegurar que el fenómeno se pudiera conocer a profundidad. Se consideró lo que recomienda

Creswell (2009), que las entrevistas cualitativas sean abiertas, sin categorías preestablecidas, de tal forma que los participantes expresen sus experiencias, sin tener la influencia de la perspectiva del investigador o por los resultados de otros estudios; asimismo, señala que las categorías de respuesta las generan los mismos entrevistados. La guía de entrevista contiene preguntas detonantes para que las participantes hablen a profundidad de los temas (Mertens, 2005). Por lo tanto la guía de entrevista se centró en obtener una descripción de la conducta anticonceptiva, la guía consta de seis preguntas, las cuales se pretendían obtener información acerca de las opiniones de las participantes, su percepción de los MA, experiencias con los MA, factores que han influido en el uso de los mismos, motivación para usarlos y cambios en la vida de las mujeres con el uso de los MA.

Procedimiento para la Recolección de Datos.

Se obtuvo la autorización de los Comités de Investigación y Ética de la Facultad de Enfermería UANL y de los directivos de la Unidad Académica. A la par de la fase uno cuantitativa, se realizó un muestreo aleatorio generándose números aleatorios de las 22 posibles participantes en el programa EXCEL, posteriormente al tener esta información se acudió al plantel se realizó una invitación directa a las participantes seleccionadas, explicándose las entrevistas eran parte del mismo estudio y que tendrían que ser audio grabadas; además serían en la unidad académica, fuera de su horario de clases, por lo que debería ser mediante una cita, también se hizo énfasis en la confidencialidad y anonimato de los datos.

El día señalado para la entrevista, se acudió al plantel con los insumos necesarios (libreta de campo, lápiz y grabadora). Las entrevistas fueron individuales, por lo que fue necesario contar con un espacio asignado por los directivos del plantel, que fue solicitado previamente. Cuando se concentraba a la participante, se le explicó que las entrevistas eran para conocer sus opiniones y percepciones de los métodos anticonceptivos y que podían llegar a tocarse temas que podían causar alguna

incomodidad, si era así estaba en libertad de retirarse del estudio. Una vez que aceptó, se procedió a proporcionar el consentimiento informado (Apéndice C) al estar revisado y firmado se inició con la entrevista (Apéndice J) durante la misma se proporcionó un ambiente de seguridad, privacidad y confianza, para que las participantes se sintieran cómodas y pudieran expresarse abiertamente sin presiones, para evitar que se afectara la validez de los datos. La duración de la entrevista fue de 30 a 40 minutos, dependiendo de la fluidez del discurso, al finalizar se agradeció su participación y se quedó con apertura para cualquier duda que tuvieran las participantes.

Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegó a lo dispuesto, en la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (Secretaría de Salud [SSA], 1987)

Se consideró lo establecido en el Título segundo de los aspectos éticos de investigación en seres humanos, Capítulo I, Artículo 13, donde prevaleció el respeto a la dignidad, la protección de los derechos y bienestar de la mujer, al realizarse la colecta de los datos en un lugar neutro, en un espacio privado, respetando su tiempo y confidencialidad de los datos. En el Artículo 14, Fracción V, donde se contó con el consentimiento informado y por escrito de las mujeres sujetos de investigación; VI, este consentimiento informado fue realizado por un profesional de la salud, autor de este estudio, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, y garantizar el bienestar de las mujeres sujeto de investigación.

Fracción VII. Se contó con el dictamen favorable de los Comités de Investigación y Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, en su caso, y se aseguró el anonimato de las participantes, mediante la asignación de un código según lo dispuesto en el Capítulo I Artículo 16 donde se protegió la privacidad de las mujeres sujetos de investigación. Artículo 17 Fracción II. La investigación se consideró con riesgo mínimo, dado que se realizaron pruebas psicológicas y además entrevistas de tipo semiestructuradas a mujeres o grupos en los

que no se manipuló la conducta del sujeto, pero sí pudieron generarse situaciones donde se expresaran o refirieran situaciones estresantes y temas sensibles de abordar como la sexualidad y la reproducción.

Artículo 20, donde se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual las mujeres autorizaron su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se sometía, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. Artículo 21, para que el consentimiento informado se considerara existente, las mujeres recibieron una explicación clara y completa, de tal forma que pudieron comprender, por lo menos, acerca de los siguientes aspectos: I. La justificación y los objetivos de la investigación; II los procedimientos; III. Las molestias o los riesgos esperados, durante la aplicación de los instrumentos o las entrevistas a profundidad; IV. Los beneficios que pueden observarse, con la investigación. VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier; VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio; VIII. La seguridad de que no se identificó al sujeto y que se mantendría la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad, solo el investigador principal tuvo acceso a la información.

Estrategias de Análisis de Datos (Concurrente Transformativo).

A continuación se presentan las estrategias de análisis de los datos, cuantitativos, cualitativos y mixtos.

Plan para análisis de los datos

Para el análisis de datos se propusieron tres etapas para dar respuesta a los objetivos planteados, hasta la integración de datos cuantitativos y cualitativos, este tipo de análisis pretende integrar ambos tipos de datos en una sola base de datos para su análisis, interpretación y finalmente la obtención de las metainferencias.

Etapas 1, los datos obtenidos de los instrumentos en la fase cuantitativa, se capturaron por el investigador principal en dos ocasiones para evitar sesgo de captura, se

analizaron utilizando el paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 17 para windows. Se evaluó si los datos presentaban normalidad por medio de la prueba de Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors. Se realizó la estadística descriptiva donde se obtuvieron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, así como medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas, que sirvieron además para describir a la población de estudio e identificar las variables que formaron parte del modelo cuantitativo. Además para dar respuesta al objetivo 1 al 8 cuantitativos y analizar las relaciones entre las variables se realizaron correlaciones de Spearman y análisis de regresión lineal univariado y multivariado.

Etapa 2, para dar respuesta al objetivo cualitativo se realizó un análisis de contenido cualitativo, basado en las recomendaciones de Lincoln y Guba (1985), la cual es una forma de análisis dinámica de datos visuales y verbales que son orientados hacia el resumen de la información contenida de los datos (Morgan, 1993). El análisis de contenido es derivado de los datos, estos son códigos que también son aplicados sistemáticamente, pero ellos son generados de los mismos datos del estudio en curso. A continuación se describe dicho análisis: 1) Se eligió el objeto de análisis, dentro de un modelo de comunicación, es decir se definió una postura teórica sobre el mismo, en este caso bajo la epistemología del construccionismo social y la perspectiva teórica del interaccionismo simbólico.

2) Desarrollo de pre análisis, el cual fue el primer intento por organizar la información, se transcribieron las entrevistas cinco veces hasta lograr uniformidad en el texto, en una primera transcripción se trató de capturar el texto en su forma artesanal, en la segunda transcripción se agregaron los signos de puntuación que en la primer transcripción no fueron captados, en la tercer transcripción se refinaron de acentuación, admiración, interrogación y lenguaje no verbal captado por el entrevistador, en la cuarta transcripción se revisó formato del texto completo y finalmente para el quinto análisis se

verificó la copia fiel de la transcripción de las entrevistas, de la misma forma se les dio el mismo formato a doble espacio para permitir anotaciones en el texto.

3) La definición de las unidades de análisis, las unidades de análisis corresponden a los fragmentos de contenido, sobre los cuales se comenzó a elaborar el análisis. Las unidades de análisis representan los segmentos del contenido de los mensajes que son caracterizados e individualizados para posteriormente categorizarlos, relacionarlos y establecer inferencias a partir de ellos (Hernández, 1994). Para este análisis se consideraron las frases, el párrafo o tema: aquí la unidad de análisis es un grupo de palabras reunidas gramaticalmente.

4) Establecimiento de reglas de análisis y códigos de clasificación, para darle validez y confiabilidad a los resultados, se desarrollaron las reglas de análisis para la codificación y categorización de las entrevistas.

Etapa 3, para dar respuesta al objetivo mixto, se utilizó la combinación de datos cuantitativos y cualitativos (Creswell, 2011), por medio de las estrategias de la cuantificación de las variables cualitativas, porcentaje de las subcategorías y la cualificación de los datos, el cual es un proceso de transformar datos cuantitativos en datos cualitativos. Se utilizan los puntajes para crear una tipología verbal o un retrato de la persona. La técnica de cualificación de los datos cuantitativos fue por medio de la técnica del promedio, donde primero se encuentra la media de los atributos, luego se describen los casos típicos basados en el promedio (Sandelowski, Voils, & Barroso, 2006).

En este estudio dado que la variable respuesta es la conducta anticonceptiva se obtuvo la media general obtenida, la cual se graficó, posteriormente para generar un perfil cuantitativo y cualitativo de cada una de las participantes, de la sub muestra cualitativa se identificó a cada una de las participantes en la base de datos cuantitativa y se les asignó un número de identificación. Posteriormente en cada caso se identificó la media obtenida en la escala de conducta anticonceptiva, se graficaron los resultados de

las medias de las participantes (resultados cuantitativos) y con los resultados cualitativos (categorías y subcategorías), se crearon los perfiles narrativos de las participantes con el objetivo de explicar la conducta anticonceptiva en las mujeres. Los datos cuantitativos permitieron conocer el panorama del fenómeno de conducta anticonceptiva y los datos cualitativos, la explicación de los factores relacionados, así como la validación por métodos del estudio. La tabla 3 nos indica la combinación de los datos cuantitativos con respecto a su prioridad y temporalidad.

Tabla 3

Combinación de datos cuantitativos y cualitativos

Relación de datos cuantitativos y cualitativos prioridad y temporalidad	Uso de datos cualitativos	Uso de datos cuantitativos
CUAN + cual	Explicación	
	Validación	

Nota: + indica relación concurrente, Mayúsculas indican prioridad

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se presentan los resultados del estudio. En primer lugar, se muestran los resultados de la fase uno cuantitativa, que incluye las características sociodemográficas de la población y la estadística descriptiva donde se obtuvieron las frecuencias y porcentajes, así como las medidas de tendencia central y dispersión de las variables de estudio, así mismo la prueba de normalidad (Kolmogorov- Smirnov) para las mismas. Posteriormente se presentan la prueba de consistencia interna (Alfa de Cronbach) para cada una de las escalas y sub escalas utilizadas en el estudio. Después se exponen las pruebas estadísticas utilizadas para dar respuesta a cada uno de los objetivos de tipo cuantitativos planteados.

En segundo lugar se presentan los resultados de la fase dos cualitativa, las características sociodemográficas, la formación de códigos que emergieron, la agrupación por familia, posteriormente la categorización, la cual incluye descripción de la categoría, las subcategorías descritas y sus códigos vivos. También se presenta la síntesis de resultados cualitativos. Y en tercer lugar se presentan los resultados de tipo mixto, donde se obtuvo el promedio general de la escala de conducta anticonceptiva, el perfil narrativo de cada uno de las participantes; posteriormente la estrategia de combinación de datos y sus los datos obtenidos, finalmente las metainferencias de los resultados mixtos que dan respuesta al objetivo general planteado.

Resultados Fase 1 Cuantitativa

Se reclutaron 305 mujeres, de las cuales se excluyeron 85; por lo que la muestra estuvo conformada por 220 mujeres de 18 a 24 años de edad que cumplieron con los criterios de inclusión.

Datos Socio Demográficos

La edad de las participantes fue de 18 a 24 años, con una media de 20 años, con respecto a su nivel educativo, las participantes reportaron de 9 a 14 años de estudio, el mayor porcentaje de las participantes tenía solo la secundaria (50.5%), seguido de preparatoria completa (24.1%) y preparatoria trunca (22.3%). En relación a su ocupación el 68.6% eran estudiantes, el 30% eran estudiantes y tenían un empleo pagado y el 1.4% eran estudiantes y tenían un empleo no pagado. De aquellas que tenían un empleo pagado el 18.6% eran de tiempo completo, el 9.1% eran de tiempo completo pero con menos de 40 horas a la semana y el 4.1% tenían un empleo de menos de 20 horas. Respecto al estado marital el 73.2% eran solteras, el 17.7% casadas, el 7.7% vivían en unión libre, el .9% eran divorciadas y el .5% eran viudas. El 78.2% de las participantes reportaron no tener hijos y el 21.8% reportaron tener hijos.

Descripción de la Historia Reproductiva y Sexual

La historia reproductiva y sexual brinda un panorama del desarrollo de la mujer en estos dos aspectos, comprende la edad de la menarca o primera menstruación y la edad del primer encuentro sexual, la cual se considera la edad en que las mujeres tuvieron su primera relación sexual vaginal con una persona del sexo contrario. Mientras que el inicio de la vida sexual activa se considera la edad en que inició encuentros sexuales vaginales frecuentes con una persona del sexo opuesto. Como se puede observar en la tabla 4, con respecto a su primera menstruación se reportó una media de edad de 12 años y para el primer encuentro sexual y el inicio de la vida sexual activa fue de 16 años de edad. Cabe mencionar que se eliminaron dos casos, por ser datos extremos debido a que reportaron edades del primer encuentro sexual de 8 y 10 años de edad, sin embargo fueron por violaciones sexuales y se observó que afectaban el resto de los datos (ver tabla 4).

Tabla 4

Historia reproductiva y sexual

Característica	Mínimo	Máximo	<i>Md</i>	<i>DE</i>
Edad de la primer menstruación	10	18	12.26	2.05
Edad del primer encuentro sexual	13	24	16.39	2.02
IVSA	13	24	16.92	1.88

Nota: IVSA = Inicio de la vida sexual activa, Md= mediana, DE= desviación estándar
n=218

Descripción de la Historia Anticonceptiva

Con respecto a su historia anticonceptiva, esta abarca el tipo de métodos utilizados previamente, así como el uso de métodos anticonceptivos actuales. Como se puede apreciar en la tabla 5, las participantes han usado más de un método previamente, entre los que destacan el condón masculino, los métodos naturales, la AEO y los anticonceptivos hormonales, sin embargo el método más utilizado es el condón masculino.

Tabla 5

Métodos anticonceptivos utilizados previamente

Uso previo de AC	<i>f</i>	<i>%</i>
Condón	166	65.1
Anticoncepción de emergencia oral	58	26.2
Coito interrumpido	55	24.9
Pastillas	51	23.1
Ritmo	36	16.3
Inyecciones	14	6.3
Dispositivo intrauterino	9	4.1

n=220

Se realizó una tabla de contingencia para conocer los tipos de métodos que utilizan en conjunto, en la tabla 6 se puede observar que las mujeres utilizan en mayor porcentaje el condón masculino y la AEO, así como el condón masculino y las pastillas, es decir el condón masculino y los métodos hormonales.

Tabla 6

Tabla de contingencia métodos anticonceptivos utilizados

Método	Condón masculino		Ritmo		Coito interrumpido	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
AEO	46	20.0	14	6.4	12	5.5
Pastillas	40	18.2	11	5.0	11	5.0
DIU	7	3.2	4	1.8	2	1.0
Inyecciones	11	5.0	5	2.3	3	1.4

Nota: DIU=Dispositivo intrauterino; AEO= Anticoncepción de emergencia oral; n=220

En referencia a las mujeres que utilizan un método actualmente, el 53.6% refirieron usar actualmente un método anticonceptivo y el 46.4 % no utiliza ningún método, así mismo en la tabla 7, se puede observar que el condón continúa siendo el método más utilizado, seguido de los métodos naturales, la AEO y los hormonales. Además en el uso actual, se sigue presentando el manejo de métodos anticonceptivos en forma dual (dos métodos o más), en menor medida en comparación con el uso previo.

Tabla 7

Tipo de método anticonceptivo utilizado actualmente

Método actual	<i>f</i>	%
Condón masculino	67	30.5
Coito interrumpido	16	7.3
Ritmo	15	6.8
Pastillas	15	6.8

(Continúa)

Método actual	<i>f</i>	%
Anticoncepción de emergencia oral	12	5.5
Dispositivo intrauterino liberador de hormonas	5	2.3
Implante	5	2.3
Inyecciones	4	1.8
Parche	2	.9
Condón femenino	1	.5

n=220

Estadística Descriptiva de las Variables

A continuación se presenta la estadística descriptiva y el resultado de la prueba Kolmogorov-Smirnov (K-S) con corrección de Lilliefors para las variables uso previo de anticonceptivos edad, actitudes para la CAM, beneficios para la CAM, barreras para la CAM, autoeficacia para la CAM, compromiso con la religión, ingreso económico, Influencias interpersonales para la CAM (apoyo de la familia, pareja y personal de salud), demanda insatisfecha y conducta anticonceptiva (ver tabla 8). Los resultados muestran que la mayoría de las variables no presentaron distribución normal.

Tabla 8

Estadística descriptiva y resultado de la prueba Kolmogorov-Smirnov (K-S)

Variable	<i>Media</i>	<i>DE</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Uso previo de anticonceptivos	1.8	1.1	1	7	3.8	.001
Edad	20.2	2.2	18	24	2.9	.001
Actitudes para la CAM	2.1	.54	1.2	3.9	.89	.400
Compromiso con la religión	1.84	.92	1.0	5.0	2.8	.001
Ingreso económico	2220	3235	0	15000	4.6	.001
Beneficios para la CAM	3.1	1.1	1.0	5.0	2.3	.001

(Continúa)

Variable	<i>Media</i>	<i>DE</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Barreras para la CAM	2.1	.82	1.0	4.5	1.7	.003
Autoeficacia para la CAM	3.1	.66	1.0	4.8	1.3	.068
Influencias interpersonales para la CAM						
Apoyo de la familia	3.2	.82	1.0	4.9	1.0	.230
Apoyo de la pareja	3.7	.66	1.1	5.0	1.0	.259
Apoyo del personal de salud	3.6	.73	1.0	5.0	.8	.426
Demanda insatisfecha	4.3	1.26	1.0	5.0	4.3	.001
Conducta anticonceptiva	1.8	3.23	.0	4.0	1.8	.001

Nota: DE = Desviación estándar, Min-Max, Mdn = Mediana, n = 220, D^a = Prueba de normalidad con corrección Lilliefors

El uso previo de anticonceptivos tuvo una media de 1.8, lo que nos dice que las mujeres utilizan más de método al mismo tiempo. La media de edad de las participantes fue de 20 años. Las actitudes para la CAM muestran puntajes bajos, lo que indica que sus actitudes hacia la CAM son positivas. En el caso de los factores socioculturales, el ingreso económico tuvo una media de 2,220 pesos mensuales, lo que representa un ingreso económico muy bajo, con respecto al compromiso con la religión, la media se presentó muy por debajo del punto intermedio. Las participantes reportaron una media de beneficios para CAM por arriba del punto intermedio y barreras para CAM por debajo del punto intermedio. En el caso de la variable autoeficacia para la CAM reportaron medias por arriba del punto intermedio. Las influencias interpersonales (apoyo familia, pareja y personal de salud, muestran medias altas, lo que sugiere que perciben apoyo de su red social. La demanda insatisfecha tuvo una media alta, lo que sugiere que las mujeres perciben menor demanda insatisfecha. La conducta

anticonceptiva presentó una media baja, lo cual sugiere que no presentan un uso correcto y sostenido de los métodos anticonceptivos.

Consistencia Interna de los Instrumentos

La escala de actitudes para la CAM (Black & Pollack 1987), escala de compromiso con la religión (Worthintong et al, 2003), escala de beneficios y barreras para la CAM (Brunie et al., 2013), escala de autoeficacia para la CAM (Levinson et al., 1996), escala de provisión social para la CAM (Darbes & Lewis, 2005) y la escala de conducta anticonceptiva (Jaccard et al., 1997) tuvieron una consistencia interna aceptable. (ver tabla 9)

Tabla 9

Consistencia interna de los instrumentos

Instrumento	Reactivos	Opciones de respuesta	lpha
Actitudes para la CAM	21	1 a 5	.85
Escala beneficios para la CAM	4	1 a 5	.62
Escala barreras para la CAM	2	1 a 5	.70
Escala de autoeficacia para la CAM	17	1 a 5	.81
Escala de compromiso con la religión	10	1 a 5	.92
Provisión social para la CAM	72	1 a 5	.97
Sub escala apoyo familia	24	1 a 5	.95
Sub escala apoyo pareja	24	1 a 5	.94
Sub escala apoyo proveedor de salud	24	1 a 5	.94
Escala de conducta anticonceptiva	5	0 a 4	.88

Objetivos Cuantitativos

Para dar respuesta a los objetivos se realizaron pruebas de correlaciones, posteriormente se ajustaron modelos de regresión en relación al planteamiento de cada uno de los objetivos. De acuerdo a esto se realizaron regresiones lineales univariadas y

multivariadas. Considerando que la mayoría de las variables no presentaron distribución normal se empleó la técnica de bootstrap para confirmar el resultado de las regresiones y representar el modelo final cuantitativo (ver figura 10).

El objetivo uno plantea, determinar si el uso previo de anticonceptivos influye en la conducta anticonceptiva. Se realizó una prueba de correlación entre las variables uso previo de anticonceptivos y conducta anticonceptiva, donde se encontró que el uso previo de anticonceptivos se correlacionó significativa y positivamente ($r=.17, p .01$)

Se realizó una regresión lineal simple considerando como variable independiente el uso previo de anticonceptivos y como variable dependiente la conducta anticonceptiva, la cual fue estadísticamente significativa ($R^2=.15, F_{[1,218]}=5.243, p<.02$). El uso previo de anticonceptivos incrementa .20 puntos la conducta anticonceptiva. Por lo que se puede concluir que existe mayor probabilidad de que una mujer utilice anticonceptivos de manera correcta y sostenida cuando ha utilizado más MA en el pasado. Se confirma este resultado con bootstrap ($b=.20; IC\ 95\% [.02, .377], p<.05$).

Para el objetivo dos, en la correlación se encontró que el uso previo de anticonceptivos se correlacionó significativamente con el autoeficacia para la CAM ($p<.05$), como se puede observar en la tabla 10. A mayor uso previo de AC, mayor autoeficacia para la CAM

Tabla 10

Correlaciones entre uso previo de AC y beneficios, barreras y autoeficacia para la CAM

Variables	Uso previo de AC
Beneficios para la CAM	-.03
Barreras para la CAM	-.05
Autoeficacia para la CAM	** .21

*Nota: * $p < .05$, ** $p < .001$*

Se ajustaron tres modelos de regresión lineal simple, donde se tomó como variable independiente el uso previo de anticonceptivos y como variables dependientes en cada modelo los beneficios para la CAM, barreras para la CAM y el autoeficacia para la CAM respectivamente (ver tabla 11 y 12). Los resultados muestran que el uso previo de AC tiene efecto negativo sobre las barreras para la CAM ($R^2 = .03$, $F_{[1,218]} = 7.182$, $p < .05$), también el uso previo de AC se asoció positivamente con el autoeficacia ($R^2 = .02$, $F_{[1,218]} = 6.371$, $p < .05$). Se concluye que el uso previo de AC disminuye las barreras y aumenta el autoeficacia para la CAM.

Tabla 11

Modelos de regresión de uso previo de AC con los beneficios, barreras y autoeficacia para la CAM

Uso previo de anticonceptivos	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Modelo 1: Beneficios para la CAM	-.02	.07	-.01	.776
Modelo 2: Barreras para la CAM	-.14	.05	-.17	.008
Modelo 3: Autoeficacia para la CAM	.10	.04	.16	.012

Nota: Modelo 1 variable dependiente beneficios para la CAM, Modelo 2 variable dependiente barreras para la CAM, Modelo 3 variable dependiente autoeficacia para la CAM, *B*= b, *SE*= Error estándar, *Beta*= valor de beta, n=220

Tabla 12

Modelos de regresión de uso previo de AC con beneficios, barreras y autoeficacia para la CAM con “bootstrap”

Uso previo de anticonceptivos	B	SE	p	Bootstrap	
				IC 95%	
				Inferior	Superior
Modelo 1:Beneficios para la CAM	-.02	.07	.779	-.17	.13
Modelo 2:Barreras para la CAM	-.14	.05	.010	-.24	-.03
Modelo3:Autoeficacia para la CAM	.10	.03	.001	.03	.17

Nota: Modelo 1 variable dependiente: beneficios para la CAM, Modelo 2 variable dependiente: barreras para la CAM, Modelo 3 variable dependiente: autoeficacia para la CAM, B= b, SE= Error estándar, n=220.

El objetivo plantea determinar si el uso previo de anticonceptivos se asocia con la influencias interpersonales (apoyo familia, pareja y personal de salud) y la demanda insatisfecha. Se observa en la tabla 13 que el uso previo de AC solo se correlacionó significativa y positivamente con el apoyo de la pareja ($p<.05$).

Tabla 13

Correlaciones entre uso previo de AC con apoyo de la familia, pareja y personal de salud para la CAM

Variables	Uso previo de AC
Apoyo familia	.07
Apoyo pareja	*.14
Apoyo personal de salud	.10
Demanda insatisfecha	.11

Nota: * $p<.05$. ** $p<.001$

Se ajustaron cuatro modelos de regresión lineal univariados (ver tabla 14 y 15), en el primer modelo se consideró el uso previo de anticonceptivos como variable

independiente y el apoyo de la familia como variable dependiente, el segundo modelo tuvo como variable independiente el uso previo de anticonceptivos y el apoyo de la pareja como variable dependiente; el tercer modelo con variable independiente el uso previo de anticonceptivos y el apoyo del personal de salud como variable dependiente y el cuarto modelo con el uso previo de anticonceptivo como variable independiente y la demanda insatisfecha como variable dependiente.

Los resultados muestran que el uso previo de anticonceptivos se asoció con el apoyo de la pareja ($F_{[1,218]}= 5.930, p<.05$), con una varianza explicada del 16%.

También se puede decir que si existe uso previo, aumenta en .10 puntos el apoyo de la pareja.

Tabla 14

Modelo de regresión de uso previo de AC con apoyo de la familia, pareja, personal de salud para la CAM y demanda insatisfecha

Uso previo de anticonceptivos	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Modelo 1: Apoyo de la familia	.07	.11	.09	.162
Modelo 2: Apoyo de la pareja	.10	.04	.16	.016
Modelo 3: Apoyo del personal de salud	.08	.04	.11	.082
Modelo 4: Demanda insatisfecha	16.85	10.50	.10	.110

Nota: Modelo 1 variable dependiente: apoyo de la familia para la CAM, Modelo 2 variable dependiente: apoyo de la pareja para la CAM, Modelo 3 variable dependiente: apoyo del personal de salud para la CAM, Modelo 4 variable dependiente: demanda insatisfecha $B= b$, $SE=$ Error estándar, $Beta=$ valor de beta, $n=220$.

Tabla 15

Modelo de regresión de uso previo de AC con apoyo de la familia, apoyo de la pareja, apoyo del personal de salud para la CAM y demanda insatisfecha "con bootstrap"

Uso previo de anticonceptivos	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>Bootstrap</i>	
				<i>IC 95%</i>	
				Inferior	Superior
Modelo 1: Apoyo de la familia	.07	.05	.166	-.04	.17
Modelo 2: Apoyo de la pareja	.10	.03	.002	.03	.17
Modelo 3: Apoyo del personal de salud	.08	.03	.089	.05	.17
Modelo 4: Demanda insatisfecha	16.85	10.50	.349	-13.76	54.74

Nota: Modelo 1 variable dependiente: apoyo de la familia para la CAM, Modelo 2 variable dependiente: apoyo de la pareja para la CAM, Modelo 3 variable dependiente: apoyo del personal de salud para la CAM, Modelo 4 variable dependiente: demanda insatisfecha, *B*= *b*, *SE*= Error estándar, *n*=220.

Para el objetivo cuatro, se realizó la prueba de correlación, la cual reporta que si las actitudes para la CAM son positivas, se percibirán mayores beneficios para la CAM ($p < .001$). También a mayor edad de las mujeres, las barreras para la CAM que perciben son menores ($p < .001$); así mismo cuando las actitudes para la CAM son positivas, se perciben menos barreras para la CAM. El autoeficacia para la CAM, presentó correlación con la edad ($p < .001$), es decir que a mayor edad, mayor autoeficacia para la CAM; también se correlacionó con las actitudes para la CAM ($p < .001$), lo que nos dice que cuando las actitudes para la CAM son positivas existe una mayor autoeficacia para la CAM (ver tabla 16).

Tabla 16

Correlaciones entre edad, las actitudes para CAM, compromiso con la religión, ingreso económico, beneficios, barreras y autoeficacia para CAM

Variable	Edad	Actitudes para la CAM	Compromiso con la religión	Ingreso económico
Beneficios para la CAM	-.00	**-.31	-.03	-.00
Barreras para la CAM	**-.21	** .28	.11	-.02
Autoeficacia para la CAM	** .19	**-.32	-.01	.01

*Nota: *p < .05. **p < .001.*

Se ajustaron tres modelos de regresión lineal simple, con técnica de bootstrap, dado que la variable respuesta no presentó normalidad. En el primer modelo las variables independientes fueron la edad, las actitudes para la CAM, el compromiso con la religión y el ingreso económico y los beneficios para la CAM como variable dependiente.

En los resultados se puede apreciar que las actitudes para la CAM, se asociaron con los beneficios para la CAM, es decir, por cada desviación estándar de las actitudes para la CAM, aumentan en un .30 los beneficios para la CAM, esto se puede explicar, si las actitudes para la CAM son positivas, los beneficios que las mujeres perciben para el uso de métodos anticonceptivos de forma correcta y sostenida (conducta anticonceptiva), aumentan. Esto explica la varianza en un 8.1%, ($F_{[4,215]} = 5.849, p < .001$). Por lo que se concluye que las actitudes para la CAM influyen en los beneficios que las mujeres perciben para la CAM (ver tabla 17 y 18).

Tabla 17

Modelo de regresión de edad, actitudes para CAM, compromiso con la religión e ingreso económico con beneficios para la CAM

Modelo 1	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	4.79	.79	-	.001
Edad	-.00	.03	-.01	.892
Actitudes para CAM	-.62	.13	-.30	.001
Compromiso con la religión	-.09	.08	-.07	.233
Ingreso económico	-.16	.00	-.04	.506

Nota: Variable dependiente beneficios para la CAM *B= b*, *SE=* Error estándar, *Beta=* valor de beta, n=220.

Tabla 18

Modelo de regresión de edad, actitudes para CAM, compromiso con la religión e ingreso económico con beneficios para la CAM “con bootstrap”

Modelo 1	B	SE	p	Bootstrap	
				IC 95%	
				Inferior	Superior
Constante	4.79	.76	.001	3.36	6.36
Edad	-.00	.03	.908	-.07	.06
Actitudes para CAM	-.62	.14	.001	-.92	-.34
Compromiso con la religión	-.09	.07	.223	-.24	.05
Ingreso económico	-1.65E-05	8.94E-07	.525	-6.42E-05	4.37E-05

Nota: Variable dependiente beneficios para la CAM, $B = b$, $SE =$ Error estándar, $n = 220$.

El segundo modelo que se ajustó, tomó como variables independientes la edad, las actitudes para la CAM, el compromiso con la religión e ingreso económico y como variable dependiente las barreras para la CAM. Se puede apreciar que la edad, las actitudes para la CAM y el compromiso con la religión se asocian con las barreras para la CAM, ($F_{[4,215]} = 7.493$, $p < .001$), con una varianza explicada del 12%, por lo que se puede concluir que la edad, las actitudes para la CAM y el compromiso con la religión tienen efecto sobre las barreras para la CAM (ver tabla 19 y 20).

Tabla 19

Modelo de regresión de edad, actitudes para CAM, compromiso con la religión e ingreso económico con barreras para la CAM

Modelo 2	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	2.70	.57	-	.001
Edad	-.08	.02	-.21	.002
Actitudes para CAM	.36	.09	.24	.001
Compromiso con la religión	.13	.05	.15	.017
Ingreso económico	1.66E-05	.00	.06	.351

Nota: Variable dependiente barreras para la CAM, *B= b*, *SE=* Error estándar, *Beta=* valor de beta, n=220.

Tabla 20

Modelo de regresión de edad, actitudes para CAM, compromiso con la religión e ingreso económico con barreras para la CAM “con bootstrap”

Modelo 2	<i>B</i>	Bootstrap			
		<i>SE</i>	<i>p</i>	IC 95%	
				Inferior	Superior
Constante	2.70	.58	.001	1.57	3.85
Edad	-.08	.02	.004	-.12	-.03
Actitudes para CAM	.36	.09	.001	.17	.54
Compromiso con la religión	.13	.06	.036	.00	.26
Ingreso económico	1.66E-05	1.70E-05	.346	-1.58E-05	5.19E-05

Nota: Variable dependiente: barreras para la CAM, *B= b*, *SE=* Error estándar, *Beta=* valor de beta, n=220.

En el tercer modelo ajustado se consideraron como variables independientes la edad, las actitudes para la CAM, compromiso con la religión e ingreso económico y

como variable dependiente la autoeficacia para la CAM. Los coeficientes muestran que las actitudes para la CAM se asocian con el autoeficacia para la CAM, incrementando .36 puntos el autoeficacia para la CAM, explicando la varianza en un 14%, ($F_{[4,215]}= 10.069, p<.001$) (ver tabla 21 y 22).

Tabla 21

Modelo de regresión de edad, actitudes para CAM, compromiso con la religión e ingreso económico con autoeficacia para la CAM

Modelo 3	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	3.25	.45	-	.001
Edad	.03	.02	.11	.096
Actitudes para CAM	-.36	.07	-.30	.001
Compromiso con la religión	-.04	.04	-.06	.318
Ingreso económico	.00	.00	.16	.059

Nota: Variable dependiente autoeficacia para la CAM, *B= b*, *SE=* Error estándar, *Beta=* valor de beta, n=220.

Tabla 22

Modelo de regresión de edad, actitudes para CAM, compromiso con la religión e ingreso económico con autoeficacia para la CAM “con bootstrap”

Modelo 3	B	SE	p	Bootstrap	
				IC 95%	
				Inferior	Superior
Constante	3.25	.42	.001	2.45	4.12
Edad	.03	.01	.067	-.00	.07
Actitudes para CAM	-.36	.08	.001	-.53	-.22
Compromiso con la religión	-.04	.05	.038	-.14	.05
Ingreso económico	3.31E-05	1.51E-05	.382	6.88E-06	6.55E-05

Nota: Variable dependiente autoeficacia para la CAM, B= b, SE= Error estándar, n=220

El objetivo cinco establece si la edad, actitudes para la CAM, compromiso con la religión e ingreso económico influyen en el apoyo de la familia, pareja y personal de salud para la CAM y la demanda insatisfecha.

Respecto a la variable apoyo de la familia, se puede observar en la tabla 23, tuvo una correlación significativa con las variables edad, actitudes para la CAM, compromiso con la religión ($p < .001$) y con el ingreso económico ($p < .05$), La variable apoyo de la pareja se correlacionó con la edad y las actitudes para la CAM ($p < .001$), así mismo con el ingreso económico ($p < .05$). La variable apoyo del personal de salud se correlacionó significativamente con la edad, y las actitudes para la CAM ($p < .001$). La demanda insatisfecha no se correlacionó con ninguna variable del estudio

Tabla 23

Correlaciones de edad, actitudes para la CAM, compromiso con la religión, ingreso económico, apoyo de la familia, apoyo de la pareja, apoyo del personal de salud para la CAM y demanda insatisfecha

Variable	Edad	Actitudes para la CAM	Compromiso con la religión	Ingreso económico
Apoyo familia	*.22	**-.19	**-.19	*.14
Apoyo pareja	*.16	**-.46	-.44	*.15
Apoyo personal de salud	**-.21	**-.40	-.09	.13
Demanda insatisfecha	.11	.08	-.05	.12

*Nota: *p < .05. **p < .001.*

Se ajustaron cuatro modelos de regresión lineal con técnica de bootstrap. En el primer modelo ajustado se consideró la edad, las actitudes para CAM, compromiso con la religión e ingreso económico como variables independientes y el apoyo de la familia como la variable dependiente. Con base en los resultados las actitudes para la CAM se asociaron con el apoyo de la familia ($R^2 = .88$, $F_{[5,214]} = 4.145$, $p < .001$). Así mismo las actitudes para la CAM, incrementan .24 puntos el apoyo percibido por parte de la familia. Por lo que se concluye que las actitudes para la CAM influyen en el apoyo de la familia de forma positiva (ver tabla 24 y 25).

Tabla 24

Modelo de regresión de edad, actitudes para la CAM, compromiso con la religión e ingreso económico con apoyo de la familia

Modelo	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	2.60	.58	-	.001
Edad	.04	.02	.13	.077
Actitudes para CAM	-.24	.09	-.16	.013
Compromiso con la religión	.08	.06	.09	.174
Ingreso económico	2.36E-05	.00	.09	.181

Nota. Variable dependiente apoyo de la familia, *B*= b, *SE*= Error estándar, *Beta*= valor de beta, n=220.

Tabla 25

Modelo de regresión de edad, actitudes para la CAM, compromiso con la religión e ingreso económico con apoyo de la familia “con bootstrap”

Modelo	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	Bootstrap	
				IC 95%	
				Inferior	Superior
Constante	2.60	.57	.001	1.58	3.74
Edad	.04	.02	.066	-.00	.09
Actitudes para CAM	-.24	.10	.028	-.47	-.03
Compromiso con la religión	.08	.07	.252	-.05	.21
Ingreso económico	2.36E-05	1.76E-05	.191	-1.12E-05	5.75E-05

Nota: Variable dependiente apoyo de la familia, *B*=b, *SE*=Error estándar, n=220.

En las tablas 26 y 27, se observa el segundo modelo que tiene como variables independientes la edad, las actitudes para la CAM, el compromiso con la religión e ingreso económico y como variable dependiente el apoyo de la pareja. Los resultados

muestran que las actitudes para la CAM, tienen efecto sobre la variable apoyo de la pareja ($R^2 = .23$, $F_{[5,214]} = 13.083$, $p < .001$). Las actitudes para la CAM incrementan .52 puntos el apoyo de la pareja. Por lo que se puede concluir que las actitudes para la CAM, influyen en el apoyo de la pareja.

Tabla 26

Modelo de regresión de edad, actitudes para la CAM, compromiso con la religión e ingreso económico con apoyo de la pareja para la CAM

Modelo	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	4.50	.43	-	.001
Edad	.00	.02	.03	.651
Actitudes para CAM	-.52	.07	-.43	.001
Compromiso con la religión	.03	.04	.04	.428
Ingreso económico	1.50E-05	.00	.07	.264

Nota: Variable dependiente apoyo de la pareja, *B*= b, *SE*= Error estándar, *Beta*= valor de beta, n=220.

Tabla 27

Modelo de regresión de edad, actitudes para la CAM, compromiso con la religión e ingreso económico con apoyo de la pareja “con bootstrap”

Modelo	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	Bootstrap	
				IC 95%	
				Inferior	Superior
Constante	4.50	.44	.001	3.64	5.36
Edad	.00	.02	.654	-.03	.04
Actitudes para CAM	-.52	.07	.001	-.66	-.36
Compromiso con la religión	.03	.04	.440	-.05	.12
Ingreso económico	1.50E-05	1.16E-05	.192	-8.52E-06	3.87E-05

Nota: Variable dependiente apoyo de la pareja, *B*= b, *SE*= Error estándar, n=220.

En el tercer modelo ajustado, se tomó la edad, las actitudes para CAM, el compromiso con la religión y el ingreso económico como variables independientes y el apoyo del personal de salud como variable dependiente. Los coeficientes del modelo muestran que las actitudes para la CAM, tienen relación con el apoyo del personal de salud y explican la varianza en un 16%, ($F_{[5,214]}= 8.481, p<.001$). Es decir las actitudes positivas para la CAM incrementan .47 puntos el apoyo del personal de salud (ver tabla 28 y 29).

Tabla 28

Modelo de regresión de edad, actitudes para la CAM, compromiso con la religión e ingreso económico con apoyo del personal de salud para la CAM

Modelo	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	3.80	.50	-	.001
Edad	.03	.02	.10	.148
Actitudes para CA	-.47	.08	-.35	.001
Compromiso con la religión	.02	.05	.03	.601
Ingreso económico	6.66E-06	.00	.02	.670

Nota: variable dependiente apoyo del personal de salud, *B*= b, *SE*= Error estándar, *Beta*= valor de beta, n=220.

Tabla 29

Modelo de regresión de edad, actitudes para la CAM, compromiso con la religión e ingreso económico con apoyo del personal de salud "con bootstrap"

Modelo	Bootstrap				
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	IC 95%	
Inferior				Superior	
Constante	3.80	.52	.001	2.74	4.79
Edad	.03	.02	.172	-.01	.08
Actitudes para CAM	-.47	.08	.001	-.63	-.28
Compromiso con la religión	.02	.04	.559	-.06	.11
Ingreso económico	6.66E-06	1.51E-05	.646	-2.18E-05	3.68E-05

Nota: Variable dependiente apoyo del personal de salud, *B*= b, *SE*= Error estándar, n=220

El cuarto modelo ajustado, se tomó como variables independientes el uso previo de anticonceptivos, la edad, las actitudes para la CAM, el compromiso con la religión e ingreso económico y variable dependiente la demanda insatisfecha. Los resultados muestran que ninguna de las variables se asocia con la demanda insatisfecha. Se concluye que las actitudes para la CAM influyen en el apoyo percibido por la familia, la pareja y el personal de salud.

El objetivo seis propone determinar la asociación entre la edad, actitudes para la CAM, compromiso con la religión e ingreso económico con la conducta anticonceptiva. En la tabla 30, se observa que las actitudes para la CAM, se relacionaron con la conducta anticonceptiva ($p < .001$), es decir si las actitudes para la conducta anticonceptiva son positivas, las mujeres tendrán una mejor conducta anticonceptiva.

Tabla 30

Correlaciones entre edad, actitudes para CAM, compromiso con la religión, ingreso económico y conducta anticonceptiva

Variable	Edad	Actitudes para la CAM	Compromiso con la religión	Ingreso económico
Conducta anticonceptiva	.08	**-.41	-.01	-.00

Nota. * $p < .05$. ** $p < .001$.

Se ajustó un modelo de regresión lineal, donde se consideraron como variables independientes la edad, las actitudes para la CAM, compromiso con la religión e ingreso económico y la conducta anticonceptiva como variable dependiente. El modelo muestra que las actitudes para la CAM, se asocian en la conducta anticonceptiva ($F_{[4,215]} = 12.155, p < .001$), explicando la varianza en un 18.4% e incrementando en 1.6 puntos la conducta anticonceptiva (ver tabla 31 y 32). Se concluye que las actitudes para la CAM tienen un efecto grande en la conducta anticonceptiva.

Tabla 31

Modelo de regresión de edad, actitudes para la CAM, compromiso con la religión e ingreso económico con conducta anticonceptiva

Modelo	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	3.93	.92	-	.001
Edad	.02	.04	.03	.588
Actitudes para la CAM	-1.60	.15	-.42	.001
Compromiso con la religión	-.07	.09	-.05	-.262
Ingreso económico	-1.74E-05	.00	-.04	.542

Nota: Variable dependiente conducta anticonceptiva, $B=b$, SE =Error estándar,

$Beta$ =valor de beta, $n=220$.

Tabla 32

Modelo de regresión de edad, actitudes para la CAM, compromiso con la religión e ingreso económico con conducta anticonceptiva “con bootstrap”

Modelo	B	Bootstrap			
		SE	p	IC 95%	
				Inferior	Superior
Constante	3.93	.88	.001	2.10	5.59
Edad	.02	.04	.577	-.05	.10
Actitudes	-1.60	.14	.001	-1.34	-.79
Compromiso	-.078	.09	.417	-.26	.10
Ingreso económico	-1.74E-05	2.88E-05	.546	-8.01E-05	3.59E-05

Nota: Variable dependiente conducta anticonceptiva, B= b, SE= Error estándar, n=220.

El objetivo siete, señala conocer si existe efecto entre en los beneficios para la CAM, barreras para la CAM y autoeficacia para la CAM, con la conducta anticonceptiva. Se encontró que existe correlación entre los beneficios, las barreras y el autoeficacia para la CAM con la conducta anticonceptiva (ver tabla 33). Es decir que cuando se perciben mayores beneficios para la CAM, hay un uso correcto y sostenido de los MA, así mismo a menor número de barreras percibidas para la CAM, la conducta anticonceptiva tiende a ser correcta y sostenida y cuando se tienen niveles altos de autoeficacia para la CAM, las mujeres presentan un uso correcto y sostenido de los MA.

Tabla 33

Correlaciones entre beneficios, barreras y el autoeficacia para CAM con conducta anticonceptiva

Variable	Beneficios para la CAM	Barreras para la CAM	Autoeficacia para la CAM
Conducta anticonceptiva	** .18	** .25	** -.27

Nota: *p< .05. **p< .001

El modelo consideró como variables independientes los beneficios, las barreras y la autoeficacia para la CAM y como variable dependiente la conducta anticonceptiva. Los resultados muestran que los beneficios, las barreras y la autoeficacia para la CAM se asocian con la conducta anticonceptiva. Las variables explicaron la varianza en un 14.1 % de la conducta anticonceptiva ($F_{[4,215]}=8.787, p<.001$) (ver tabla 34 y 35). Es decir a mayor número de beneficios percibidos, la conducta anticonceptiva es mejor, a menor número de barreras percibidas, aumenta el uso correcto y sostenido de los MA y a mayor nivel de autoeficacia, es mejor la conducta anticonceptiva.

Tabla 34

Modelo de regresión de beneficios, barreras y autoeficacia para la CAM con la conducta anticonceptiva

Modelo	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	.78	.54	-	.338
Beneficios para la CAM	.17	.08	.14	.018
Barreras para la CAM	-.33	.10	-.20	.002
Autoeficacia para la CAM	.40	.13	.19	.004

Nota: Variable dependiente conducta anticonceptiva, *B*= b, *SE*= Error estándar, *B*=beta, n=220

Tabla 35

Modelo de regresión de beneficios, barreras y autoeficacia para la CAM con conducta anticonceptiva “con bootstrap”

Modelo	Bootstrap				
	B	SE	p	IC 95%	
				Inferior	Superior
Constante	.78	.56	.159	-.328	1.84
Beneficios para la CAM	.17	.07	.020	.041	.33
Barreras para la CAM	-.33	.10	.002	-5.41	-.11
Autoeficacia para la CAM	.40	.14	.004	.14	.68

Nota: Variable dependiente conducta anticonceptiva, B= b, SE= Error estándar, n=220

El objetivo ocho plantea, identificar si el apoyo de la familia, pareja y personal de salud para la CAM y la demanda insatisfecha tiene efecto en la conducta anticonceptiva.

En la tabla 36, se observa que la conducta anticonceptiva se relacionó significativamente con las variables apoyo de la familia ($r=.16$, $p<.001$), apoyo de la pareja ($r=.47$, $p<.001$) y apoyo del personal de salud ($r=.34$, $p<.001$), sin embargo con la demanda insatisfecha no hubo relación.

Tabla 36

Correlaciones entre apoyo de la familia, apoyo de la pareja, apoyo del personal de salud, demanda insatisfecha con conducta anticonceptiva

Variable	Apoyo de la familia	Apoyo de la pareja	Apoyo del personal de salud	Demanda insatisfecha
Conducta anticonceptiva	** .17	** .48	** .39	-.040

Nota: * $p<.05$. ** $p<.001$

Se ajustó un modelo de regresión lineal donde se consideró como variables independientes el apoyo de la familia, apoyo de la pareja, apoyo del personal de salud para la CAM y demanda insatisfecha y como variable dependiente la conducta anticonceptiva. Los resultados muestran que solo el apoyo de la pareja tiene efecto en la conducta anticonceptiva ($R^2 = .08$, $F_{[4,215]} = 17.14$, $p < .001$). Es decir el apoyo de la pareja influye en la conducta anticonceptiva (ver tabla 37 y 38).

Tabla 37

Modelo de regresión de apoyo familia, apoyo pareja, apoyo personal de salud y demanda insatisfecha en la conducta anticonceptiva

Modelo	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	-1.93	.50	-	.001
Apoyo familia	-.11	.12	-.07	.323
Apoyo pareja	.95	.16	.45	.001
Apoyo personal de salud	.16	.16	.09	.296
Demanda insatisfecha	.00	.00	-.01	.789

Nota: Variable dependiente conducta anticonceptiva, *B*= b, *SE*= Error estándar,

Beta= valor de beta, n=220

Tabla 38

Modelo de regresión de apoyo familia, apoyo pareja, apoyo personal de salud y demanda insatisfecha en la conducta anticonceptiva "con bootstrap"

Modelo	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	Bootstrap	
				IC 95%	
				Inferior	Superior
Constante	-1.93	.54	.001	-3.04	-.94
Apoyo familia	-.11	.11	.289	-.34	.09
Apoyo pareja	.95	.11	.001	.60	1.31
Apoyo personal de salud	.16	.18	.372	-.19	.52
Demanda insatisfecha	.00	.00	.776	-.00	.00

Nota: variable dependiente conducta anticonceptiva, *B*= b, *SE*= Error estándar, n=220.

Figura 10. Representación gráfica de asociación cuantitativa entre variables

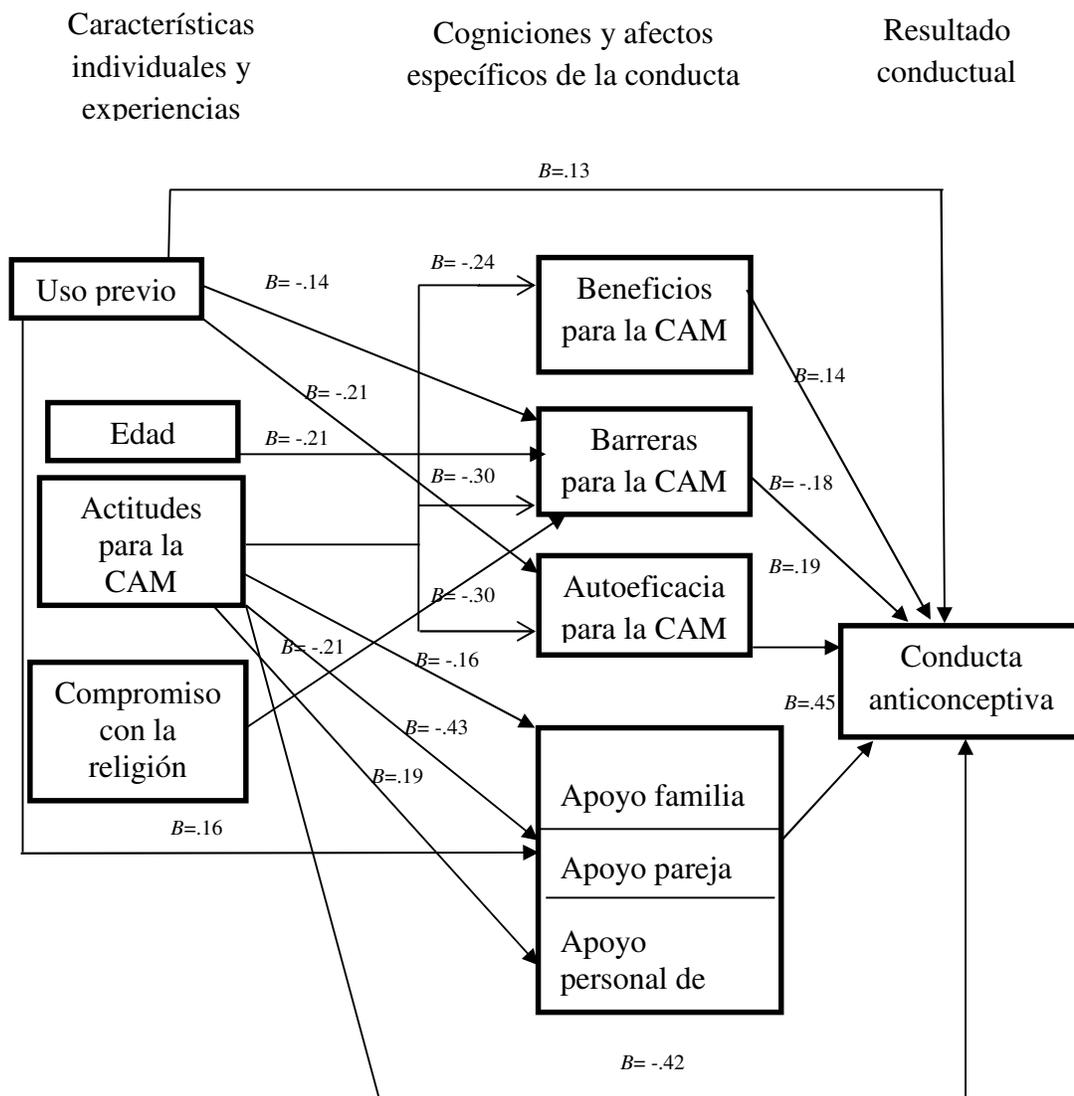


Figura 10. Modelo de las variables que tienen efecto en la conducta anticonceptiva. $B =$ valor de beta. (Caudillo, Benavides, Harrison, Onofre, López, Márquez, 2015). Derechos reservados Universidad Autónoma de Nuevo León.

Resultados Cualitativos

Para responder el objetivo cualitativo se realizó un análisis de contenido, el cual se describe a continuación. Análisis de contenido: 1) Se eligió el objeto de análisis, dentro de un modelo de comunicación, es decir se definió una postura teórica sobre el mismo, en este caso bajo la epistemología del construccionismo social y la perspectiva teórica del interaccionismo simbólico, 2) Desarrollo de pre análisis, el cual fue el primer intento por organizar la información, se transcribieron las entrevistas cinco veces hasta lograr uniformidad en el texto, en una primera transcripción se trató de capturar el texto en su forma artesanal, en la segunda transcripción se agregaron los signos de puntuación que en la primer transcripción no fueron captados, en la tercer transcripción se refinaron de acentuación, admiración, interrogación y lenguaje no verbal captado por el entrevistador, en la cuarta transcripción se revisó formato del texto completo y finalmente para el quinto análisis se verificó la copia fiel de la transcripción de las entrevistas, de la misma forma se les dio el formato a doble espacio para permitir anotaciones en el texto.

3) La definición de las unidades de análisis, las unidades de análisis corresponden a los fragmentos de contenido, sobre los cuales se comenzó a elaborar los análisis. Las unidades de análisis representan los segmentos del contenido de los mensajes que son caracterizados e individualizados para posteriormente categorizarlos, relacionarlos y establecer inferencias a partir de ellos (Hernández, 1994). Para este análisis se consideraron las frases, el párrafo o tema: aquí la unidad de análisis es un grupo de palabras reunidas gramaticalmente. No tienen valor por sí solas, sino a través del conjunto que constituyen. Es importante que este tipo de unidad tenga separadores reconocibles; podríamos recoger todas las frases separadas entre puntos, o punto y una coma, etc.

4) Establecimiento de reglas de análisis y códigos de clasificación, para darle validez y confiabilidad a los resultados. En primer lugar se re leyeron las entrevistas en

siete ocasiones, identificando las unidades de análisis, preguntando cuáles eran los temas o el significado que se encerraba entre ellas. Se fragmentaron las entrevistas en unidades de análisis posteriormente se desarrollaron las reglas de análisis para la codificación, siguiendo las recomendaciones de Bardin (1996), donde se consideraron la frecuencia de las unidades de análisis en el texto para crear un código; así como la dirección dado que, es necesario establecer un sistema de codificación donde se vea reflejado el sentido bidireccional del texto, en este estudio a los factores positivos se les dio el signo (+) y a los factores negativos se les dio el signo (-).

Finalmente se determinaron los códigos bajo los cuales las unidades de análisis fueron agrupadas, los códigos son de tipo descriptivo por el tipo de análisis del estudio, los cuales requieren poca interpretación, implican la atribución de una clase de fenómeno a un segmento de texto. Los códigos fueron definidos, hasta formar el libro de códigos (ver Apéndice J), así como sus relaciones entre los mismos (ver tablas 39, 40 y 41).

Tabla 39

Dirección de códigos similares 1

Códigos	NOAPOYOPAD	AOPAR	NOAPOYPERSSAL
NOAPOYOPAD	-		
AOPAR		+	
NOAPOYPERSSAL			-

Nota: NOAPOYOPAD=no apoyo de los padres, AOPAR=apoyo pareja,

NOAPOYPERSSAL=no apoyo del personal de salud

Tabla 40

Dirección de códigos similares 2

Códigos	MEMB	TIEMYTIPOREL	PLANFUT	DEFIECON
MEMB	-			
TIEMYTIPOREL		+		
PLANFUT			+	
DEFIECON				-

Nota: MEMB=miedo al embarazo, TIEMYTIPOREL=tiempo y tipo de relación, PLANFUT=planes para el futuro, DEFIECON= déficit económico

Tabla 41

Dirección de códigos similares 3

Códigos	CREEMET	PREFMET	ESTISOC	EFFECTMA	DEFCON
CREEMET	+, -				
PREFMET		+,-			
ESTISOC			-		
EFFECTMA				+,-	
DEFCON					-

Nota: CREEMET=creencias acerca de los métodos anticonceptivo, PREFMET=preferencia del método, ESTISOC=estigma social, EFFECTMA=efectividad del método, DEFCON=invulnerabilidad al embarazo

La recolección de datos se realizó en los seis institutos. Las entrevistas fueron realizadas en un aula designada por los directivos del plantel, la cual se encontraba ubicada en un área alejada de los directivos y que además proveía de un ambiente de tranquilidad y de confort para la participante, cabe destacar que en todo momento se cuidó la integridad de las participantes y se les brindó confianza.

Participaron nueve mujeres de 18 a 24 años, ninguna refirió estar casada, o en unión libre, tres tenían hijos, todas dependen económicamente de sus padres. Para identificar a las participantes se les asignó la letra P y un número comenzando con el 1; por lo que participante 1= P1 y así sucesivamente.

5) Categorización, para este paso se agruparon los datos cualitativos de los códigos y su dirección, para formar grupos de datos similares, siguiendo las recomendaciones de Olabuenaga (1996), cada categoría debe de construirse de acuerdo a un criterio único, en este estudio fueron los factores que influían en el uso de métodos anticonceptivos; además deben de ser claras, significativas y para este estudio se construyeron categorías nominales, para diferenciar los factores que influyen en el uso de los métodos anticonceptivos de los que influyen en el no uso de los MA. Se identificaron tres categorías con sus respectivas subcategorías y códigos vivos que apoyaron su formación, a continuación se describen cada una de ellas y sus relaciones con la conducta anticonceptiva en mujeres.

6) Las categorías fueron revisadas y validadas por un segundo investigador, el cual permitió la clasificación y reducción de categorías.

Categorías

Categoría 1: Motivos para usar un método anticonceptivo.

Causas por las cuales las mujeres usan un método anticonceptivo, que incluye aspectos personales, interpersonales y socioeconómicos. Los motivos personales incluyen la preferencia y satisfacción con el método, el miedo a un embarazo no planeado y tener planes para el futuro. Las causas que involucran a otras personas son el tiempo y tipo de relación con la pareja.

Subcategoría 1 .Preferencia y satisfacción con el método.

Primacía de un método anticonceptivo, sobre de otro, por motivo de intereses personales y satisfacción.

Con respecto a la preferencia del método anticonceptivo por las mujeres, ellas expresan qué tipo de método es el que consideran ideal P1 "*...mi método ideal es el implante o el DIU mirena*"; P3 "*... mmm mis métodos ideales serían el del moco o el DIU, porque no tiene hormonas*"; P5 "*...yo prefiero el implante o el DIU... porque soy muy olvidadiza*"; P7 "*...yo elegiría el DIU, con ese no es tan fácil de que te embaraces*" O aquel método que recomendarían ampliamente a otras personas P8 "*...yo siempre recomendaría el implante, ese es seguro, no te embarazas*".

Además el hecho de sentirse mejor con un método las lleva a continuar utilizándolo y a expresar atributos positivos acerca de ellos P5 "*...no son tan malos (métodos hormonales), porque no engordé y no me puse de mal genio*", P1 "*...el implante me cayó muy bien, si me gustó, estoy a gusto con él*", P7 "*... (El ritmo), me acomodo más con ese, me gusta más*", o bien a expresar atributos negativos derivados del uso y de la no satisfacción con el mismo que las lleva a dejar de utilizarlos P7 "*...una vez use el condón, no me gustó, no me gustó la sensación*", P9 "*... me pusieron el DIU, no me cayó, no me gustó*"

Con base en los discursos de las participantes, tienen un método preferido o ideal, sin embargo no es garantía que lo usen, dado que refieren atributos positivos hacia un método de alta efectividad, pero se encuentran utilizando uno menos efectivo, influenciado por las ideas que tienen acerca de los métodos. También expresan cómo se sienten al usar algunos métodos y es por medio de la aprobación o desaprobación al usar los métodos anticonceptivos al estar o no satisfechas o no con los mismos.

Subcategoría 2. Miedo al embarazo.

Sensación de angustia producida por la percepción de llegar a tener un embarazo no planeado.

Las mujeres expresan sensación de angustia, miedo de presentar un embarazo no planeado y por esa razón deciden utilizar un método anticonceptivo en sus relaciones sexuales P5 "*...use el condón, por el miedo de quedar embarazada, porque mi hermana*

salió embarazada y ¡no quise pasar todo lo que ella decía no y no!", P5 ¡Me daba un horror, pensaba no puedo salir embarazada!, P3 "...aquello que me llevó a cuidarme fue, más que nada por el embarazo, estaba en la secun y no quería ser una de las niñas embarazadas", P4 " usaba el condón por no quedar embarazada".

Sin embargo este miedo, las lleva a consumir métodos de forma incorrecta P1 *"...para lo único para lo que las utilizaba (pastillas del día siguiente), era para no quedar embarazada";* también es causa de que las mujeres hayan hecho un cambio a un método más efectivo, como es el ejemplo de una participante que usaba el método del ritmo y al creer que estaba embarazada decidió comenzar a utilizar un hormonal P2 *"...me da más miedo embarazarme, que utilizar un método... el miedo fue lo que me llevó a utilizar un hormonal"*

Se puede concluir que las mujeres toman como referente para usar un método anticonceptivo el miedo a un embarazo no planeado, también las motiva a usar un método más efectivo, como los hormonales para disminuir las posibilidades de embarazarse, aunque este miedo al embarazo pudiera ser por la angustia por un cambio de vida que significaría la maternidad.

Subcategoría 3. Tener planes para el futuro.

Contar con metas que las motivan a usar un método anticonceptivo, estos planes pueden ser por motivos personales o aquellos que incluyen a otras personas como los hijos.

Las mujeres que refieren tener planes, metas para realizar en un futuro, tienden a considerarlo un motivo para utilizar un método anticonceptivo P1 *"... la segunda vez que me la tomé, porque ya estaba por entrar aquí (escuela), menos iba a querer yo estar embarazada"* algunas tienen los deseos de salir adelante por ser mejores, tener un mejor futuro, donde puedan tener ingresos y un patrimonio propio P5 *"... (Principal motivación) terminar la escuela bien, salir a trabajar, tener un buen trabajo, una casa",* P3 *"...pues yo tenía, más bien siempre me vi en la universidad, profesionalista, no pude,*

pero al menos tendré un trabajo seguro, por eso ¡ahorita hijos no!". Y en otros casos es pensando en personas que dependen de ellas como los hijos P9 "...embarazarme otra vez, ¡no! lo que quiero ahorita es terminar la escuela, para poder darles una vida mejor a mis hijos"

En conclusión el tener planes para el futuro motiva a las mujeres a utilizar métodos anticonceptivos, estas metas incluyen terminar la escuela, trabajar y contar con recursos propios para salirse de su casa o para poder criar a sus hijos.

Subcategoría 4. Tiempo y tipo de relación con la pareja.

Periodo determinado en el que una pareja tiene una relación sentimental. Involucramiento sentimental, entre una pareja que establece, pautas de conducta.

Una de las participantes refirió que el tener una relación prolongada le permitió tener la confianza suficiente con su pareja para iniciar con la vida sexual activa, utilizando un método anticonceptivo de barrera pensando en la protección" P5
"...llevamos más de dos años de relación, tardó un año para que pudiéramos tener relaciones, ya nos teníamos confianza y sí dijimos con condón".

Sin embargo también se presentaron los casos contrarios donde el no conocer a la pareja o ser una pareja casual tiene como resultado el uso de métodos de barrera (condón), pensando no solo en no embarazarse, sino en la protección P4 "...pues al inicio no conoces bien a la persona, lo ideal es protegerte, usar condón" P8 "...me metía con otros chavos, eran de antro, no los conocía, con ellos sí usaba condón". Otras participantes consideran que el tipo de relación con su pareja, es decir cuando deja de ser algo informal es un motivo suficiente para usar un método más efectivo como los hormonales P1 "...usar un método para una relación, no formal, ya sea el condón o el ritmo. y si es una relación estable, un hormonal", P1 "... me puse el implante, cuando vi que era algo más en serio (relación)", P2 "...un hormonal, solo cuando va a ser una relación más segura, que vas a tener relaciones seguido".

Una de las participantes consideró que el tipo de relación donde haya confianza, es motivo para dejar de utilizar un método un método para protegerte, sino de tener la posibilidad de demostrarle a la pareja que es una relación formal y que por esa razón pueden utilizar un método donde la penetración no implique el uso del condón, dado que la mujer está segura de la fidelidad de su pareja P4” ... *Después vas conociendo a la persona, la valoras más y ese es el momento de ya no utilizar condón, le das confianza a la persona*”

En conclusión las mujeres para las mujeres es muy importante el tiempo y el tipo de relación que se tiene con la pareja para poder decidir utilizar un método que no sea el condón, dado que el uso del condón es para relaciones casuales, no serias y los hormonales es para relaciones serias, formales, porque el poder tener una penetración sin condón, esto describe que existe confianza, unión y un compromiso por parte de la pareja.

Categoría 2. Barreras para el uso de un método anticonceptivo.

Causas por las cuales las mujeres no usan un método anticonceptivo, que incluye solo aspectos personales, ideas o pensamientos de las mujeres que las llevan a no usar los métodos anticonceptivos.

Subcategoría 1. Efectos de los métodos anticonceptivos.

Consecuencias percibidas producidas o derivadas del uso de los métodos anticonceptivos, pueden ser de tipo positivo o negativo.

Algunas mujeres perciben consecuencias negativas efecto del uso de los métodos anticonceptivos en especial de aquellos que contienen hormonas y por esta razón dejan de usarlos o refieren que no los usarían P7 “...*el implante no lo utilizaría porque luego engorda y ya no te baja tu regla*”, P1 “... *las pastillas, eran horrible, mareo y ganas de vomitar*”, P8 “... *me quite el DIU de hormonas, porque empecé a engordar mucho, nunca lo volvería a usar*”. El DIU también es uno de los métodos que las mujeres no utilizarían, que aunque no tiene hormonas se le atribuyen efectos

negativos en el organismo P9 "*...me lo quite (DIU), tenía sangrados cada 15 días y mucho, mucho dolor*"

Los efectos de los métodos anticonceptivos, específicamente de los hormonales o del dispositivo intrauterino, son causas para no usarlos o discontinuarlos, aunque en ocasiones son solo ideas, dado que no los han utilizado; pero en otras ocasiones es a causa de las experiencias vividas con el uso de los anticonceptivos hormonales.

Subcategoría 2. Estigma hacia la anticoncepción.

Desaprobación del uso de métodos anticonceptivos o de quienes los usan por ser percibido como una conducta contraria a las normas culturales establecidas.

Algunas mujeres refieren estigma hacia los métodos anticonceptivos, en especial de aquellos que contienen hormonas, por considerar que están en contra de la naturaleza humana P3 "*...no usaba las hormonas, me daba miedo usar algo con hormonas, yo sé que las hormonas, hacen un buen de daño*"; además de atribuirle efectos más allá de lo ordinario que aumenta más el estigma y el rechazo a utilizarlos y/o recomendarlos P3 "*...la pastilla del día siguiente, es muy mala, te descontrola y te llega a afectar, si la tomas muy seguido, las de diario (pastillas), sí son seguras, pero antes de los 18, causa quistes en los pechos o alguna reacción*", P3 "*...los implantes, mmm hay hormonas diario en tu cuerpo, ya no te llega la regla o que engordas un buen, no creo que sea bueno para tu cuerpo usarlos*", P4 "*...los hormonales, creo que si los usas mucho tiempo, creo trae problemas, por lo que contienen, ¡son sintéticas! tu cuerpo no trabaja y pues eso no va para mí*", P9 "*...no hay métodos buenos, todos tienen algo malo, porque todos dañan tu cuerpo, tu vida*".

También es probable que se les considera abortivos como la anticoncepción de emergencia oral, sin embargo aún si ya existe implantación, éste medicamento no produce abortos P6 "*... las pastillas (AEO), no se me hace que sean correctas, se me hace como que ya están atacando una vida*". También hay estigma hacia las mujeres que

utilizan métodos anticonceptivos, es decir la sociedad considera su conducta en contra de las normas culturales establecidas y se les atribuyen características negativas que las mujeres perciben y expresan P6 "...usar un método, mi familia hubiera pensado mal de mí, ellos son de tener relaciones hasta que te cases ¡menos usar un método! lo verían muy mal", P6 "... (mi familia), hubiera pensado mal de mí, lo verían mal, porque relaciones sexuales hasta que te cases y usar un método anticonceptivo ¡menos!, P5 "...en los centros de salud, ni te atienden bien, ni te dicen nada, solo te ven con cara de mmm ¡que eres una loca!", P6 "...en el centro de salud, las enfermeras, si vas sola y te cuidas, te ven como, que solo no quieres tener tantos hijos, pero que andas con muchos hombres"

En conclusión, las participantes refieren dos tipos de estigma, uno hacia los métodos anticonceptivos, donde se les confieren atributos negativos, en especial a los anticonceptivos hormonales, considerándolos en contra de la naturaleza humana. El otro tipo de estigma es el atribuido a las mujeres que utilizan los métodos anticonceptivos, por considerar su comportamiento como no socialmente aceptable.

Subcategoría 3. Déficit de conocimientos.

Estado en el que falta una información específica, ya sea por pérdida de conocimientos o existencia de un concepto erróneo por falta de información.

Una de las participantes refirió que el número de encuentros sexuales con su pareja eran poco frecuentes, por lo que no utilizaba un método habitual, al no saber si podía embarazarse P1 "... casi no me cuidaba, yo tenía mi novio y casi no nos veíamos, entonces no me preocupaba". Algunas mujeres no creyeron poder embarazarse en su primera relación sexual P6 "...no pensé en protegerme, pensé que no me iba a pasar, o sea tener un bebe, si era mi primera vez, no creí que me fuera a embarazar", P8 "...la primera vez que tuve relaciones no me cuide con nada, no pensé quedar embarazada". Una participante recibió información parcial del personal médico acerca de su situación de salud, esto derivó en que se creyera infértil e invulnerable a un embarazo, por lo que

no utilizó ningún método anticonceptivo P9 "... *tuve leucemia, el hematólogo me dijo que a lo mejor ya no podía tener hijos, por eso yo pensé que no podía tener, por eso no hice nada para cuidarme*". Otra participante no cree en la posibilidad de un embarazo por sentirse infértil, aún sin contar con un diagnóstico médico P7 "... *no utilizó ningún método, se me hace fácil, digo ¡no, no, no yo no puedo quedar embarazada; según soy estéril!*".

Algunas mujeres creen que por tener tiempo sosteniendo relaciones sexuales sin protección y no haber presentado un embarazo, serán invulnerables por siempre a un embarazo y es por ello que no usan ningún método anticonceptivo P7 "*No creo salir embarazada, ya tengo tiempo y no ha pasado nada*", P8 "...*dure un tiempo teniendo relaciones y no me embarazaba, pensé que ya no podía, me confíe y resulta que me embarace*", P9 "...*yo pensé que no podía embarazarme, por eso no me cuide*"

La falta de conocimientos acerca de temas como la sexualidad y la reproducción motiva a no utilizar un método anticonceptivo, puede ser producto de una mala información acerca de la salud reproductiva, periodo menstrual, periodo ovárico, dado que en ocasiones tienen relaciones fuera de su periodo fértil y las mujeres lo atribuyen a una esterilidad inexistente. También puede ser derivado de una mala información médica acerca de su estado de salud como la fertilidad posterior a cierto tipo de enfermedades.

Categoría 3. Apoyo/ falta de apoyo de la red social.

Percepción por parte de las mujeres que su red social apoya o no el uso de los métodos anticonceptivos, entre los que se encuentran los padres, la pareja y el personal de salud.

Subcategoría 1. No apoyo de los padres.

Percepción de no apoyo de los padres para usar un método anticonceptivo o para sobrellevar un embarazo no planeado.

Dos participantes expresaron las reacciones de sus padres si supieran que usan un método anticonceptivo, las que son negativas P7 "*...mi mamá, si se enterara que uso un método, se enojaría*", P3 "*...no tengo mamá, es mi madrastra, no le tengo confianza, no ha sido un apoyo, me ha encontrado pastillas anticonceptivas y pues me ha regañado*". Otras participantes manifestaron que tuvieron que tomar la decisión de utilizar un método anticonceptivo, dado que si presentaran un embarazo no planeado dejarían de recibir el apoyo de sus padres para continuar sus estudios P5 "*...si me embarazo ellos ya no me van a apoyar (padres), entonces tenía que utilizar algún método, porque no me apoyarían*", P4 "*... cuando use un método la primera vez, pensé en mi familia, no quería decepcionarlos, porque me apoyan para estudiar y si me embarazo ya no me apoyarían,* "

Los padres son actores muy importantes para que las mujeres decidan utilizar un método anticonceptivo, el no apoyo deriva en que las mujeres utilicen métodos anticonceptivos, dado que dependen de ellos económicamente y al tener un embarazo, los padres dejarían de apoyarlas y esto truncaría sus metas.

Subcategoría 2. Creencias de los padres acerca de la sexualidad y la reproducción.

Ideas negativas de los padres acerca de la sexualidad y la reproducción, que no permiten ejercer libremente la sexualidad de las mujeres. La idea de que una mujer tenga relaciones sexuales y/o use un método anticonceptivo hasta el matrimonio, es frecuente entre los padres, esto influenciado por normas y patrones culturales, así como por la religión P1 "*...mi mamá ¡me vería feo! primero me regañaría, porque yo veo que mis papás son de la mentalidad, hasta que te cases*", P2 "*...mi mamá, no sé qué tan de mente abierta sea, si le digo que estoy utilizando (métodos anticonceptivos), no sé si me diga ¡ya cástate!*". También existen discursos que expresan no tener comunicación con los padres acerca de la sexualidad y la reproducción porque saben que esos temas no son comunes o no se tratan nunca dentro de la familia, es decir aún siguen siendo un tabú P8

"...mi familia, a ellos nunca les preguntaría nada, me dirían que soy una loca, que eso no es de mujeres decentes", P9 "...en mi casa nunca se habló de nada de eso, mi mamá nunca me dijo nada y no le pregunte por miedo, creo"

Las creencias de los padres hacia la sexualidad y la reproducción, sugiere que las mujeres no tengan comunicación acerca de estos temas, las dudas las resuelven por otros medios, lo que nos dice, que estos temas continúan siendo un tabú dentro de la sociedad.

Subcategoría 3. Apoyo de la pareja.

Percepción de la mujer de tener el apoyo de su pareja para utilizar un método anticonceptivo. Algunas mujeres refieren comprensión, confianza por parte de su pareja para utilizar un método anticonceptivo desde la primer relación sexual P1 *"... él (pareja), la primera vez que estuve con él, fue y me compró las pastillas, él si me cuidaba, sí utilizaba condón"*; o con comunicación abierta para tomar una decisión juntos P3 *" la primera vez no nos cuidamos, después platicamos y después de eso dijimos que siempre condón, él siempre me ha apoyado"*, P2 *"... él (pareja), me preguntó, me dijo que dijera cuál, me apoyó mucho...pero que si me sentía mal le dijera y buscábamos cómo cuidarme"*. Y un aspecto muy importante es que la pareja les apoya económicamente para la adquisición de los métodos anticonceptivos P2 *"...me dice lo que tu prefieras, cuando estaba tomando las de diario (pastillas), yo las compraba un mes y él otro mes o a veces dos, me apoya un buen"*, P8 *"...con él (pareja), empecé a utilizar las inyecciones, él me daba dinero para comprarlas"*, P9 *"...él si me apoyaba, tampoco quería tener más hijos, me daba para las inyecciones"*

El apoyo de la pareja es crucial para que las mujeres utilicen un método, dado que al no tener apoyo de la familia, buscan el apoyo en la pareja, lo que consideran un elemento muy importante dentro de la relación, al ser sinónimo de confianza.

Subcategoría 4. No apoyo del personal de salud.

Acciones del personal de salud (médicos, enfermería), considerados como agresivas, entre las que se incluyen agresiones verbales, actitudes de indiferencia, imposición de un método anticonceptivo, sin respetar la decisión de las mujeres de no colocarlo.

Las participantes refieren varios tipos de agresiones, la primera por omisión, donde ignoran a las usuarias, no se les escucha y no se les brinda la información adecuada P2 "*... ellos (personal de salud), no te dicen nada, ni te preguntan nada*", P9 "*...la única vez que alguien me dijo de los anticonceptivos, fue en el hospital, con el DIU, pero nunca dijeron que dolería, solo ¡ve y revísatelo! no te dicen nada, solo te lo ponen y ya*"

Otras mujeres refieren haber sido víctimas de violencia verbal por el personal de salud P3 "*... vi a la doctora, pero me gustó, luego consulté con un doctor, fue como bien grosero*", P8 "*...el doctor no me dijo bien, no me explicó cómo funcionaba tuvo un modo muy feo conmigo*", P8 "*... en el hospital querían ligarme, ¡yo no quise! se enojaron (personal de salud), me gritaron y me insultaron*",. También existen casos en que las mujeres se ven forzadas a usar un método a pesar de no querer utilizarlo, esto es más común en los pospartos fisiológicos y quirúrgicos, así como en el posaborto, en los hospitales P6 "*... el DIU, después de que me alivie, casi me lo pusieron a fuerza (personal de salud)*", P9 "*... ellos (personal de salud) me lo pusieron a fuerza, ni me preguntaron, solo dijeron ¡te vamos a poner el DIU! como hasta enojados, muy groseros*"

Las agresiones percibidas por parte del personal de salud, específicamente médicos y enfermería, tiene como consecuencia que las mujeres eviten acercarse al personal de salud para conocer temas de sexualidad y reproducción.

Síntesis Cualitativa.

Los hallazgos muestran que existen factores que influyen en el uso y no uso en relación a los que influyen en el uso de los MA, se encontró que la preferencia y satisfacción del método, son motivos para utilizar MA, las mujeres tienen ciertas preferencias de MA con base a sus propias experiencias o la de otras personas, las cuales les generan una idea de efectividad y eficiencia, que conlleva a tener un método ideal, recomendar algún tipo de MA. La satisfacción se refiere a cómo se sienten las mujeres al usar los métodos anticonceptivos, si se sienten bien o con síntomas tolerables continúan su uso y los recomiendan a otras mujeres.

El miedo a tener un embarazo, dada su situación económica y social las motiva a usar un método anticonceptivo, para tener una mayor oportunidad de lograr sus metas o planes. El tener metas o planes para el futuro las motiva a usar MA, como el poder ser económicamente estables e independientes de sus familias y con un embarazo no planeado no sería posible. El tiempo y tipo de relación con una pareja es una razón de que utilicen un tipo de método específico, es decir en una relación casual tienden a utilizar condón, sin embargo en una relación más prolongada y con un nivel de intimidad mayor las mujeres tienden a dejar de usar el condón para utilizar un método que no involucre el uso del condón, lo que es sinónimo de que la relación es formal, estable y con confianza. El apoyo de la pareja, es muy importante para las mujeres, dado que no es solo el apoyar el uso de los MA, sino un apoyo de tipo emocional y en ocasiones monetario, la pareja les provee de un ambiente de seguridad para usar MA.

Con respecto a los factores que influyen en el no uso de los métodos anticonceptivos se observa que existen los de tipo personales y están relacionadas con aquellas experiencias negativas que las llevan a abandonar el uso de los MA, como son los efectos de los MA, es decir las mujeres que refieren efectos adversos especialmente de los anticonceptivos hormonales y del DIU, entre los que se reportan en mayor proporción son la ganancia de peso y sangrados abundantes. También se encontró que el

déficit de conocimientos se refiere a la falta de información o tener conceptos erróneos acerca de los MA, esto tiene como consecuencias que las mujeres creen que no tienen posibilidad de embarazarse y es por ello que no usan ningún MA, a pesar de tener una vida sexual activa.

Con respecto al estigma hacia la anticoncepción, las mujeres refieren atributos negativos a los métodos anticonceptivos derivados de la desaprobación social de su uso, en especial de aquellos de tipo hormonal, por considerarlos en contra de la naturaleza humana, así mismo las personas confieren atributos negativos a las mujeres que utilizan un MA, por considerar su comportamiento en contra de las normas culturales y sociales. Así mismo en este rubro se encuentra la el no apoyo percibido por parte de los padres para el uso de los MA, dado que dependen de su apoyo económico para continuar sus estudios y al presentar un embarazo no planeado perderían este apoyo.

Otro factor importante y que tiene con el no apoyo de los padres, son las creencias acerca de la sexualidad y la reproducción, dado que se consideran temas tabúes y no se hablan abiertamente dentro del hogar, estas ideas incluyen la prohibición de las relaciones prematrimoniales y que el uso de los MA es solo para mujeres casadas. Con respecto al personal de salud la mujer percibe no apoyo para el uso de los MA, pero además reportan acciones en su contra que pueden ser catalogados como violación a los derechos reproductivos y del paciente como el recibir un trato digno y respetuoso, decidir libremente sobre su atención y otorgar o no su consentimiento válidamente informado, a través de acciones como agresiones verbales, actitudes despectivas o no respeto por sus decisiones al imponerles un método anticonceptivo. Se desarrollaron dos representaciones gráficas donde se describen los factores que influyen para el uso de los métodos anticonceptivos y los factores que influyen en el no uso de los métodos anticonceptivos. (ver figuras 11 y 12)

Figura 11. Modelo de descripción de los factores que influyen en el uso de los métodos anticonceptivos

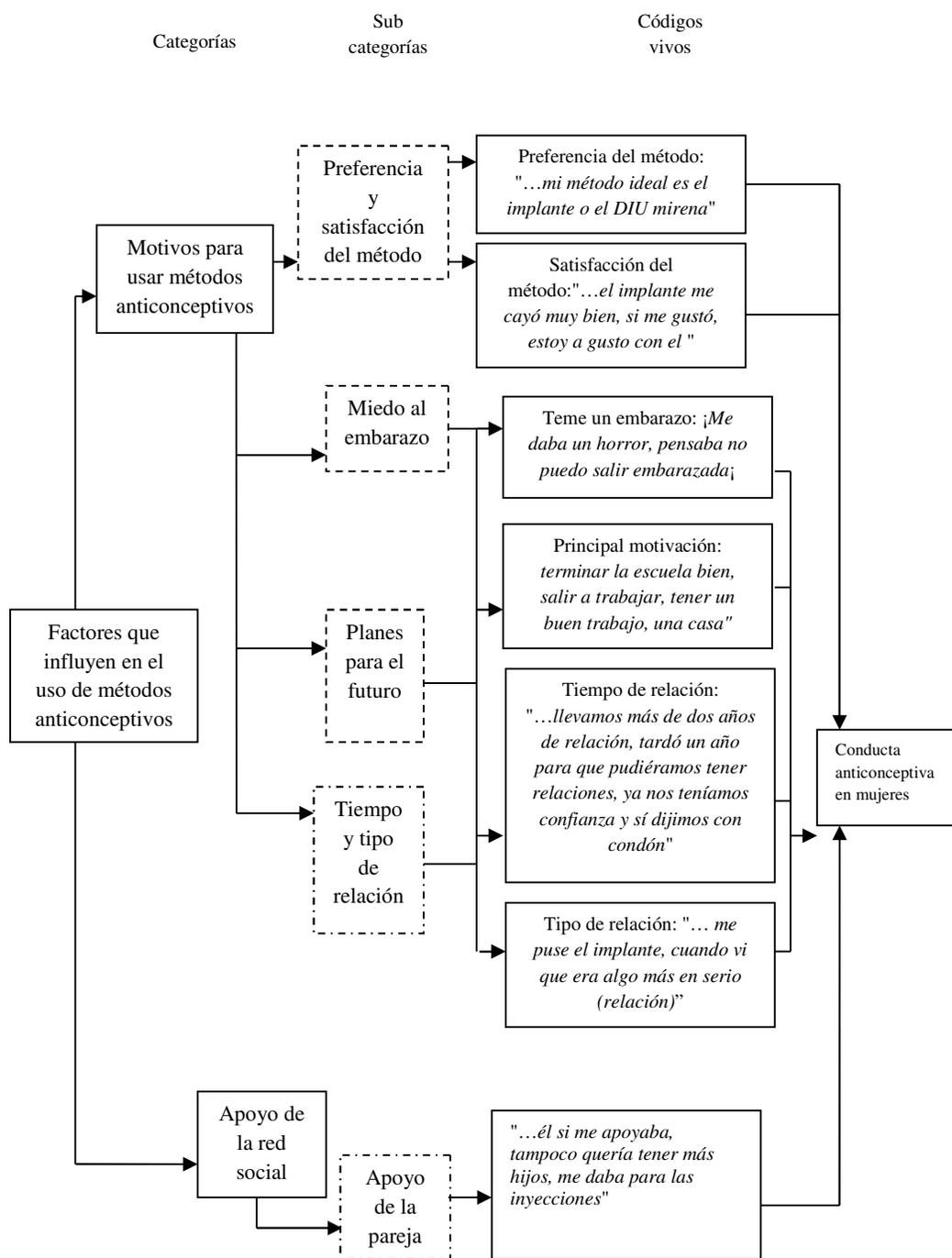


Figura 11. Modelo de factores que influyen en el uso de los métodos anticonceptivos en mujeres (Caudillo, Benavides, Onofre & Harrison, 2015). Derechos reservados Universidad Autónoma de Nuevo León.

Figura 12. Modelo de descripción de los factores que influyen en el no uso de los métodos anticonceptivos

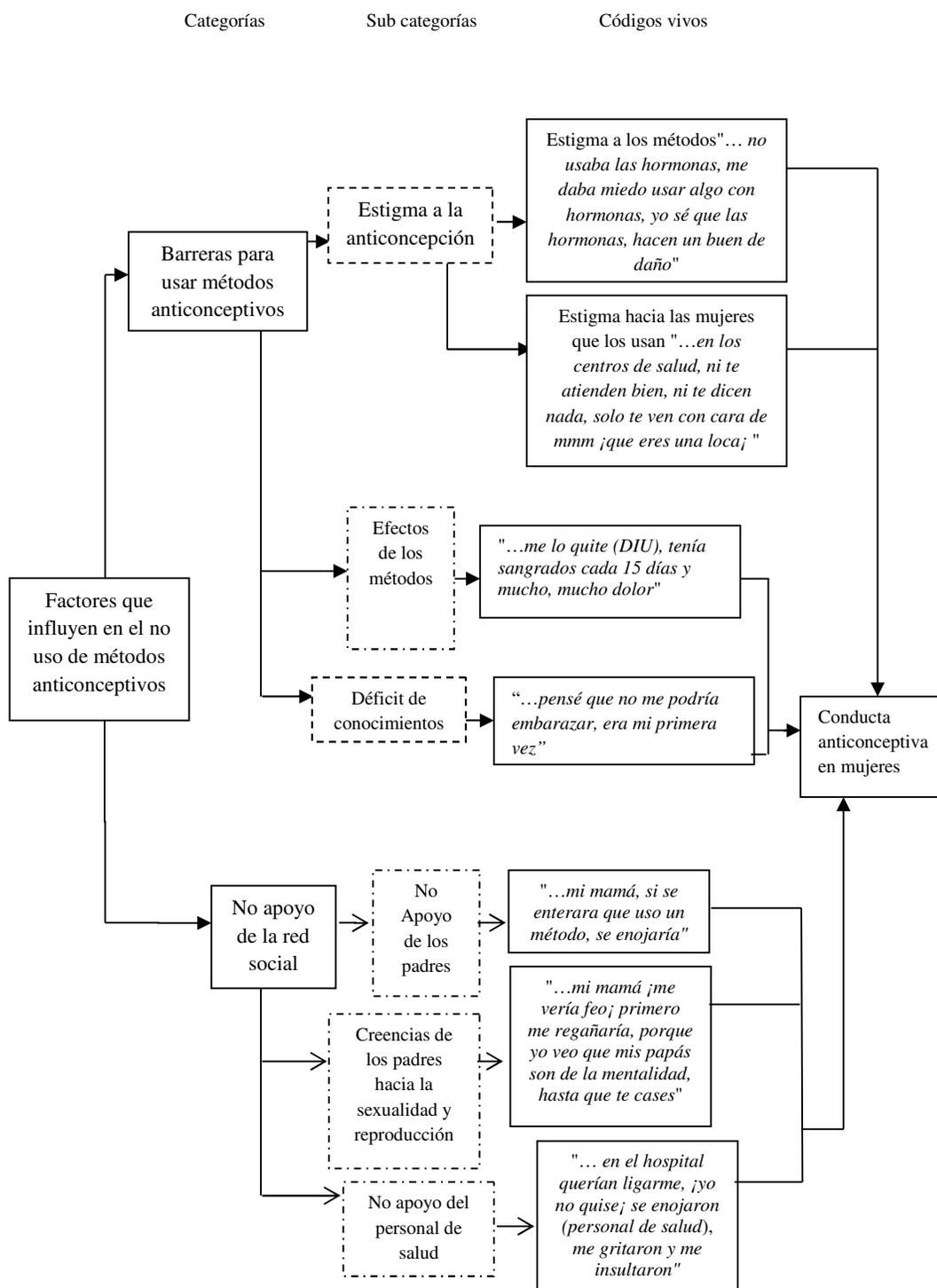


Figura 12. Modelo de factores que influyen en el no uso de los métodos anticonceptivos en mujeres (Caudillo, Benavides, Onofre & Harrison, 2015). Derechos reservados Universidad Autónoma de Nuevo León.

Resultados Mixtos

Para el análisis de tipo mixto se utilizaron dos estrategias que permitieron la combinación de los datos cuantitativos y cualitativos. La primera fue la transformación de datos cualitativos en datos cuantitativos, para reducir el número de categorías y sub categorías a información numérica. En este estudio la frecuencia de un tema dentro de una muestra se transformó en porcentajes para tener una descripción del comportamiento del fenómeno de la conducta anticonceptiva dentro de la muestra y además, sirvió para organizar los datos cuantitativos para la siguiente estrategia de combinación (cualificación), con la finalidad de generar nuevas variables y establecer las metainferencias de los resultados obtenidos. (ver tabla 42)

Tabla 42

Cuantificación de subcategorías para la CAM

Subcategoría	Frecuencia	%
Tener planes para el futuro	4	44.4
Efectos de los métodos anticonceptivos	4	44.4
Estigma hacia la anticoncepción	5	55.5
Miedo al embarazo	5	55.5
Tiempo y tipo de relación	5	55.5
Déficit de conocimientos	5	55.5
Creencias de los padres hacia la sexualidad y la reproducción	5	55.5
No apoyo del personal de salud	5	55.5
No apoyo de los padres	6	66.6
Apoyo de la pareja	6	66.6
Preferencia y satisfacción del método	7	77.7

Se puede observar que la preferencia y satisfacción del método y el apoyo de la pareja fueron las subcategorías que más prevalecieron en las participantes y son subcategorías que motivan el uso de los MA. Por otro lado se encuentran las subcategorías de no apoyo del personal de salud, creencias de los padres hacia la sexualidad y reproducción, déficit de conocimientos, tiempo y tipo de relación, estigma hacia la anticoncepción y miedo al embarazo, dos son causas para el uso de métodos anticonceptivos y el resto para el no uso.

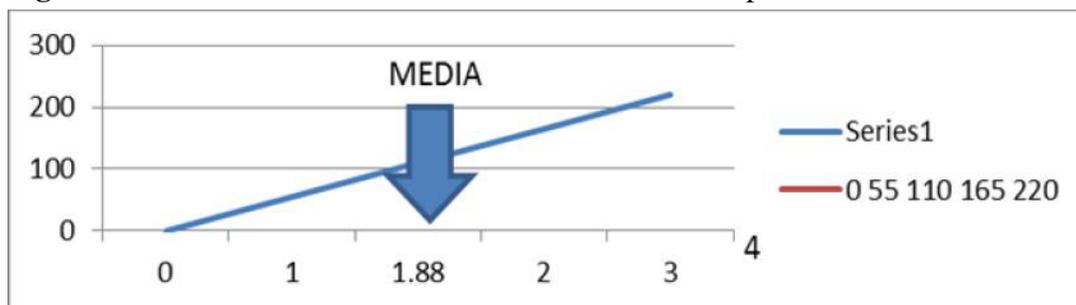
A continuación se realizó la cualificación de las variables cuantitativas, por medio de la estrategia del perfil promedio, esta fue utilizada para validación y explicación del fenómeno, esta técnica generalmente describe muestras e interpreta resultados por medio de la descripción verbal de un grupo de participantes alrededor de la media de un atributo. El atributo principal fue la media de la escala de conducta anticonceptiva la cual se define como el uso correcto y sostenido de los MA, esta va de 0 a 4, donde a mayor puntaje, la mujer tiene un uso correcto y sostenido de los anticonceptivos y a menor puntaje las mujeres no presentan un uso correcto y sostenido de los MA. En primer lugar se obtuvo la media general y posteriormente se graficó, para crear una panorámica del comportamiento del atributo.

Enseguida, se identificaron en la base de datos cuantitativa los nueve sujetos de estudio que participaron en la fase cualitativa y se les asignó un número de identificación que iba de uno a nueve, después se registraron las medias obtenidas por los casos en la escala de conducta anticonceptiva, y se graficaron para conocer su estatus y poder interpretar los datos cuantitativos y cualitativos, así como hacer una contextualización de los mismos. Alrededor de las medias graficadas de las participantes, se crearon verbales o tipologías de las mujeres y de los factores que influyen en el uso y no uso de los MA, estos retratos son conocidos como perfiles narrativos. La creación de un perfil narrativo permitió la reducción de datos cualitativos

que fueron integrados con los datos cuantitativos, mediante la representación e interpretación de los datos combinados.

A continuación se presenta la gráfica de la media de la conducta anticonceptiva.

Figura 13. Media total de la escala de conducta anticonceptiva



Se observa que la media de la escala de conducta anticonceptiva en la muestra cuantitativa fue de 1.88, la cual se considera baja, tomando en cuenta que el puntaje mayor es de 4, las mujeres en general tienden a no tener un uso correcto y sostenido de los métodos anticonceptivos (figura 13). En la tabla 43, se observa la media en referencia a la conducta obtenida por cada una de las participantes

Tabla 43

Media de cada una de las participantes

Participante	Media
1	2.2
2	3.0
3	3.2
4	2.0
5	1.2
6	0.0
7	2.0
8	1.0
9	1.0

La media de las nueve participantes fue de 0 a 3, ninguna obtuvo el puntaje máximo, enseguida se revisaron las entrevistas para crear el perfil narrativo de cada una de las participantes en relación con los temas de los datos cualitativos. El perfil general construido fue, que todas eran estudiantes, el ingreso económico era muy bajo, por lo que recibían apoyo de sus padres, solteras, tres tenían hijos, dos refirieron haber tenido un aborto, cuatro refirieron no tener una vida sexual activa y las cinco restantes manifestaron tener una vida sexual activa.

A continuación se presenta el perfil narrativo de cada una de las participantes en relación a los temas de las entrevistas semiestructuradas y del análisis del perfil, para la integración de los datos cuantitativos y cualitativos.

Perfiles Narrativos de las Participantes.

Participante uno, obtuvo una media de 2.2 arriba de la media general de la muestra total, tiene 23 años de edad, tiene planes de seguir estudiando, su madre es muy católica y es la razón por la cual temas como sexualidad y reproducción no se hablan en su casa, es porque su padre no apoya la anticoncepción ni el sexo prematrimonial, ella cree que la religión no influye en utilizar un método. La primera vez que tuvo relaciones sexuales no uso ningún método anticonceptivo, pero su deseo de no tener hijos la llevo a comprar la AEO, su método ideal es el implante y el DIU, pero no se ha formulado un plan para su conducta anticonceptiva, a pesar de tener el apoyo de su actual pareja.

Participante dos, obtuvo una media de 3.0, lo que sugiere que tiene un uso correcto y sostenido de los métodos anticonceptivos, 22 años, utiliza un método hormonal cree que son los más efectivos, aunque le dan miedo los efectos secundarios, tiene planes de terminar la escuela, un embarazo podría decepcionar a su madre, además de no tener dinero para mantener un hijo. En su familia nunca se hablan temas referentes a la sexualidad o la reproducción como la menstruación, su madre cree que los MA son solo para mujeres casadas y solo los métodos naturales (ritmo, coito interrumpido), tal como lo marca la religión católica. Tiene apoyo de su pareja para usar MA, ha pagado

los servicios privados de ginecólogos porque refiere que en los servicios públicos la información no es buena. Su plan es embarazarse hasta que sea económicamente independiente.

Participante tres, con una media de 3.2, esto nos indica que su conducta anticonceptiva es correcta, 18 años, vive con su padre y su madrastra, tiene un padre estricto con quien no puede hablar de temas de sexualidad o reproducción, estudia lo que su padre le pudo pagar y su deseo es terminar de estudiar, trabajar y poder dejar su casa. Su pareja apoya el uso de anticonceptivos y refiere que el personal de salud es malo, grosero y no puede confiar en ellos. Su plan es usar los métodos anticonceptivos hasta que trabaje, tenga su casa y entonces pensará en el matrimonio.

Participante cuatro, con una media de 2.0, 19 años, vive con su madre, ha usado el ritmo, coito interrumpido y condón, tiene una aplicación del método del ritmo en el celular, estuvo embarazada después de que esta fallara y aun así continua usándola, tiene una relación larga y estable con su novio, sin embargo no han podido hacer un cambio por un método más efectivo. Su madre no aprueba el uso de métodos anticonceptivos ni las relaciones sexuales hasta el matrimonio, su madre es muy católica, a ella le gustaría trabajar y ganar su propio dinero, nunca ha tenido orientación por el personal de salud, ella cree que si acude a un servicio público el personal de salud cree que es porque tiene muchas parejas sexuales. No tiene un plan referente a su conducta anticonceptiva, depende de su aplicación de celular.

Participante cinco, con una media de 1.2, 21 años, vive con sus padres, ha usado condón y pastillas, su hermana estuvo embarazada y su padre no la apoyó para continuar con sus estudios, es por ello que ella no quiere embarazarse, quiere estudiar, trabajar, tener dinero y salirse de su casa, su madre sabe de su vida sexual y cuando lo supo la obligó a utilizar las pastillas, es decir no fue su decisión hubo coerción de la madre; así mismo su padre la obligó a estudiar algo que ella no quería, su padre no aprueba el sexo ni la anticoncepción antes del matrimonio no por influencia de la religión sino porque su

familia tiende a ser muy machista, su pareja apoya el uso de MA. Su plan para la conducta anticonceptiva es continuar con las pastillas pero no fue su decisión, por lo que puede llegar a discontinuar su uso.

Participante seis, media de 0.0, 18 años, vive con sus padres, tiene un hijo de un año, se embarazó en su primer relación sexual, nunca creyó poder embarazarse, no tiene apoyo de la pareja, no tiene vida sexual activa y no desea volver a tener relaciones sexuales, en el hospital le colocaron como imposición el DIU, dado que ella era menor de edad y nadie de su familia firmó para autorizarlo, pero al no recibir información de los cuidados se salió solo, nunca ha ido a los servicios públicos de salud, porque el personal de salud cree que una mujer soltera que usa un método anticonceptivo es porque tiene muchas parejas sexuales. Su familia es muy católica, su madre tuvo cuatro embarazos de un año de diferencia y nunca utilizó un método por considerarlo un pecado, cree que son todos los hijos que Dios te dé, es por ello que temas de sexualidad y reproducción nunca se hablan en casa. Su plan con respecto a la conducta anticonceptiva no es claro solo sabe que no desea volver a tener relaciones sexuales.

Participante siete, obtuvo una media de 2.2, 24 años de edad, vive con sus padres, no tiene hijos, tiene pareja, ella cree que no se puede embarazar, cree que es estéril, aunque no tiene un diagnóstico médico, ha utilizado varios métodos como el condón y la anticoncepción de emergencia oral, pero los ha dejado porque se cree invulnerable al embarazo, su familia no apoya el sexo ni la anticoncepción antes del matrimonio, nunca ha recibido orientación acerca de los métodos, pues no lo cree importante. No tiene un plan para la conducta anticonceptiva.

Participante ocho, con una media de 1.0, 24 años de edad, vive con sus padres, tiene dos hijos, no tiene pareja, no tiene una vida sexual activa, ha utilizado varios métodos anticonceptivos, de su primer embarazo fue después de retirarse el implante, el médico le dijo que no tendría ovulación por seis meses, de su segundo embarazo le fallaron las inyecciones, ella cree que ningún método es bueno, su familia no apoya el

sexo y el uso de los métodos anticonceptivos antes del matrimonio, es por ello que no se habla de temas como sexualidad o reproducción, de hecho su madre piensa que las mujeres que usan los MA tienen una mala reputación. Su plan para la conducta anticonceptiva es no tener relaciones sexuales nunca más, terminar la escuela y poder tener dinero para sus hijos.

Participante nueve, media de 1.0, 23 años, tres hijos, tuvo un aborto, vive con su madre, no tiene pareja, no usa ningún método anticonceptivo, no trabaja, estudia y desea poder tener dinero para sus hijos, creyó que no podía embarazarse por un problema médico que tuvo pero en sus siguientes embarazos utilizó el condón y falló y del tercer embarazo las inyecciones fallaron, ha tenido múltiples parejas sexuales, después de su primer hijo le colocaron el DIU sin su consentimiento, posteriormente ella misma lo retiró, nunca ha recibido información de nadie, ni de su familia o personal de salud. Su plan es no tener relaciones sexuales nunca más, trabajar y criar a sus hijos.

A partir del perfil narrativo de las participantes y de sus medias obtenidas en la conducta anticonceptiva, se procedió a graficar los puntajes y a crear un retrato alrededor del atributo conducta anticonceptiva que complementa, combine y explique los resultados obtenidos. A continuación se presenta la tabla de referencias cruzadas de cada una de las participantes, en relación con la media de conducta anticonceptiva y de su perfil narrativo que permite explicar los datos cuantitativos y cualitativos obtenidos.

Tabla 44
Combinación de datos cuantitativos y cualitativos

CA	0 Menor CA	1	M E D I A	2	3	4 Mayor CA
	No acción, no plan	Plan, poca acción y es pensando en otros		No actúan, no tienen un plan (perdidas)	Acción de CA para ser mejorar su vida	
1			8	2.20 (23 años, no tiene un plan, NO niños)		
2					3.0 (22 años, plan, no desilusionar a su mamá)	
3					3.20 (18 años, plan salir de casa, padre estricto)	
4				2.0 (19 años, aborto, su salud depende de una aplicación del ritmo)		
5		1.20 (21 años, el uso de AC, no fue su decisión)				
6	0.0 (18 años, embarazo primer relación sexual)					
7				2.20 (24 años, piensa que no le puede pasar un embarazo, AEO)		
8		1.0 (24 años, 2 hijos), DF				
9		1.0 (23 años, 3 hijos), un aborto DF				
	No sexualmente activas	No sexualmente activas		Sexualmente activas, no uso de MA	Sexualmente activas, uso de MA	
				Zona crítica		

Nota: CA= Conducta Anticonceptiva

En la tabla 44, se puede observar que existen cuatro zonas con respecto a la conducta anticonceptiva, en la zona cero la participante es no sexualmente activa, no usa ningún método anticonceptivo, no tiene un plan establecido, solo piensa no volver a tener relaciones sexuales otra vez, tuvo una mala experiencia al tener un embarazo no planeado en su primer relación sexual, además no tiene apoyo de la pareja, es por ello que se explican los puntajes muy bajos, éste se considera un caso atípico. En la zona uno, se encuentran dos mujeres que son no sexualmente activas y no usan ningún MA; existe un caso de una participante sexualmente activa y con un método efectivo, sin embargo sus bajos puntajes se deben a que su decisión y su plan están basados en otras personas (padres), es decir hubo imposición de MA. En las mujeres no sexualmente activas, su plan es no tener relaciones sexuales, ésta basada en otras personas (hijos).

La zona es considerada la zona crítica, donde las mujeres se encuentran sin un plan de acción para su conducta anticonceptiva ni por ellas mismas, ni por otras personas, son sexualmente activas; una participante cree no poder embarazarse, otra respalda su salud en una aplicación de celular, que falló tuvo un embarazo y un aborto y continua con el mismo método, la tercer participante de esta zona, solo refiere no querer hijos por el momento pero sin un plan de acción. Estas mujeres sin un plan de acción específico son quienes se encuentran en mayor riesgo de en breve presentar un embarazo no planeado.

En la zona tres, se encuentran las mujeres con un uso correcto y sostenido de los métodos anticonceptivos, en comparación con el resto del grupo, tienen un plan de acción con su conducta anticonceptiva (uso de métodos efectivos), son sexualmente activas, el uso de métodos es por su bienestar y sus planes a futuro, sin embargo se presentaron dos casos contrarios; una tiene influencia de su madre al tener una relación cercana y no querer decepcionarla influye en su conducta, por otro lado se encuentra otra situación donde el padre es estricto y su forma de pensamiento tiene influencia en la conducta de la mujer.

Metainferencias de los Resultados Mixtos

Con base en los perfiles narrativos de las participantes y la combinación de los datos cuantitativos y cualitativos (cuantificación y cualificación) se puede inferir que el plan de acción es un aspecto muy importante no considerado inicialmente, está influenciado por todo el contexto que les rodea, los aspectos psicológicos, socioculturales e interpersonales. El plan de acción se refiere a la identificación de estrategias que deben de ser usadas en diferentes puntos de la secuencia conductual, que vaya más allá de la intencionalidad y de la probabilidad, para que este sea exitoso. Es por ello que las mujeres que se encuentran sin un plan de acción para su conducta anticonceptiva, se encuentra en mayor riesgo de presentar un embarazo no planeado al no tener estrategias para su conducta anticonceptiva y son en quienes se debe de tener especial atención, para lograr moverlas de esta zona crítica, generar un plan de acción y un cambio en la conducta.

El estigma que existe hacia los MA, en especial de los hormonales, incrementan la posibilidad de no usarlos o usarlos de forma incorrecta, dado que se les atribuyen características nocivas, muchas ocasiones ideas imaginarias, que las mujeres consideran como verdaderas, porque creen que van en contra de la naturaleza humana. Así mismo la sociedad estigmatiza a las mujeres que usan los métodos anticonceptivos, por considerar que su uso está contra de las normas y patrones morales establecidos, atribuyéndoles una mala reputación a las mujeres que utilizan los MA, señalándolas como promiscuas.

Se encontró que la religión no influye directamente en el uso de los MA, sin embargo tiene una gran influencia en las creencias de la familia acerca de aspectos como la sexualidad y la reproducción, que en muchas familias son temas completamente cerrados, tales como la menstruación, las relaciones sexuales prematrimoniales, el uso de MA, es decir continúan siendo un tabú en la sociedad actual y a su vez estas creencias influyen en la conducta anticonceptiva de las mujeres al no establecer una comunicación con los padres y buscar información en lugares poco confiables como internet.

Con respecto a los proveedores de salud, se encontró que las usuarias refieren que no ofrecen orientación ni información y además se reportan situaciones donde se considera violación a los derechos sexuales, reproductivos y del paciente, como es el caso de no respetar la decisión de las pacientes de no colocar un método anticonceptivo posterior a un evento obstétrico, ser ofensivos con sus palabras o con sus actitudes, ignorar a las usuarias; esto tiene como consecuencia que las mujeres no vuelvan acudir a los servicios públicos de salud por información, incluso que las usuarias terminen por retirar los métodos anticonceptivos así mismas, bajo situaciones de riesgo muy altas, prefieran pagar servicios privados y/o a acudir a farmacias por métodos anticonceptivos sin conocer los beneficios y los efectos y por consiguiente a abandonarlos en breve. De igual forma el hecho de sentirse ignoradas por el personal de salud les produce descontento, dado que en su hogar no reciben información y por parte del personal de salud, quienes son las personas capacitadas para orientarlas, sienten que son juzgadas por tener vida sexual activa y por utilizar un método anticonceptivo a su edad.

Modelo de la Conducta Anticonceptiva en Mujeres (MOCAM) Abordaje Mixto.

Este modelo se construyó a partir de lo propuesto por el del Modelo de Promoción de la Salud de Pender (2006), considerando los métodos mixtos para la generación de nuevas variables, el cual propone una serie de conceptos y sus relaciones que intentan explicar la conducta anticonceptiva (figura 14). El modelo propuesto integra los siguientes conceptos: 1) Uso previo de anticonceptivos: el número de métodos de utilizados, para reforzar la conducta anticonceptiva; 2) Actitudes para la conducta anticonceptiva: es la evaluación positiva o negativa de la mujer hacia el uso de los anticonceptivos; 3) Estigma a la anticoncepción: desaprobación psicológica y social hacia los métodos anticonceptivos, así como de quien los usa; 4) Creencias de los padres acerca de la sexualidad y reproducción: son las ideas reales o imaginarias de tipo negativo que tienen los padres que influyen en el comportamiento de sus hijas; 5)

beneficios para la CAM: percepción de consecuencias positivas con el uso de los MA, 6) barreras para la CAM: percepción de obstáculos o consecuencias negativas con el uso de los MA, 7) apoyo de la pareja: apoyo percibido por parte de la pareja para el uso correcto y sostenido de los métodos anticonceptivos; 8) No apoyo del personal de salud: percepción de falta de apoyo por el personal de salud para el uso correcto y sostenido de los métodos anticonceptivos; 9) Plan de acción: son las estrategias de acción generadas por las mujeres para usar MA; 10) la conducta anticonceptiva, la cual se define como el uso correcto y sostenido de los anticonceptivos hormonales en las mujeres, En la figura 3, se presenta el modelo final para este estudio.

Derivado de lo anterior se realizan las siguientes proposiciones

1. El uso previo de anticonceptivos influye en la conducta anticonceptiva.
2. Las actitudes para la CAM influyen de forma positiva en la conducta anticonceptiva.
3. El estigma hacia la anticoncepción y las creencias de los padres hacia la sexualidad y reproducción influyen de forma negativa en la conducta anticonceptiva.
4. Los beneficios para la CAM influyen de forma positiva en la conducta anticonceptiva
5. Las barreras para la CAM influyen de forma negativa en la conducta anticonceptiva
6. El apoyo de la pareja influye de forma positiva en la conducta anticonceptiva
7. El no apoyo del personal de salud influye de forma negativa en la conducta anticonceptiva.
8. El plan de acción influye de forma positiva en la conducta anticonceptiva.

Figura 14. Modelo de la conducta anticonceptiva en mujeres (MOCAM)

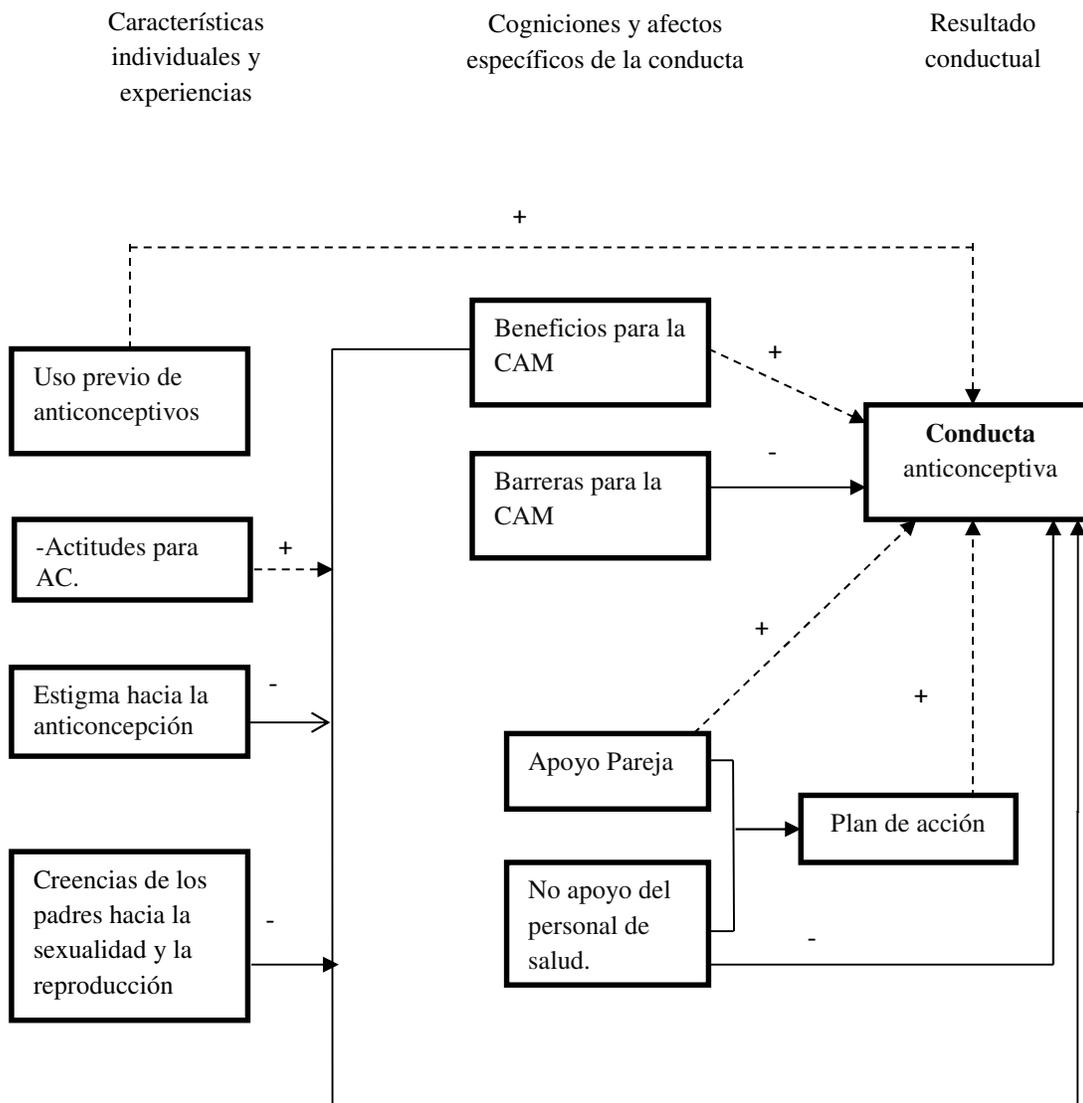


Figura 14. Representación gráfica modelo de la conducta anticonceptiva en mujeres, desde un abordaje con métodos mixtos; -: indica una relación negativa; +: indica una relación positiva. (Caudillo, Benavides, Harrison, Onofre, López & Márquez, 2015). Derechos reservados Universidad Autónoma de Nuevo León.

Capítulo IV

Discusión

El propósito del estudio fue desarrollar un modelo de conducta anticonceptiva en mujeres utilizando metodología mixta. A continuación se discuten los resultados obtenidos de acuerdo con las características sociodemográficas, historia sexual y reproductiva, los objetivos cuantitativos, el objetivo cualitativo y el objetivo mixto planteados. Posteriormente se presentan las limitaciones del estudio, así como las conclusiones y recomendaciones.

De acuerdo a los resultados en la historia sexual y reproductiva, la media de edad de la primera menstruación que reportaron las mujeres es similar a la media nacional reportada (INEGI, 2009). Cabe destacar que se encontró que una vez que las mujeres tienen su primera relación sexual inician con su vida sexual activa, es decir con encuentros sexuales frecuentes. Una proporción mayor de mujeres reportan estar activas sexualmente con respecto a lo que se reporta en la CONAPO (2012) ya que el porcentaje a nivel nacional de mujeres en edad reproductiva de 15 a 24 años y con vida sexual activa fue de 52.9% contra 65% para el presente estudio. También se encontró que el inicio de las relaciones sexuales se da antes de cumplir la mayoría de edad. Esto concuerda con lo reportado por Gayet y Gutiérrez (2014) que realizaron comparaciones para conocer en qué proporción de edad es mayor el inicio de la vida sexual activa que fue en los menores de 16 años y que esta edad ha ido disminuyendo conforme pasan los años ya que ahora el inicio de las relaciones sexuales se da a más temprana edad.

En cuanto al uso de métodos, se encontró que en el uso previo el mayor porcentaje de las mujeres han utilizado más de un método (uno a siete) de forma individual o en conjunto, entre los que se encuentran el condón con las anticoncepción de emergencia oral, lo que sugiere que son los de acceso más fácil para la población y además no representan un esfuerzo mayor al utilizarlos; estos hallazgos son similares a

lo reportado por la ENADID (2009), donde el 89.1% de las mujeres habían utilizado el condón y solo el 6.8% anticonceptivos hormonales como las pastillas, pero difiere de lo que reporta Brown et al. (2011), en su estudio en mujeres de 15 a 24 años de edad encontraron que las mujeres utilizaban en mayor porcentaje la combinación del condón con el coito interrumpido, seguido del uso del condón con las pastillas anticonceptivas, sin embargo esta diferencia pudiera deberse a que el estudio de Brown fue realizado en población americana, donde se les proporciona educación sexual y reproductiva desde etapas tempranas, mientras que en México estos temas no son proporcionados a ningún nivel educativo y además no existe la legislación para implementar programas enfocados a abordar estos temas, en comparación con otros países de América Latina como Brasil, quien cuenta con legislación, programas y evaluación de los mismos (De María, Galárraga, Campero, & Walker, 2009).

En el uso de métodos anticonceptivos, más de la mitad de las mujeres reportaron utilizar un método, de estos el condón es el más usado, seguido del ritmo, las pastillas anticonceptivas, el coito interrumpido y la AEO. Se puede apreciar que aquellos métodos que no representan un costo elevado y que además son fáciles de obtener en lugares como la farmacia son los más usados por las mujeres. Esto difiere en algunos aspectos de lo reportado por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012), donde se reporta el condón como el método más utilizado, seguido del DIU, métodos hormonales y la AEO; existe la probabilidad que se reporte el uso elevado del DIU, dado que en este grupo de edad, existe un alto porcentaje de mujeres que han presentado algún evento obstétrico (ENSANUT, 2012), sin embargo en este estudio el uso del DIU fue un criterio de exclusión al representar un método efectivo para prevenir embarazos no planeados, es por ello que no se reporta, con respecto al uso del condón Gómez en el 2010, refirió en su estudio que las mujeres usaban en mayor proporción el condón en combinación con otro método era porque lo consideraban como un método de

protección contra enfermedades de transmisión sexual, más que un método anticonceptivo.

Respecto a la AEO, resultó ser uno de los métodos usados con mayor frecuencia en la población de estudio, dado que en México se puede obtener en las farmacias sin receta médica, lo que sugiere que facilita el uso indiscriminado de la misma como método anticonceptivo habitual y no como de emergencia. En este sentido Fasanu, Adenkale, Adeniji y Akindede (2014), reportó en su estudio que las mujeres tenían como primera opción de anticoncepción la AEO, por ser de fácil acceso y no necesitar una receta médica.

Referente al uso previo de anticonceptivos, se encontró que el uso de un mayor número de métodos anticonceptivos influyen en el uso correcto y sostenido de los métodos anticonceptivos, es decir si las mujeres han utilizado uno o varios tipos de métodos, muy probablemente tiendan a utilizar otros métodos de forma correcta y sostenida posteriormente, esto pudiera explicarse porque las mujeres al usar varios métodos, acumulan experiencia ya sea positiva o negativa y esto refuerza su conducta. Estos hallazgos concuerdan con lo reportado por Cox et al. (2012), Ersek et al. (2011) y Ong et al. (2012), donde se reporta que cuando las mujeres utilizan varios métodos como el condón masculino, los hormonales y los métodos naturales utilizaban posteriormente métodos más efectivos como los hormonales, en forma correcta y sostenida, además de realizar un cambio, de utilizar varios métodos en conjunto a un solo método anticonceptivo.

Por otro lado varios autores han descrito en sus estudios que las mujeres que reportaron uso de métodos en su última relación tenían mayor probabilidad de utilizar un método en su siguiente relación sexual. También aquellas que reportaron el uso de métodos en los últimos tres meses previos a su última relación sexual, que posteriormente utilizaron un método de forma correcta y sostenida (Campo, Askelson, Spies, & Losch, 2012; Iraní et al., 2013; Wang et al., 2008).

Así mismo el uso previo de anticonceptivos influyó en las barreras para la conducta anticonceptiva en mujeres y en el autoeficacia para la conducta anticonceptiva en mujeres, es decir que a mayor número de anticonceptivos usados previamente, se perciben menos obstáculos o consecuencias negativas usar métodos anticonceptivos de forma correcta y sostenida, esto pudiera deberse a que entre mayor sea la experiencia con los MA, esta tiende a reforzar la conducta y a disminuir la percepción de aspectos negativos, esto muestra que las mujeres que utilizaron más de un método, percibieron menos aspectos negativos para usarlos. En relación a esto Brown en el 2011 encontró que las experiencias negativas con los métodos anticonceptivos, en especial los hormonales eran consideradas un obstáculo para continuar utilizando un método, pero cuando las mujeres percibían que la accesibilidad, el costo y la efectividad eran buenos, continuaban utilizándolos; así mismo Ong et al.(2012) reportó que las mujeres que percibían obstáculos en el uso de varios métodos en cuanto a efectos y costo, tenían mayor probabilidad de no usar ninguno en el futuro.

El uso previo de anticonceptivos se relacionó con el autoeficacia para la conducta anticonceptiva, esto podría explicarse porque las mujeres que utilizan varios métodos, tienden a sentirse más capaces de utilizar cualquier método en un futuro, al contrario de aquellas mujeres que no han utilizado ningún método o un solo método, quienes su poca o nula experiencia las hace sentirse con una menor capacidad para utilizar métodos, en especial de aquellos que requieren un horario y día específicos; con respecto a esto varios autores han encontrado que las mujeres en las primeras relaciones sexuales no utilizan ningún método anticonceptivo, sin embargo cuando ya han tenido la experiencia de usar uno o varios métodos se sienten más capaces de utilizar un método como HO (Ip et al., 2008; Suvivuo, Tossavainen, & Kontula, 2009). También Spence, Elgen y Harwell en el 2006, reportaron que las mujeres que mencionaron haber usado un método en sus relaciones seis meses antes, se sintieron con mayor capacidad de utilizar de forma consistente en su última relación un método como las pastillas.

El uso previo de anticonceptivos no se relacionó con los beneficios o las consecuencias positivas percibidas por la mujer para utilizar métodos anticonceptivos de forma correcta y sostenida, es importante resaltar que las barreras y el autoeficacia para la conducta anticonceptiva fueron variables que se relacionaron con el uso previo de anticonceptivos, por lo que se esperaba que los beneficios tuvieran el mismo efecto, dado que una teoría de la cual se deriva el Modelo de Promoción de la Salud (Pender, 2006), el modelo de creencias en salud, menciona que los beneficios percibidos y las barreras percibidas son dos aspectos fundamentales para que la conducta en salud se lleve a cabo (Becker, 1975), este modelo propone que a mayor número de beneficios percibidos, se percibirán un menor número de barreras para realizar una conducta.

Es por ello que se esperaba en el presente estudio que el uso previo de anticonceptivos tuviera un efecto en los beneficios, tanto como en las barreras. Así mismo Pender (2006), enfatiza que en la teoría de valor-expectativa, la importancia motivacional de los beneficios anticipados están basados en resultados personales de la experiencia previa directa. Este resultado podría deberse a que el instrumento que se utilizó para medir la variable de beneficios para la conducta anticonceptiva en mujeres, no fue el más apropiado y es por ello que los resultados no son congruentes con lo que propone la teoría.

Por otro lado, el uso previo de anticonceptivos tuvo efecto con el apoyo de la pareja para la conducta anticonceptiva, sin embargo no se presentó efecto con el apoyo de la familia, el apoyo del personal de salud y la demanda insatisfecha. Estos resultados pueden explicarse debido a que los temas acerca de la sexualidad, reproducción y anticoncepción continúan siendo un tabú dentro de las familias, en especial con los padres y es por ello que las mujeres no preguntan acerca de métodos anticonceptivos, aunque hayan tenido una mala experiencia (efectos adversos, entre otros), con su uso (Campo et al., 2012), también sugiere que con el personal de salud no existe confianza

para preguntar acerca de métodos anticonceptivos aunque se haya tenido una experiencia negativa.

El uso previo de anticonceptivos tuvo influencia en el apoyo de la pareja, esto sugiere que las mujeres que han tenido la experiencia de utilizar varios métodos, pueden llegar a comunicarse y negociar mejor el uso de anticonceptivos con su pareja porque perciben mayor apoyo de su parte, en comparación con las mujeres sin experiencias previas, dado que en ocasiones sienten miedo o pena de preguntar a su pareja acerca del uso de métodos anticonceptivos, por temor a que su relación se termine. Suvivuo et al., (2009), menciona que las mujeres que han sido sexualmente activas por más tiempo y utilizado al menos un método presentan una mejor comunicación con la pareja para negociar el uso de un método anticonceptivo.

Por otro lado Raj y McDougal (2015), refiere que las mujeres que utilizaron métodos naturales en sus primeras relaciones sexuales, fue porque no percibían la suficiente confianza y apoyo de su pareja para solicitarle un método anticonceptivo como el condón. Otros autores han reportado hallazgos similares, donde las mujeres con experiencias sexuales y anticonceptivas previas tuvieron una mejor comunicación con su pareja para decidir utilizar un método anticonceptivo (Davies et al., 2006; Marston & King, 2006; Widman, Welsh, McNulty, & Little, 2006).

Con respecto a las actitudes para la conducta anticonceptiva en mujeres tuvieron influencia en los beneficios para la conducta anticonceptiva, por tanto se evidenció que cuando las mujeres tienen actitudes positivas hacia los métodos anticonceptivos, las consecuencias positivas que se perciben de los MA aumentan. Bryant en el 2009, encontró que las mujeres que tenían actitudes positivas hacia los métodos anticonceptivos, eran quienes reportaban aspectos positivos del uso de los mismos, como la facilidad de obtenerlos y usarlos, esto también concuerda con lo reportado por Tessler y Peipert (1997), que refiere que las mujeres quienes tenían ideas positivas hacia los métodos anticonceptivos, percibían más aspectos positivos de los mismos, como apoyo

para mejorar su salud. Así mismo las mujeres que tenían actitudes positivas hacia los MA, también reportaron beneficios para usarlos, como mejora de su financiamiento y vida personal (Frost & Darroch, 2008).

En cuanto a las barreras para la conducta anticonceptiva, los resultados mostraron que se encuentran influenciadas por la edad, las actitudes para la conducta anticonceptiva en mujeres y el compromiso con la religión. Las mujeres que tienen mayor edad perciben menos barreras para utilizar un método anticonceptivos, probablemente porque a mayor edad, las experiencias del uso de los métodos anticonceptivos sean mayores o también es muy probable que hayan experimentado algún evento de tipo obstétrico como un embarazo o un aborto y tiendan a percibir menos obstáculos para utilizarlos.

Estos resultados concuerdan con Tountas et al. (2004), quienes refieren en su estudio que las mujeres más jóvenes son quienes reportaban más efectos adversos al utilizar un método anticonceptivo y las mujeres de mayor edad quienes habían tenido un embarazo previo eran quienes reportaban menos efectos secundarios de los anticonceptivos. Por su parte, Decat et al. (2011) encontraron que las mujeres mayores de 23 años y con un embarazo previo eran quienes mostraban una mayor aceptación hacia los métodos hormonales o el DIU, que aquellas menores de 18 años y que no habían tenido un embarazo previo. Al respecto otro estudio mostró que las mujeres menores de 15 años eran quienes percibían más barreras para usar un métodos anticonceptivos (Gelberg et al., 2002).

También se encontró que cuando las mujeres tienen actitudes positivas para el uso de los métodos anticonceptivos, los obstáculos o consecuencias negativas percibidas son menores. Shah, Solanki y Mehta (2005), reportaron que las mujeres con ideas o pensamientos negativos hacia los métodos anticonceptivos, eran quienes reportaban mayores barreras para su uso como los efectos secundarios (ganancia de peso e infertilidad), sin embargo nunca los habían utilizado. Por otra parte Brown (2011),

encontró que las mujeres con pensamientos positivos hacia los métodos anticonceptivos, percibían efectos secundarios por el uso de los mismos, pero los minimizaban porque consideraban que su efectividad era mayor. Suvivuo et al. (2009) en su estudio refieren que las mujeres con actitudes positivas, percibían menos consecuencias negativas como costo y acceso; Godfrey et al. (2010), también reportaron que las mujeres que perciben aspectos negativos hacia los métodos anticonceptivos, eran quienes los consideraban más perjudiciales al utilizarlos.

A mayor compromiso con la religión, los obstáculos o consecuencias negativas percibidas para el uso de los métodos anticonceptivos son mayores, esto se puede explicar porque en general las religiones prohíben estrictamente el uso de métodos anticonceptivos que no sean de tipo de natural, dado que dentro de sus preceptos religiosos se considera que las relaciones sexuales son solo con fines de procreación y además deben recibirse todos los hijos que Dios les dé, por lo tanto todo aquello que interfiera en la fecundación es considerado un pecado (Doctor et al., 2009).

Hill et al. en el 2013, encontraron que las mujeres que se reconocían como de la religión católica, en primer lugar tendían a utilizar en menor medida los métodos anticonceptivos y en segundo lugar atribuían aspectos muy negativos a los métodos hormonales como abortivos o en contra de la vida humana. Vencat et al. (2008), reportaron resultados similares, donde las mujeres de religión católica reportaron no utilizar un método hormonal por temor a no poderse embarazar en un futuro y dentro de esta religión la maternidad es un aspecto muy importante. Maqsood y Seeming (2015), las mujeres con religión islam que prohíbe el uso de métodos anticonceptivos, fueron quienes percibieron más barreras para los métodos hormonales y de barrera, en comparación de las mujeres cristianas. Manlove, Terry-Humen, Ikramullah y Moore (2006), encontraron que las mujeres que tenían mayor actividad religiosa se asociaron con menos posibilidades de usar un método anticonceptivo, porque se les atribuían consecuencias muy negativas, como el producir un aborto.

Las mujeres que reportaron actitudes positivas para los métodos anticonceptivos, se percibían con mayor capacidad de utilizarlos de forma correcta y sostenida, esto puede ser porque al tener ideas o pensamientos positivos acerca de los métodos, adquieren confianza en ellas mismas y se sienten con mayor capacidad de usarlos de forma correcta, esto es similar a lo reportado por Sieving y Bearinger (2007), donde las mujeres con actitudes positivas, se sentían con mayor capacidad de usar un método de forma correcta, como por ejemplo las pastillas o las inyecciones anticonceptivas.

Con respecto al compromiso con la religión y el autoeficacia cuando se tiene un mayor compromiso con la religión los niveles de autoeficacia para utilizar un método anticonceptivo de forma correcta y sostenida disminuyen, esto se puede explicar porque la religión tiene un peso cultural muy importante, al tener influencia en muchos aspectos en la vida de las personas; en el caso de la sexualidad, reproducción y anticoncepción, como el no permitir las relaciones sexuales antes del matrimonio, la virginidad y el no uso de los métodos por considerar que está en contra de la procreación, las mujeres mantienen esos preceptos religiosos y las hace percibirse con menos capacidad para utilizarlos.

Estos resultados son similares a los reportados por Doctor et al. (2009) donde las mujeres que habían cambiado de religión ortodoxa a cristiana elevaron el uso de los métodos anticonceptivos, al tener mayor autonomía y sentirse más capaces de utilizarlos, que con su anterior religión; así mismo Gyimah (2012), encontró que las mujeres musulmanas que hicieron cambio de religión a católica o cristiana, utilizaron de forma adecuada los métodos hormonales, por sentirse capaces de usarlos a pesar de solo haber usado métodos naturales previamente. Hill et al. en el 2013, reportó que las mujeres católicas tenían menos probabilidad de usar un método al no sentir no poder usarlos, porque iba en contra de sus creencias religiosas

Las mujeres con actitudes positivas hacia los métodos anticonceptivos perciben mayor apoyo de la familia, la pareja y el personal de salud, esto nos indica que la red

social es muy importante. Algunos autores reportaron que cuando los padres manifestaron actitudes negativas hacia la anticoncepción, pero las hijas referían actitudes positivas, estas no percibían apoyo por parte de los padres y no tenían comunicación con ellos sobre temas de la sexualidad y MA al sentir que sus padres lo consideraban muy malo (Gilliam, Davis, Neustadt, & Levey, 2008; Rouvier, Campero, Walker, & Caballero, 2011). Por otra parte Lackey y Moberg (1998), reportaron que las mujeres mayores de 16 años, que no vivían con sus padres, tenían mejores actitudes para la conducta anticonceptiva y utilizaban más los métodos anticonceptivos, que aquellas que sí vivían con ellos, porque las que vivían con sus padres percibían la falta de apoyo. Kim et al en el 2011, encontraron que las mujeres que tenían actitudes positivas hacia los métodos anticonceptivos, sentían más apoyo de sus padres para usarlos.

Así mismo se encontró que las actitudes para la conducta anticonceptiva influyen en el apoyo de la pareja, es decir si la mujer tiene actitudes positivas, percibirá mayor apoyo por parte de su pareja será. Esto se puede explicar porque si ambos comparten las mismas ideas acerca de los métodos anticonceptivos tendrán una mejor comunicación acerca de qué tipo de método utilizar. Por el contrario si la mujer tiene actitudes positivas y el hombre negativas, no habrá apoyo por parte de la pareja para usar un método anticonceptivo. Esto es similar a lo reportado por Suvivuo et al. (2009), donde las actitudes de la pareja hacia el condón eran negativas y éste presionó a la mujer para no usar condón, aunque ella tuviera actitudes positivas.

De igual forma Miller et al. en el 2010, encontró que las mujeres que tenían actitudes positivas hacia la AEO y que su pareja compartía esas actitudes se sentían con mayor apoyo por parte de él para usarla. Estos hallazgos también coinciden con lo reportado por Clark et al. (2013), donde hombres y mujeres reportaron actitudes positivas para el uso del condón, estas parejas tenían negociación, comunicación para usarlo, pero en aquellos hombres que tenían ideas negativas acerca del condón y además no aceptaban usarlo, la mujer no utilizaba ningún método por complacer a su pareja.

Bajwa, Singh y Ghai (2012), reportaron resultados similares, donde a pesar que las mujeres ya habían reportado un embarazo no planeado, no utilizaban ningún método anticonceptivo porque la pareja creía que no eran buenos y no apoyaba su uso.

También se encontró que sí las actitudes de las mujeres son positivas, percibirán mayor apoyo del personal de salud para utilizar de forma correcta y sostenida los anticonceptivos, dado que cuando la mujer tiene ideas positivas acerca de los métodos anticonceptivos y acude con cualquiera de los proveedores de salud, habrá mayor comunicación y apertura para utilizar cualquier tipo de método. Esto es congruente con lo reportado por Huber y Ersek (2009), donde las mujeres que tenían ideas positivas acerca de los métodos y que además reportaron haber hablado acerca de los métodos con algún proveedor de salud tenían más probabilidad de usar un método anticonceptivo.

Uzuner et al. en el 2005, en su estudio encontraron que el personal de salud que tenía actitudes negativas hacia los métodos anticonceptivos hormonales, no apoyan su uso, por lo que solo prescribían condones a las usuarias, aunque las mujeres refirieran actitudes positivas hacia los anticonceptivos hormonales.

En lo que concierne a la conducta anticonceptiva, se observó que cuando las mujeres tienen actitudes positivas hacia los MA las mujeres usaban en mayor medida los métodos anticonceptivos de forma correcta y sostenida. Esto concuerda con lo reportado por (Bryant, 2009; Sable & Libbus, 1998; Wu et al. 2007), donde se mostró que las mujeres que tenían actitudes positivas tenían mayor posibilidad de ser usuarias consistentes de los métodos anticonceptivos, es decir de utilizarlos de forma correcta y sostenida. De igual forma Longmore, Manning, Giordano y Rudolph (2003), encontraron que las mujeres con actitudes negativas hacia los métodos anticonceptivos, eran quienes tenían menor uso de los métodos anticonceptivos y un mayor riesgo de presentar un embarazo no planeado.

En relación a los beneficios, las barreras y el autoeficacia para la conducta anticonceptiva en mujeres, tuvieron asociación con la conducta anticonceptiva. Con

respecto a los beneficios, las mujeres que perciben un mayor número de consecuencias positivas al usar los métodos anticonceptivos, presentan un uso correcto y sostenido de los métodos anticonceptivos. Frost y Lindberg (2012), reportaron que las mujeres que percibían consecuencias positivas de utilizar un método anticonceptivo, como apoyo para lograr sus metas personales, eran quienes tendían a utilizar los métodos anticonceptivos de forma correcta y sostenida. Por otra parte Vencat et al. (2008), encontraron que aquellas mujeres quienes percibían cualidades en un método como seguro y efectivo, tendían a ser usuarias consistentes en especial de los métodos hormonales. Ntata et al. (2013), en su estudio refieren que las mujeres que percibían mayores beneficios al utilizar métodos anticonceptivos, fueron quienes los usaban en mayor medida de forma correcta.

Referente a las barreras para la conducta anticonceptiva se asociaron a la conducta anticonceptiva, esto se puede explicar dado que las mujeres que perciben un menor número de consecuencias negativas al usar los métodos anticonceptivos, presentan un uso correcto y sostenido de los métodos anticonceptivos. Al respecto Aiken et al. (2005), encontraron que las mujeres que reportaron más consecuencias negativas para el uso de métodos anticonceptivos específicamente de los hormonales, eran quienes tendían a no usarlo o abandonarlos, las razones que reportaron fueron el costo y el temor a no poderse embarazar en un futuro. Así mismo Breheny y Stephens (2004), reportaron que entre las mujeres que percibían un mayor número de obstáculos como dificultad para utilizar un método anticonceptivo, eran quienes no utilizaban ningún MA, a pesar de tener una vida sexual activa. Gelberg et al. en el 2002, encontraron que las mujeres que percibían muchos efectos secundarios a los métodos hormonales, tendían a discontinuar el uso.

En relación al autoeficacia para la conducta anticonceptiva tuvo un efecto con la conducta anticonceptiva, es decir las mujeres que se perciben con una capacidad alta para utilizar los métodos anticonceptivos, presentan un uso correcto y sostenido de los

métodos. Estos resultados son similares a lo reportado por varios autores (Melnick et al., 2008; Wang et al., 2008), en sus estudios las mujeres que presentaron altos niveles de autoeficacia para la conducta anticonceptiva fueron más consistentes al usar métodos anticonceptivos, en comparación con quienes tenían bajos niveles de autoeficacia. De igual forma Sieving y Bearinger (2007), encontraron que las mujeres con altos niveles de autoeficacia tendían a tener uso de los métodos anticonceptivos de forma correcta y sostenida; Suvivuo et al. en el 2009, en su estudio reportó que las mujeres que presentaban niveles altos de autoeficacia para el uso de los MA, el uso de los MA era continuo, en comparación de aquellas mujeres reportaron niveles bajos.

En referencia al apoyo de la pareja y la conducta anticonceptiva, cuando las mujeres perciben apoyo por parte de su pareja para utilizar métodos anticonceptivos, presentan un uso correcto y sostenido de los métodos anticonceptivos, esto es porque en la cultura mexicana como en otras culturas (medio oriente), la decisión de las mujeres de utilizar un método anticonceptivo tiene como referente, la opinión y en muchos casos la aprobación del hombre, ellas consideran muy importante el apoyo de su pareja para utilizar métodos anticonceptivos, el apoyo no solo de tipo emocional, sino también de tipo económico.

Con respecto a esto Ong et al. (2012), encontraron que las mujeres que no percibían apoyo de su pareja para utilizar un método anticonceptivo, eran quienes no utilizaban ningún método anticonceptivo, a pesar de tener vida sexual activa y embarazos previos. Kenyon et al. en el 2010, reportaron que el apoyo de la pareja es un importante predictor del uso consistente de métodos anticonceptivos, dado que si este apoyo no existe las mujeres tienden a no ser usuarias consistentes de los MA; otros autores han reportado que la pareja tiene influencia directa en la decisión de la mujer para usar un método anticonceptivo (Bartz, Shew, Ofner, & Fortenberry, 2007; Manning, Longmore, & Giordano, 2000; Rosenthal et al., 2001); así mismo González et al. (2009), en su estudio refieren que el hombre que apoyaba el uso de los MA, y además

se involucró en los servicios de planificación familiar con su pareja, la mujer tenía mayor probabilidad de ser una usuaria consistente de los MA.

Los resultados de tipo cualitativo, permitieron identificar tres categorías con sus respectivas subcategorías, lo que permitió obtener una descripción de los factores que influyen en la conducta anticonceptiva en mujeres de 18 a 24 años. La primer categoría que emergió fue los motivos para usar un método anticonceptivo, que son las causas por las cuales las mujeres usan un método anticonceptivo. El miedo al embarazo es una causa importante expresada por las mujeres en sus discursos, al no contar con las condiciones adecuadas para tener un embarazo.

Al respecto Huber y Ersek (2009), refirieron que el mayor porcentaje de las mujeres utilizaron un método anticonceptivo por miedo a un embarazo, más que por temor a contagiarse de una infección de transmisión sexual, lo que sugiere que las mujeres consideran de mayor relevancia en su vida un embarazo que una infección como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). También es un factor muy importante para que las mujeres utilicen de forma errónea un método tal como lo describen Suvivuo et al. (2009), donde las mujeres en las ocasiones que no utilizaron condón en sus relaciones sexuales, tomaron la AEO, por miedo al embarazo, cabe señalar que esta pastilla usada de forma excesiva tiene efectos secundarios tales como alteraciones hormonales importantes o sangrados anormales.

La primer categoría que emergió fue creencias acerca de los métodos anticonceptivos, las mujeres refieren ideas reales o imaginarias acerca de los métodos anticonceptivos que lleva a las mujeres a usar o no los métodos anticonceptivos, es decir tienen ideas positivas que apoya el uso de los métodos anticonceptivos, tal es el caso preferencia y satisfacción del métodos, para la preferencia las mujeres señalan cuáles son sus métodos ideales, el tipo de método que utilizarían, los cuales fueron el dispositivo intrauterino de cobre, el implante, en relación al DIU, se le atribuye un alto nivel de efectividad y porque no tiene hormonas y con el implante a pesar de tener

hormonas su efectividad es muy alta, en referencia a esto Gómez (2010) refiere en su estudio que las mujeres prefieren los métodos que son los fáciles de usar y los que no suprime la menstruación, tal es el caso del DIU, dado que para muchas mujeres la menstruación es un verdadero signo de que no están embarazadas y además no solo tienen que acudir a revisión una vez al año.

El implante a pesar de ser un método hormonal, su efectividad ha logrado estar dentro de los de mayor preferencia de las mujeres, porque su acción es prolongada por cinco años y no requiere consultas frecuentes con el médico, sin embargo este suprime la menstruación y puede llegar a tener efectos secundarios fuertes por los niveles de hormonas. A pesar de referirse a estos métodos como los ideales o preferidos no es garantía que los usen.

La satisfacción con el método, tiene como consecuencia que una mujer continúe el uso de un método anticonceptivo o lo descontinúe, es este aspecto sí las mujeres se sienten bien con el método serán usuarias del mismo y además expresan atributos positivos, por el contrario si las mujeres no se encuentran satisfechas con el método lo dejarán de usar y además expresarán atributos negativos. En relación a esto Carrión, Molero y González (2000), señalaron que la satisfacción en una valoración cognitiva personal, que se realiza basada en sus propios criterios. Esto indica que para que la mujer pueda emitir un juicio de satisfacción del método tuvo que tener una experiencia con los métodos y así poder expresar dicha valoración.

El tener planes para el futuro fue un aspecto importante para utilizar un método anticonceptivo. El trazarse metas de tipo personal que incluya a otras personas como los hijos, es relevante para que las mujeres decidan utilizar métodos anticonceptivos, con respecto a esto varios programas de salud, en diferentes temas como la sexualidad, las adicciones se han enfocado en que los jóvenes desarrollen una serie de planes para el futuro y que sea un factor motivante para tener una conducta saludable como el usar condón, beber en bajas cantidades (Brindis, 2001). En relación al uso de métodos

anticonceptivos Frost y Darroch en el 2008, encontraron que las mujeres que tenían planes para el futuro como estudiar o tener una mejor solvencia económica eran quienes utilizaban más los métodos anticonceptivos.

El tiempo y tipo de relación que las mujeres tengan con su pareja es muy importante para determinar el uso de métodos anticonceptivos. El tipo de relación tiene varios aspectos a considerar, como el compromiso, este componente de la relación romántica hace referencia al interés y responsabilidad que se siente por una pareja y por la decisión de mantener dichos intereses con el transcurso del tiempo pese a las posibles dificultades que puedan surgir, debido a que se cree en lo especial de la relación (Yela, 1997). Este elemento tenderá a crecer a medida que transcurre el tiempo de duración de la relación debido al aumento de la interdependencia personal y material entre ambos miembros (Altman & Taylor, 1973; Levinger & Snoek, 1972), es por ello que las mujeres dejan los métodos de barrera y así demostrar su compromiso con la relación y que ha dejado de ser algo informal.

La intimidad tiene que ver con el apoyo afectivo, el conversar, la capacidad de contar cosas personales y profundas a la pareja, la confianza, la seguridad que se siente con el otro, temas y preferencias en comunes, el dar apoyo a la pareja, al estar dispuesto a compartir aspectos económicos y emocionales etc. Este componente tiende a aumentar con tiempo de duración de la relación debido a la reciprocidad de auto revelaciones y del número de episodios, metas, amistades, emociones, lugares, etc. compartidos (Levinger, 1988; Rubin, 1973; Sternberg, 1988). Las mujeres demuestran su confianza dejando de usar un método de barrera y usar otro que le haga entender a la pareja la confianza, la formalidad de la relación y la fidelidad.

La segunda categoría, barreras para el uso de los métodos anticonceptivos, causas por las cuales las mujeres no usan un método anticonceptivo, que comprenden ideas percibidas por las mujeres. Los efectos de los métodos anticonceptivos como subcategoría entendidas como consecuencias percibidas producidas o derivadas del uso

de los métodos anticonceptivos. Esta es una de las principales causas de que las mujeres no usen los métodos entre las que se encuentran la ganancia de peso, dado que en la actualidad, el culto al cuerpo y la preocupación por el mismo ha llegado a convertirse en algo normativo para la población (Raich et al. 2011), por otra parte otros efectos como los sangrados también afectan la decisión de seguir utilizándolos.

El estigma hacia los MA, influye de forma negativa en el uso de los métodos anticonceptivos. Las mujeres refieren estigma hacia los métodos anticonceptivos, en especial de aquellos de tipo hormonal, por considerarlos en contra de la naturaleza humana, es decir que no son naturales para el cuerpo y que causan una serie de efectos, que en ocasiones son extremos, además existe el estigma hacia las personas que utilizan un método anticonceptivo, esto debido a que va en contra de sus normas culturales o de los patrones establecidos dentro de la sociedad. La asociación de Salud Mental de California hace referencia que el estigma es o está dirigido a las actitudes y creencias que conducen a las personas a rechazar, evitar y temer a aquello o a aquellos a quienes perciben diferentes.

En este caso los métodos que contienen hormonas, se consideran antinaturales, expresado dentro de su discurso. Por otra parte las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos no son aceptadas socialmente, porque el hecho de utilizar un método significa que ha tenido relaciones sexuales lo que no es aceptado e incluso se les asocia con tener muchas parejas sexuales. Varios estudios han reportado resultados similares Marston y King (2006), refieren en su estudio que las mujeres que tenían relaciones sexuales y las que usaban un método anticonceptivo se les confería una mala reputación; Egede et al., en el 2015 encontraron que las personas poseen ideas de que el uso de MA, inducen a la promiscuidad.

Déficit de conocimientos, falta de conocimientos o conceptualización errónea de un tema, es este caso con respecto a los temas reproducción en general, que abarca el desarrollo del adolescente, el período de la fecundidad y la reproducción hasta la

menopausia y el climaterio y, en el hombre, en la andropausia. Esto se muestra en cuanto al primer encuentro sexual, donde se considera que no hay posibilidades de un embarazo (falta de conocimientos), sin embargo esta idea es completamente errónea. Esta percepción no es privativa de las mujeres mexicanas otros autores de diferentes países han reportado resultados similares donde las mujeres manifestaron no creer poder embarazarse en el primer encuentro sexual (Melaku et al. 2014; Wan & Chiou, 2009)

La tercera categoría es el apoyo/falta de apoyo de la red social, percepción de la mujer de que actores principales de su red social apoya o no el uso de anticonceptivos y esto tiene influencia en el uso de los mismos. Los padres, más que cualquier miembro de la familia, son quienes tienen mayor influencia, el sentir no apoyo deriva en que las mujeres utilicen un método anticonceptivo, en parte para poder alcanzar sus planes de vida, además saben que con un hijo les retirarían todo el apoyo económico y también porque se molestarían al saber que usan un método anticonceptivo. En relación a esto Speizer, Iraní, Barden y Levy (2009), mencionan que él no sentir el apoyo de los padres para un embarazo, las hijas utilizan más los métodos, además el hecho de tener un padre que se considera estricto tiene mayor influencia en usar un método anticonceptivo, más que el tener una madre permisiva (Kim et al. 2011), dado que un padre estricto no les apoyaría y una madre permisiva toleraría y apoyaría un embarazo no planeado.

El no apoyo de los padres tiene una fuerte relación cultural y de género. Con respecto al género, se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres (OMS, 2015), por cuestiones de este tipo las mujeres se encuentran subordinadas por los varones desde su nacimiento, los padres y finalmente los esposos y aunque las mujeres siempre han trabajado, sin embargo el trabajo que tradicionalmente les ha sido asignado, es decir, el trabajo en casa y el reproductivo, es un trabajo sin precio en el mercado, en otras palabras no remunerado (Carrasco, 2000), las mujeres estudiantes no tienen un trabajo remunerado, solo tienen como ingreso aquello que los

padres puedan o quieran proporcionarles y es por ello que requieren cumplir con las reglas establecidas para continuar con el apoyo de los padres.

En relación a las creencias de los padres acerca de la sexualidad y la reproducción, estas ideas negativas y no permiten ejercer libremente la sexualidad de las mujeres. Tienen sus raíces en la cultura y la religión; la mujer considerada tradicionalmente como secundaria e inferior al hombre, ha sido víctima de una sociedad patriarcal que “se ha encargado de idealizar a un hombre y a una mujer que responden a patrones previstos, asignados a uno y otro sexo por culturas, religiones y tradiciones” (Castro, 2003).

Es por ello que en el caso de la mujer, se le identifica con aspectos como la debilidad, la dependencia o la sumisión, mientras que al hombre con la superioridad, la fortaleza y la independencia. Estas creencias se han mantenido y reproducido a lo largo del tiempo de generación en generación. Por otro lado la religión ha ayudado a mantener estas ideas, con sus preceptos de que el matrimonio es una unidad indisoluble que su único fin es la procreación, así mismo no se permiten las relaciones sexuales fuera del matrimonio y tampoco el uso de los MA (Schenker, 2000), todo esto desencadena que estos temas continúen siendo un tabú en la familia y en la sociedad en general y que las mujeres sientan que no pueden hablar de estas temáticas con sus padres.

El apoyo de la pareja es un factor importante para que las mujeres usen un MA, al respecto varios estudios en diversos contextos han reportado resultados similares (Tuloro & Deressa, 2006) donde las mujeres que percibían el apoyo de su pareja tienen más probabilidad de usar un método anticonceptivo; así mismos Harper, Callegari, Raine, Blum y Darney (2004) reportaron que las mujeres que eran usuarias consistentes del condón o de la pastillas, tenían el apoyo de su pareja e incluso las acompañaban a la clínica, es decir había compromiso. En el estudio de Wang et al. en el 2008 las mujeres que percibían mayor apoyo de sus parejas, fueron quienes tenían una mejor un mejor uso

de los métodos anticonceptivos. Este fenómeno se presenta en mujeres solteras con una relación de noviazgo, como en mujeres casadas e incluso con hijos.

En relación al no apoyo del personal de salud, las acciones del personal de salud (médicos, enfermería), considerados como agresivas, entre las que se incluyen agresiones verbales, actitudes de indiferencia, imposición de un método anticonceptivo, sin respetar la decisión de las mujeres de no colocarlo. En este aspecto juegan un rol muy importante, dado que son quienes se encuentran capacitados para proporcionar información veraz, actualizada, sin embargo el conflicto entre sus creencias y su rol imparcial como personal de salud, conlleva a que en ocasiones actúen paternalistas y no proporcionen la información adecuada a las usuarias, en mayor medida en aquellas que son muy jóvenes. Brunie et al., en el 2013 reportaron que el personal de salud se rehusó a proporcionar métodos anticonceptivos, por sus creencias y por considerar que no era correcto. Nalwadda et al. (2011), encontraron que los médicos, no se sentían bien proporcionando métodos anticonceptivos a mujeres jóvenes por sentir que era moralmente inaceptable.

Por otra parte el hecho de que no se respeta la decisión de una mujer acerca de un tratamiento en especial cuando se encuentra en un evento obstétrico, como la imposición de un MA, se considera una violación a sus derechos humanos y reproductivos, en relación a esto no se le debe acosar o presionar psicológica u ofensivamente a una mujer en evento obstétrico, con el fin de inhibir la libre decisión de su maternidad (uso de métodos anticonceptivos). Esto tiene como finalidad hacer un bien por las mujeres para evitar otro embarazo, sin embargo no se respeta la normatividad y el protocolo de atención, esto deriva en que las mujeres discontinúen el método que ellas no eligieron.

Los resultados de tipo mixto permitieron combinar los resultados e incorporar nuevas variables al modelo, sin embargo resultado de las metainferencias de esta combinación se reporta el plan de acción, tal y como define Pender (2006), el compromiso al plan de acción inicia un evento conductual, implica seguir el siguiente

proceso cognitivo 1) el compromiso es llevar a cabo una acción específica en un tiempo y lugar determinado y con personas específicas o la persona sola, independientemente de sus preferencias, 2) identificación de estrategias que lleguen a producir, llevar a cabo o reforzar una conducta.

En este estudio solo algunas las mujeres llegan a formular estrategias bien establecidas, como el uso de métodos efectivos aunque también existen mujeres que no tienen plan ni acción. Esto pudiera explicarse y es un aspecto que Pender también menciona, la conducta en salud tiene una serie de etapas y hace referencia al modelo transteorético (Prochaska, Johnson & Lee, 2009), que propone que el cambio relacionado a una conducta en salud es a través de cinco etapas. De acuerdo a esta teoría las mujeres de este estudio en su mayoría se encuentran en pre contemplación, dado que no tienen intenciones de cambiar, no tienen estrategias formuladas, sin embargo su riesgo de un embarazo no planeado disminuye por no tener una vida sexual activa; por otra parte en esta misma etapa se encuentran las mujeres que no tienen intenciones de cambiar, no tienen un plan pero son sexualmente activas lo que incrementa su riesgo a niveles muy elevados. Y finalmente hay mujeres en etapa de mantenimiento, quienes tienen un plan de acción, estrategias bien establecidas como el uso de métodos anticonceptivos de forma correcta y consistente.

Los hallazgos de este estudio, permitieron tener una imagen del fenómeno de la conducta anticonceptiva en mujeres que ha sido ampliamente estudiada, sin embargo ninguno de los estudios han sido concluyentes y este estudio debe de considerarse como el inicio de nuevas perspectivas para la visión de este fenómeno. La metodología mixta fue propuesta para descubrir nuevas variables que pudieran dar una visión más acabada del fenómeno, considerando las fortalezas de la metodología cuantitativa y cualitativa (Bryman, 2006). Además se consideró el diseño concurrente transformativo, por considerar que la población de estudio pertenece a un grupo en desbalance de poder por cuestiones de género, donde para decidir utilizar o tener un uso correcto y sostenido de

los métodos anticonceptivos dependen de otras personas , además los aspectos culturales y religiosos aumentan la vulnerabilidad de las mujeres, con respecto a esto Creswell (2011), refiere que este diseño está enfocado en el cambio de las realidades de la población en estudio que se encuentra en un desbalance de poder marcado.

En referencia a los criterios de inclusión, estos permitieron que todas las mujeres tuvieran experiencias con el uso de métodos anticonceptivos y que se pudieran comparar las mediciones entre variables entre las que habían utilizado uno o varios métodos; sin embargo en otros estudios el uso previo de AC fue considerado el método utilizado en los últimos tres meses, esto pudiera dar una medición un poco más clara acerca del uso previo. Los criterios de exclusión permitieron que todas aquellas mujeres que no habían tenido experiencia con los métodos no fueran consideradas, así mismo el uso de tratamientos hormonales, la infertilidad o algunas condiciones que disminuyeran la posibilidad de un embarazo, incluso el uso del DIU, por considerarse un método de alta efectividad.

El modelo de promoción de la salud (Pender, 2006), permitió abordar el fenómeno desde una perspectiva de promoción de la salud, incluyendo factores de tipo personal, interpersonal y contextual, para una visión amplia del fenómeno de la conducta anticonceptiva; sin embargo en este modelo no quedan claramente definidos los factores de tipo sociocultural y hasta donde pueden abarcar. En cuanto a los instrumentos utilizados, todos presentaron confiabilidad aceptable, sin embargo la escala de beneficios y barreras para la conducta anticonceptiva en mujeres era muy corta, se considera que no hubo medición exacta de los constructos. Con respecto a la escala de provisión social es larga y puede llegar a considerarse que se está preguntando lo mismo y contestar automáticamente sin leer las preguntas.

Conclusiones

Con base en los resultados se puede concluir que la edad promedio en que se encuentran iniciando su vida sexual activa es de 16 años, similar a la reportada en la media nacional. El uso previo de anticonceptivos es una variable muy importante, representa la experiencia previa para reforzar una conducta, por lo que el uso previo de AC influye en que una mujer utilice de forma correcta y sostenida métodos anticonceptivos posteriormente. Así mismo cuando las mujeres que han utilizado un mayor número de métodos, perciben menos obstáculos o consecuencias negativas para utilizarlos. Las mujeres que han utilizado un mayor número de métodos se sintieron con mayor capacidad para utilizarlos posteriormente. El uso previo de métodos anticonceptivos, permite que la mujer perciba mayor apoyo de su pareja para utilizarlos, porque hay experiencia, conocimiento y formas de negociarlos.

Así mismo las mujeres de mayor edad, por su experiencia con el uso de los métodos anticonceptivos, tienden a percibir un menor número de barreras y usar los métodos anticonceptivos. El compromiso con la religión es un aspecto cultural muy importante, que tiene influencia en muchos aspectos en la vida de las personas, en el caso de la sexualidad, reproducción y anticoncepción, como el no permitir las relaciones sexuales antes del matrimonio, la virginidad y el no uso de los métodos por considerar que está en contra de la procreación, fin único del coito, por lo que las mujeres que tienen un alto compromiso con su religión perciben tener menos capacidad de utilizar un método anticonceptivo.

Las actitudes son una variable importante, dado que si estas son positivas las mujeres perciben un mayor número de beneficios al usarlos, como mejora en su financiamiento. Las mujeres con actitudes positivas hacia los métodos anticonceptivos, perciben menos consecuencias negativas para su uso. Las mujeres con actitudes positivas, sienten mayor capacidad de utilizar un método anticonceptivo. Así mismo las mujeres que tienen actitudes positivas hacia los métodos anticonceptivos, perciben

mayor apoyo de su familia para usarlos. De igual forma sí las mujeres que tienen actitudes positivas hacia los métodos anticonceptivos, perciben mayor apoyo de su pareja para usar de forma correcta y sostenida. Las mujeres con actitudes positivas hacia los métodos anticonceptivos, perciben mayor apoyo por parte del personal de salud para usarlos de forma correcta y sostenida. Las mujeres con actitudes positivas hacia los métodos anticonceptivos, son quienes tienen un uso correcto y sostenido de los mismos.

Las mujeres que perciben un mayor número de consecuencias positivas al usar los métodos anticonceptivos, presentan un uso correcto y sostenido de los métodos anticonceptivos. Las mujeres que perciben un menor número de consecuencias negativas al usar los métodos anticonceptivos, presentan un uso correcto y sostenido de los mismos. Las mujeres que se perciben con una capacidad alta para utilizar los métodos anticonceptivos, presentan un uso correcto y sostenido, es decir son usuarias consistentes. Cuando las mujeres perciben apoyo por parte de su pareja para utilizar métodos anticonceptivos, tienen un uso correcto y sostenido de los métodos anticonceptivos.

Con respecto a los resultados cualitativos, las categorías y sub categorías que emergieron, permitieron vislumbrar una imagen descriptiva del fenómeno de la anticoncepción en el grupo de edad de 18 a 24 años. Con base en los hallazgos se puede concluir que entre los motivos de las mujeres para utilizar un método se encuentran la preferencia y satisfacción con el método, que permite que las mujeres continúen con el uso del mismo, es decir tiene una influencia positiva, el miedo al embarazo, es un factor que influye de forma positiva para que las mujeres opten por utilizar un método anticonceptivo, su angustia por la posibilidad de un embarazo no planeado, que afectaría su vida en los ámbitos personal, familiar y escolar, tiene como consecuencia el uso de los métodos. Así mismo el tener planes o metas para el futuro influye en las mujeres para utilizar métodos anticonceptivos, su deseo por terminar sus estudios y tener una vida mejor donde puedan tener sus propios ingresos económicos o donde puedan criar y

ofrecer una vida mejor a sus hijos, es un fuerte motivo para ser usuarias de los métodos anticonceptivos.

El tiempo y tipo de relación con la pareja es una causa muy importante para iniciar la vida sexual activa y para utilizar métodos anticonceptivos y se dan de manera conjunta, en cuanto al tiempo de relación, una relación prolongada permite que se establezca la confianza, el compromiso y la intimidad de la pareja, así una pareja pasa de una relación casual o no formal a una relación estable y formal y por consiguiente las mujeres pasan de utilizar un método anticonceptivo de barrera (condón), a uno hormonal o aquel que represente una penetración sin protección para hacerle saber la confianza y la estabilidad de la relación.

También se reportaron barreras para utilizar métodos anticonceptivos, los efectos de los métodos anticonceptivos o las consecuencias derivadas de su uso, es especial de los hormonales y del DIU, es una de las principales causas de abandonarlos, aunque en algunas ocasiones son ideas imaginarias porque no han tenido la experiencia de uso pero existen las mujeres que sí han tenido la experiencia y deciden discontinuar su uso a causa de los efectos. Por otra parte el estigma hacia los métodos anticonceptivos y quienes los usan influye de forma negativa en las mujeres para usar un método anticonceptivo, el estigma especialmente en los métodos que contienen hormonas, adjudicándoles efectos extravagantes. También se encuentra el estigma hacia las mujeres que los usan, por considerar que su comportamiento es en contra de las normas culturales establecidas, dado que al utilizar un método anticonceptivo se les atribuye que tienen múltiples parejas sexuales, es un estigma social fundado en preceptos religiosos arraigados y transmitidos de generación en generación.

Otra de las barreras que se reportó fue el déficit de conocimientos, donde la mujer tiene una falta de información o conceptos erróneos, que la motiva a no utilizar un método anticonceptivo, esta percepción es producto de la falta de información acerca de

la salud reproductiva. También puede ser derivado de una mala información médica acerca de su estado de salud como la fertilidad posterior a cierto tipo de enfermedades.

En relación a la red social se encontró que las mujeres solo perciben apoyo de la pareja para utilizar métodos anticonceptivos, el desarrollo de compromiso, confianza en la pareja tiene como resultado el apoyo no solo de tipo emocional, sino en varias ocasiones de tipo económico. Por otra parte el no apoyo de los padres para el uso de los métodos anticonceptivos, está muy relacionado con las creencias acerca de la sexualidad y la reproducción, los padres no aceptan las relaciones prematrimoniales ni el uso de métodos anticonceptivos, por no ser social, cultural y religiosamente aceptables. Las mujeres al saber que no les apoyarían con un embarazo deciden utilizar un método anticonceptivo. Cabe mencionar que las creencias de los padres hacia la sexualidad y la reproducción están fuertemente influenciadas por los preceptos religiosos.

Referente al no apoyo del personal de salud, las mujeres perciben que el personal no les apoya en el uso de MA, al contrario se sienten juzgadas y señaladas y optan por no acudir a solicitar información u orientación de algún método. Un caso es particular son aquellas mujeres a quienes se les han violado sus derechos sexuales, reproductivos y del paciente y se les ha colocado un método sin su pleno consentimiento como es el DIU, posterior a un evento obstétrico. Esto sin duda produce que las mujeres no acudan a revisión, incluso que tengan prácticas poco higiénicas de control del método.

La metodología mixta resultó especialmente acertada para abordar el fenómeno de la conducta anticonceptiva en mujeres al permitir tener varias perspectivas y poder integrar nuevas variables al modelo que explica los factores que influyen en la misma, por un lado la metodología cuantitativa permitió un abordaje general de la conducta anticonceptiva y la metodología cualitativa conocer las percepciones y tener una descripción del fenómeno, con otro tipo de metodología no hubiese sido posible. El tipo

de teoría ayudó a plantear las relaciones entre las variables. Los instrumentos fueron los apropiados para medir el fenómeno.

Limitaciones

A continuación se reportan las limitaciones que se presentaron en el estudio referente al diseño, análisis y los resultados. En cuanto al diseño de estudio fue de tipo concurrente transformativo, se realizó una colecta de datos a la par, sin embargo se reestructuró toda la parte cualitativa del estudio, dado que la teoría fundamentada requería un tiempo prolongado para generar teoría y posteriormente comprobarla, se optó por el análisis cualitativo descriptivo. También se modificó el objetivo cualitativo, se desarrolló otra guía de entrevista que permitiera obtener los datos de acuerdo a este diseño cualitativo. Las entrevistas se realizaron otra vez respetando la aleatorización de la sub muestra, sin embargo algunas de las primeras participantes decidieron ya no participar de nuevo, se tuvo que considerar a otras participantes de la sub muestra aleatorizada. Por lo que en el análisis simultáneo de los datos, hubo un desfase de varios días.

Con respecto a la teoría utilizada Modelo de Promoción de la Salud, fue apropiada sin embargo, referente a los factores personales psicológicos y socioculturales el modelo no define concretamente los conceptos y los alcances de estos, solo se mencionan algunos ejemplos, pero no queda claro si casos de interculturalidad, indigenismo migración pudieran ser explicados con este modelo. En relación a los instrumentos empleados, una de las limitaciones es que fueron auto aplicables y en ocasiones las participantes no leían bien las preguntas, además el tiempo de aplicación era un poco prolongado, por lo que se perdía la atención de las participantes al contestar y aunque fueron apropiados para medir las variables de estudio, la escala de beneficios y barreras para la conducta anticonceptiva, era muy corto debido a que se eliminaron ítems, por lo pudiera ser que el constructo no se midiera adecuadamente. En la escala de provisión social para la conducta anticonceptiva en mujeres, era muy extenso para las

participantes y en partes pareciera que se preguntaba lo mismo, lo que pudiera dar como consecuencia que contesten los ítems de forma automática sin leerlos adecuadamente.

Referente a las variables el uso previo de AC se construyó en primer lugar con el uso de condón y/o ritmo, por considerarse como precedentes para utilizar después MA más efectivos según lo indagado en la literatura, posteriormente en revisión más extensa de la literatura se concluyó que el número de métodos utilizados era más congruente con el concepto, dado que en el estudio todas las participantes habían usado previamente al menos un método anticonceptivo, pero con un mayor número de MA utilizados podían dar una idea más clara de la experiencia con los mismos. Para la variable de demanda insatisfecha, se reconstruyó a partir de dónde las mujeres habían adquirido los métodos anticonceptivos para conocer si había o no dificultad de acceso a los métodos, sin embargo probablemente no haya sido la forma más correcta de medirla.

En relación a los resultados la edad de las participantes fue de 18 a 24 años, un rango de edad muy homogéneo, por lo que no fue posible observar con claridad el comportamiento de esta variable. Otra de las limitaciones es que las participantes eran estudiantes y ninguna trabajaba, lo que limitó conocer más acerca de sus ingresos económicos.

Recomendaciones

Con base en los resultados, se sugiere que se continúe realizando investigación con la metodología mixta, dado que ayudó a responder los objetivos y a profundizar en el estudio, así como a tener dos perspectivas del mismo fenómeno, permitiendo tener una visión integral de la conducta anticonceptiva en mujeres. Con el modelo final, se recomienda desarrollar e implementar intervenciones de enfermería enfocadas en mejorar la conducta anticonceptiva en mujeres, con especial atención en variables que mostraron tener una gran influencia sobre ésta, tales como las actitudes, el plan de acción y aspectos socioculturales, así mismo de proponer programas y políticas en salud,

que modifiquen la atención a las usuarias de los servicios de planificación familiar, donde involucren al personal de salud y la pareja.

Se sugiere continuar utilizando el modelo de promoción de la salud, dado se pudo dar respuesta a los objetivos planteados, sin embargo es necesario considerar aspectos socioculturales que la teoría no contempla, para contextualizar el fenómeno que se pretende abordar. Con respecto a las variables del estudio se sugiere ampliar el rango de edad de las participantes para evaluar el comportamiento de esta variable, así mismo en relación a la demanda insatisfecha, indagar mejores instrumentos de medición para conocer la influencia de esta variable en la conducta anticonceptiva de las mujeres. Así como revisar los conceptos de las variables uso previo de AC, buscar alternativas para medirla de forma más amplia y exacta.

Con respecto a los instrumentos empleados, se sugiere culturalizarlos, dado que la gran mayoría provienen de otros países, que tienen diferencias culturales en aspectos religiosos, constitución de las familias y creencias acerca de temas como sexualidad, reproducción y anticoncepción. En relación a la escala de beneficios y barreras se sugiere utilizar otro instrumento que aporte mayor información acerca de la variable beneficios, lo que pueda dar una visión más amplia del comportamiento de esta variable. También se sugiere revisar y realizar una versión corta de la escala de provisión social para la conducta anticonceptiva en mujeres, dado que es muy extensa y así evitar que se dejen preguntas sin contestar o que se conteste automáticamente.

Referencias

- Aiken, A.M., Gold, M.A., & Parker, A.M. (2005). Changes in young women's awareness, attitudes, and perceived barriers to using emergency contraception. *Journal of Pediatrics Adolescents Gynecologic*, 18 (1): 25-32.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Allport, G.W. (1935) Attitudes, en MURCHISON (ed.), Handbook of social psychology, Worcester, Clark University Press.
- Altman, I., & Taylor, D., (1973). Social Penetration: The Development of Interpersonal Relationships. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Álvarez, F., Brache, V., & Fernández, E. (2008). New insights on the mode of action of intrauterine contraceptive devices in women. *Fertility Sterile*, 49(5), 768-73.
- Anderson, C., & Blenkinsopp, A. (2006). Community pharmacy supply of emergency hormonal contraception: A structured literature review of international evidence. *Human Reproduction*, 21(1), 272-284.
- Appiah, N. N., & Kayl, E. A. (2012). Students' Perceptions of Contraceptives in University of Ghana. *Journal of Family and Reproductive Health*; 7 (1).
- Araque, F., López, F., De los Riscos, M., & Godoy, J. (2001) Autoeficacia en padres de dependientes a opiáceos. *Adicciones*, 13(2), 131 - 138.
- Arnet, I., Tirri, B., Stutz, E., Bitzer, J., & Hersberger K. (2009). Emergency hormonal contraception in Switzerland: A comparison of the user profile before and three years after deregulation. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*; 14(5), 349–356
- Assefa, H., & Fikrewold, H. (2011). Factors affecting unmet need for family planning in southern nations, nationalities and peoples region, Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health and Sciences*, 21 (2).

- Ayoola, A. B., Nettleman, M., & Brewer, J. (2007). Reasons for unprotected intercourse in adult women. *Journal of Women's Health*; 16 (3), 302-310.
- Bajwa, S., Singh, S., & Ghai, G. (2012). Knowledge, attitudes, beliefs, and perception of the north indian population toward adoption of contraceptive practices. *Asia Pacific Journal of Public Health*; 24(6), 1002 –1012.
- Bandura, A. (1997). *Self – Efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bardales, K., Díaz, P., Jiménez, M., Terreros, M., & Valencia, L. (2006). *Psicología social: pasado, presente y futuro*. Universidad del Valle: Instituto de Psicología.
- Bardin, L. (1996) *Análisis de contenido*. Madrid: Akal Ediciones.
- Bartz, D., Shew, M., Ofner, S., & Fortenberry, J.D. (2007). Pregnancy intentions and contraceptive behaviors among adolescent women: a coital event level analysis. *Journal of Adolescents Health*, 41 (3), 271-276.
- Becker, M.H., & Maiman, L. (1975). Sociobehavioral determinants pf compliance with health and medical recomendations. *Medical Care*, 13, 10-24
- Bem, D.J. (1967) Self-perception: An alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena, *Psychological Review*, 74, 183-200.
- Berger, P. L. & Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality: A treatise in the sociology of knowledge*. New York: Doubleday & Company.
- Black, K.J. & Pollack, R.H. (1987). The development of a contraceptive attitude scale. Paper presented at the Annual meeting of the Southern Society of Philosophy and Psychology; Atlanta.
- Breckler, S. J. (1984). Empirical validation of affect, behavior, and cognition as distinct components of attitude. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 1191-1205.
- Breheny, M., & Stephens, C. (2004). Barriers to effective contraception and strategies for overcoming them among adolescent mothers. *Public Health Nursing*, 21 (3), 220-227.

- Brindis, C. (2001). Mejora del acceso de los adolescentes a los métodos anticonceptivos volumen IV. Disponible en:
<http://www.advocatesforyouth.org/storage/advfy/documents/comunidadesrespon-den4.pdf>
- Brown, K., Arden, M., & Hurst, K. (2007). A qualitative analysis of accounts of hormonal contraceptive use: Experiences and beliefs of British Adolescents. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 12(3), 269–278
- Brown, W., Ottney, A., & Nguyen, S. (2011). Breaking the barrier: the Health Belief Model and patient perceptions regarding contraception. *Contraception*, 83, 453–458
- Brunie, A., Tolley, E., Ngabo, F., Wesson, J., & Chen, M. (2013). Getting to 70%: Barriers to modern contraceptive use for women in Rwanda. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 123 (1).
- Bryant, K.D. (2009). Contraceptive use and attitudes among female college students. *Journal of the Association of Black Nursing Faculty*, 20 (1), 12-16.
- Bryman, A. (2006). Integrating quantitative and qualitative research: How is it do? *Qualitative Research*, 6 (1), 97-113.
- Burns, N., & Grove, S. (2009). *The practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th Ed.). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Burr, V. (1995). *An Introduction to Social Constructionism*. Routledge.
- Campo, S., Askelson, N.M., Spies, E.L., & Losch, M. (2012). Ambivalence, communication and past use: understanding what influences women's intentions to use contraceptives. *Psychological Health Medicine*, 17 (3), 356-365.
- Cantón, M. (2001). *La razón hechizada. Teorías antropológicas de la religión*. Barcelona: Ariel.

- Carrasco, M., & Del Barrio, M. (2002). Evaluación de la autoeficacia en niños y adolescentes. *Psicothema*, 14 (2), 323 - 332.
- Carrión, C., Molero, R., & González, F. (2000). Estudio de la satisfacción personal según la edad de las personas. *Anales de Psicología*, 16 (2).
- Carter, M.W., Bergdall, A.R., Henry, M., Hatfiel, K., & Hock, L. (2012). A qualitative study of contraceptive understanding among young adults. *Contraception*, 86 (5), 543-550.
- Casterline, J. B., & Sinding, S. W. (2000). Unmet Need for Family Planning in Developing Countries and Implications for Population Policy. *Population and Development Review*, 26(4), 691 - 723.
- Castro, S., Bahamondes, M., V., & Fernandes, A. (2011). A cross-sectional study of the forearm bone mineral density in long-term current users of the injectable contraceptive depot medroxyprogesterone acetate. *Contraception*, 84(5), 31-37.
- Chacón, C. (2001). Las creencias de autoeficacia: un aporte para la formación del docente de inglés. *Acción Pedagógica*, 15, 44-54.
- Chitereka, J., & Nduna, B. (2010). Determinants of Unmet Need for Family Planning in Zimbabwe, Harare: Zimbabwe National Family Planning Council and Liverpool School of Tropical Medicine.
- Clark, T.C., Crengle, S., Sheridan, J., Rowe, D. & Robinson, E. (2014). Factors associated with consistent contraception and condom use among M ori secondary school students in New Zealand. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 50, 4: 258-265.
- Cleland, J., Conde, A., Peterson, H., Ross, J., & Tsui, A. (2012). *Contraception and health. Lancet*, 380, 149-56.
- Consejo Nacional de Población (2012). Segundo Informe de Ejecución del Programa Nacional de Población 2008-2012.

- Cox, S., Posner, S., & Sangi, H. (2010). Who's Responsible? Correlates of Partner Involvement in Contraceptive Decision Making. *Women's Health*, 20, 254–259.
- Creswell, J. W. (2008). *Research design, qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Third edition.
- Creswell, J. W. (2009). *Research design: Qualitative, Quantitative and mixed methods approaches*. (Third Ed). Los Angeles: SAGE.
- Creswell, J.W. & Plano, V. (2007) *Designing and conducting mixed methods research*. Sage Publications, Thousand Oaks, CA.
- Creswell, J.W. (2003). *Qualitative inquiry & research – choosing among five traditions*. Sage Publications, Thousand Oaks, CA.
- Crotty, M. (1998). *The foundations of social research: Meaning and perspective in the research process*. London; Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Cutrona C. E., & Russell D. W. (1987). The provisions of social relationships and adaptations to stress. In: Jones WH, Perlman D, Editors. *Advances in personal relationships*. Greenwich (CT): JAI Press, 37–67.
- Darbes L. A. & Lewis. M. A. (2005). HIV-specific social support predicts less sexual risk behavior in gay male couples. *Health Psychology*, 24(6), 617–22.
- Davies, S.L., Diclemente, R.J., Wingood, G.M., Person, S.D., Dix, E.S., & Harrington, K. (2006). Predictors of inconsistent contraceptive use among adolescent girls: findings from a prospective study. *Journal of adolescents Health*, 39 (1), 43-49.
- Decat, P., Zhang, W., Moyer, E., & Cheng, Y. (2011). Determinants of unmet need for contraception among Chinese migrants: A worksite-based survey. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 16, 26–35
- Doctor, H., Phillips, J., & Sakeah, E. (2009). The Influence of Changes in Women's Religious Affiliation on Contraceptive Use and Fertility Among the Kassena-Nankana of Northern Ghana. *Family Planning*, 40(2), 113–122.

- Dumoy, J. S. (1999). Los factores de riesgo en el proceso Salud-enfermedad. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 15(4), 453-60.
- Durand, M., Larrea, F., & Schiavon, R. (2009). Mecanismos de acción de la anticoncepción hormonal de emergencia: efectos del levonorgestrel anteriores y posteriores a la fecundación. *Salud Pública de México*, 51(3), 255-261.
- Egede, J.O., Onoh, R.C., Umeora, O.U., Iyoke, C.A., Dimejesi, I.B., & Lawani, L.O. (2015). Contraceptive prevalence and preference in a cohort of south-east Nigerian women. *Dove Press*, 9, 707-714.
- Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (2009). Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/ENADID_2009
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012). Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Equidad de Género (2010). Experiencia de fiscalización de acceso, abasto y uso de Métodos Anticonceptivos: Análisis de la sociedad civil 2007 – 2010.
- Ersek, J., Thompson, M., Huber, L., & Findlow, W. (2011). Satisfaction and discontinuation of contraception by contraceptive method among university women. *Maternal and Child Health Journal*, 15, 497–506.
- Fasanu, A.O., Adekanle, D.A., Adeniji, A.O., & Akindele, R.A. (2014). Emergency contraception: Knowledge and practices of tertiary students in Osun State, South Western Nigeria. *Gynecology and Obstetrics*, 4 (1).
- Fernández, et al. (2009). Métodos anticonceptivos: prevalencia de uso según método en el Hospital “Materno Infantil del Este”, Petare. *Revista Obstetricia Ginecología Venezuela*, 69 (1), 28-34.
- Finner, L. B. & Henshaw, S.K. (2006). Disparities in Rates of Unintended Pregnancy in the United States, 1994 and 2001. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2006, 38(2), 90–96

- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison – Wesley.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2012). Declaración sobre la misión de la UNFPA. Disponible en:
<http://web.unfpa.org/spanish/about/index.htm>
- Forbes, A. & Griffiths, P. (2002). Methodological strategies for the identification and synthesis of ‘evidence’ to support decision-making in relation to complex health-care systems and practices. *Nursing. Inquire*, 9 (3), 141-155.
- Frost, J. & Darroch, J. (2008) Factors associated with contraceptive choice and inconsistent method use, United States, 2004. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 40(2), 94–104.
- Frost, J. & Lindberg, L. (2012). Reasons for using contraception: perspectives of US women seeking care at specialized family planning clinics. *Contraception*, 87, 465–472.
- Gayet, C. & Gutiérrez, J.P. (2014). Calendario de inicio sexual en México. Comparación entre encuestas nacionales y tendencias en el tiempo. *Revista Salud Pública de México*, 56 (6).
- Gelberg, L., Leake, B., Lu, M. C., Andersen, R., Nyamathi, A. M., Morgenstern, H. et al. (2002). Chronically homeless women’s perceived deterrents to contraception. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 34(6), 278 – 285
- Gergen, K. (1996). Los rostros desconstruccionista y reconstruccionista de la construcción social. *Qualitative Research*; 9
- Gergen, K. (2007). *Construccionismo social, aportes para el debate y la práctica*. Departamento de psicología.
- Gilliam, M.L., Davis, S.D., Neustadt, A.B., & Levey, E.J. (2008). Contraceptive attitudes among inner-city African American female adolescents: Barriers to

- effective hormonal contraceptive use. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecologic*, 22 (2), 97-104.
- Glasier, A. (2010) Acceptability of contraception for men: a review. *Contraception*, 82, 453–456.
- Godfrey, E.M., Memmel, L.M., Neustadt, A., Shah, M., Nicosia, A., & Moorthie, M. (2010). Intrauterine contraception for adolescents aged 14–18 years: a multicenter randomized pilot study of levonorgestrel-releasing intrauterine system compared to the Copper T 380A. *Contraception*, 81(2), 123–127.
- Gómez, P. I. (2010). Anticoncepción, pasado, presente y futuro. Bogotá, Colombia: Editorial Universidad Nacional de Colombia.
- Goncalves, H., Souza, A., Tavares, P., Cruz, H. & Béhague, D. (2011). Contraceptive medicalization, fear of infertility and teenage pregnancy in Brazil. *Culture, Health & Sexuality*, 13 (2), 201–215
- Gonzalez, E., Sable, M., Campbell, J., & Dannerbeck, A. (2010). The Influence of Patriarchal Behavior on Birth Control Access and Use Among Recent Hispanic Immigrants *Journal of Immigrant Minority Health*, 12, 551–558.
- Greene, J. C. (2007). *Mixed Methods in Social Inquiry*. San Francisco, CA: John Wiley & Sons.
- Gymah, S.O., Adjei, J.K., & Takyi, B.K. (2012). Religion, contraception, and method choice of married women in Ghana. *Journal of Religion and Health*, 51 (4), 1359-1374.
- Harper, C., Callegari, L., Raine, T., Blum, M., & Darney, P (2004). Adolescent clinic visits for contraception: support from mothers, male partners and friends. *Perspectives of Sexual and Reproductive Health*, 36, 1, 20-26.
- Hernández, M., Barrueco, M., Torrecilla, M., Jiménez, C., & Gonzáles, M. T. (2001). Nivel de autoeficacia de los directores escolares e influencia del mismo sobre la

- prevención del tabaquismo en la escuela. *Archivos de Bronconeumología*, 37, 115-120.
- Hernández, R. Fernandez, C. & Baptista, P. (2005). *Metodología de la Investigación*. (5th Ed). Mc Graw Hill.
- Hernández, R. (1994) *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Higgins, J.A., Hirsch, J.S., & Trussell, J. (2008). Pleasure, prophylaxis and procreation: a qualitative analysis of intermittent contraceptive use and unintended pregnancy. *Perspectives Sexual Reproductive Health*, 40 (3), 130-7.
- Hill, N. J., Siwatu, M., & Robinson, A. (2013). ‘‘My Religion Picked My Birth Control’’: The Influence of Religion on Contraceptive Use. *Journal of Religion Health*.
- Hirsch, J., & Nathanson, C. (2001). Some traditional methods are more modern than others. *Culture, health and sexuality*, 3 (4), 423 -428.
- Hirsch, J. (2009). Catholics Using Contraceptives: Religion, Family Planning, and Interpretive Agency in Rural Mexico. *Studies in Family Planning*, 39(2), 93–104.
- Hooper, D. (2010). Attitudes, awareness, compliance and preferences among hormonal contraception users. *Clinical, Drug investigation*, 30, 749-743.
- Huber, L. & Ersek, J. L. (2009). Contraceptive use among sexually active university students. *Journal of Women's Health*, 18 (7), 1063-1070
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2009). Resumen de los Censos Económicos 2009. Disponible en:
<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/censos/ce2009/pdf/RD09-resumen.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2011). Estadísticas a propósito por el día internacional de la mujer. Disponible en:

<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2011/mujer11.asp?s=inegi&c=2784&ep=53>

- Ip, W. Y., Sin, L. Y., & Chan, D. (2008). Contraceptive self-efficacy and contraceptive knowledge of Hong Kong Chinese women with unplanned pregnancy. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2416–2425.
- Iraní, L., Speizer, I., & Barrington, L. (2013). Attitudes, beliefs and norms relating to contraceptive use among young migrant and non-migrant adults in urban Dar es Salaam, Tanzania. *Global Public Health*, 8 (9).
- Jaccard, J., Dittus, P. J., & Gordon, V. V. (1996). Maternal correlates of adolescent sexual and contraceptive behavior. *Family Planning Perspectives*, 28, 159-165.
- Kaunitz, A. (2012). MRI Is Safe for Women with Contraceptive Devices. *Contraception*.
- Kenyon, D. B., Sieving, R. E., Jerstad, S. J., Pettingell, S. L. & Skay, C. (2010). Individual, interpersonal, and relationship factors predicting hormonal and condom use consistency among adolescent girls. *Journal Pediatric Health Care*, 24, 241-249.
- Kim, C., Lee, J. M., Gebremariam, A., Iwashyna, T. J., & Dalton, V. (2011). Longitudinal influences of friends and parents upon unprotected vaginal intercourse in adolescents. *Contraception*, 83 (2), 138–144.
- Kraft, J. M., Harvey, M. Hatfield, P., Beckman, L., Farr, S., & Jamieson, D. (2010). Pregnancy Motivations and Contraceptive Use: Hers, His, or Theirs? *Women's Health*, 20, 234–241.
- Lackey, J. F., & Moberg, D. P. (1998). Understanding the onset of intercourse among urban American adolescents: A cultural process framework using qualitative and quantitative data. *Human Organization*, 57 (4), 491-501.
- Lavelle, E. (2006). La autoeficacia de profesores en la composición escrita. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 4 (8), 73 - 84.

- Lee, J., Parisi, S., Akers, A., Borrero, S., & Schwarz, E. (2011). The Impact of Contraceptive Counseling in Primary Care on Contraceptive Use. *Journal of General Internal Medicine*, 26 (7), 731–6.
- Lessard, et al. (2012). Contraceptive features preferred by women at high risk of unintended pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 44 (3), 194–200.
- Levinger, G. (1988). Can we picture "love"? In Sternberg, R.J., & Barnes, M.L. (Eds.), *The psychology of love*, New Haven, CT: Yale University Press, 139-158.
- Levinger, G., & Snoek, J. D. (1972). *Attraction in relationship: A new look at interpersonal attraction*. Morristown, N. J.: General Learning Press.
- Levinson, R., Wan, C., & Beame, L. (1998). The Contraceptive Self-Efficacy Scale: Analysis in Four Samples. *Journal of Youth and Adolescence*, 27 (6).
- Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Sage.
- Littlejohn, K. E. (2012). Hormonal Contraceptive Use and Discontinuation Because of Dissatisfaction: *Differences by Race and Education Demography*, 49, 1433–1452.
- Longmore, M.A., Manning, W.D., Giordano, P.C., & Rudolph, J.L. (2003). Contraceptive self-efficacy: does it influence adolescents' contraceptive use? *Journal of Health Sciences Behavior*, 44 (1), 45-60.
- Maldonado, M. (2011). Hacia un constructivismo realista: de la naturaleza al medio ambiente. *Revista de Filosofía Moral y Política*, 44, 285-301
- Manlove, J.S., Terry-Humen, E., Ikramullah, E.N., & Moore, K.A. (2006). The role of parent religiosity in teens' transitions to sex and contraception. *Journal of Adolescents Health*, 39(4), 578-587.
- Manning, W.D., Longmore, M.A., & Giordano, P.C. (2000). The relationship context of contraceptive use at first intercourse. *Family Planning Perspectives*, 32(3), 104-110.

- Maqsood, S. & Seemin, A. (2015). Evidence from FALAH for Involving Men in Family Planning in Pakistan. Population Council. Disponible en:
<http://evidenceproject.popcouncil.org/wp-content/uploads/2015/06/FALAH-Case-Study.pdf>
- Marston, C. & King, E. (2006). Factors that shape young people's sexual behavior: a systematic review. *Lancet*, 4, 368.
- McCartney, C. R., Blank, S. K., & Marshall, J., C. (2007). Progesterone acutely increases LH pulse amplitude but does not acutely influence nocturnal LH pulse frequency slowing during the late follicular phase in women. *American Journal Physiology - Endocrinology Metabolism*, 292, 900-906.
- Mejía, I. (2008). El ciclo económico en México. La situación demográfica en México.
- Mekonnen, W. & Worku, A. (2011). Determinants of low family planning use and high-unmet need in Butajira District, South Central Ethiopia. *Reproductive Health*, 8 (8), 37.
- Melaku, Y.A., Berhane, Y., Kinsman, J., & Hailemariam, L.R. (2014). Sexual and reproductive health communication and awareness of contraceptive methods among secondary school female students, northern Ethiopia: a cross-sectional study. *Biomedic Central Public Health*, 14, 252.
- Meleis, A., I. (2005). Theoretical nursing: Development and progress (5th Ed.). Philadelphia: Lippincott Co.
- Melnick, A. L., Rdesinski, R. E., & Creach, D. (2008). The influence of nurse home visits, including provision of 3 months of contraceptives and contraceptive counseling, on perceived barriers to contraceptive use and contraceptive use. *Women Health Issues*, 18, 471- 481.
- Mertens, D. (2005). Research and evaluation in education and psychology: Integrating diversity with quantitative and qualitative and mixed methods. Thousand Oaks: Sage.

- Miller, E., Decker, M. R., Mccauley, H., Tancredi, D.J., Levenson, R.R., Waldman, J., et al. (2010). Pregnancy coercion, intimate partner violence and unintended pregnancy. *Contraception*, 81, 316–322.
- Mishtal, J. & Dannefer, R. (2010). Reconciling religious identity and reproductive practices: the Church and contraception in Poland. *European Journal of Contraception Reproductive Health Care*, 15 (4), 232-242.
- Moazzam, A., Seuc, A., Rahimi, A., Festina, M., & Temmerman M. (2013). A global research agenda for family planning: results of an exercise for the setting of research priorities. *Bulletin of the World Health Organization*.
- Molinari, J. (2003). Psicología clínica en la posmodernidad: perspectivas desde el construccionismo social. *Psykhé*, 12 (1), 3-15
- Morgan, D.L. (1993). Qualitative Content Analysis: A Guide to Paths not Taken. *Qualitative Health Research*, 3, 112.
- Morin, L., Martikainen, H., McCarthy, M., I., Franks, S., Sovio, U., Hartikainen, A. L., et al. (2008). Comparison of metabolic and inflammatory outcomes in women who used oral contraceptives and the levonorgestrel-releasing intrauterine device in a general population. *American Journal Obstetric Gynecology*, 199 (5)
- Nalwadda, G., Mirembe, F., Tumwesigye, N., Byamugisha, J. & Faxelid, E. (2010). Constraints and prospects for contraceptive service provision to young people in Uganda: providers' perspectives. *Biomedic Central Health Services Research*, 11, 20
- Neusdath, A., Holmquist, S., Davis, S., & Gilliam, M. (2011). Sexual, relationship, contraceptive and personal factors influencing emergency contraception use: a qualitative study. *Contraception*, 84, 266 – 272.
- Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar. (2004). Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html>

- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2011). Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. Elsevier España.
- Ntata, P., Mvula, P., & Adamson, S. M. (2012). “Condoms make you lose both the child and pleasure”: perceptions on contraceptives use in Malawi. *Tanzania Journal of Health Research*, 15 (1).
- Núñez, G. (2010). Vidas vulnerables: Hombres indígenas, diversidad sexual y VIH, México: CIAD, A.C. y EDAMEX.
- Olabuenaga, J.I. (1996). Metodología de la Investigación Cualitativa. Ed. Universidad Deusto.
- Olszewski, J., Olszewska, H., Abacjew, A., Chmylko, L., Gaworska, A., & Wydra, D. (2010). Sexual behavior and contraception among young polish women. *Acta Obstetricia Gynecologica*, 89: 1447–1452
- Omideyi, I., kinyemi, A. I., Aina, O. I., Adeyemi, A. B., Fadeyibi, O. A., Bamiwuye, S. O. et al. (2011). Contraceptive practice, unwanted pregnancies and induced abortion in Southwest Nigeria. *Global Public Health*, 6, 52 – 72.
- Ong, J., Smith, M., Wong, W., McNamee, K., & Fairley, C. (2012). Contraception matters: indicators of poor usage of contraception in sexually active women attending family planning clinics in Victoria, Australia. *Biomedic Central Public Health*, 12, 1108
- Organización de las Naciones Unidas (2012). Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe. Disponible en: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/mdg-report-2013-spanish.pdf>
- Organización mundial de la salud (2003). Unsafe abortion: preventable pandemic en:http://www.who.int/reproductivehealth/topics/unsafe_abortion/article_unsafe_abortion.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2012). Planificación familiar. Centro de prensa, disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

Organización mundial de la salud (2015). Género. Disponible en:

<http://www.who.int/topics/gender/es/>

Oyediran, O.O., Faronbi, J., & Ajibade, B.L. (2013). Parental Attitude towards the use of Contraceptives by Adolescents in Osogbo Osun State. *Journal of Pharmacy and Biological Sciences*, 8 (3), 12-18.

Parcel, G.S. (1975). A Study of the Relationship between Contraceptive Attitudes and Behavior in a Group of Unmarried University Students. *Health Education Monographs* 3, 223-225.

Pender, N., J. (2006). Health promotion in nursing Practice. Third edition.

Pepitone, A. (1992). El mundo de las creencias: Un psicoanálisis psicosocial. *Revista de psicología social y personalidad*, 7, 61 -79.

Petty, R. E. & Cacioppo, J. T. (1981). Issue involvement as a moderator of the effects on attitude of advertising content and context. *Advances in Consumer Research*, 8, 20-24.

Population Division (2009). World Contraceptive Use. Disponible en:

<http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2009/contraceptive2009.htm>

Prochaska, J.O., Johnson, S.S. & Lee, P. (2009). The Transtheoretical Model of Behavior Change. In: the handbook of health behavior change, edited by S. Schumaker, Schorn, E., Ockenes, J. and Richert, K. (third edition), Springer. 59-83. ISBN: 0-8261-1545-4, 978-0-8261-1545-4.

Raich, R. M, Sánchez, D., López, G., Portell, M., Moncada, A., & Fauquet, J. (2008). A Controlled Assessment of a School-Based Preventive Program For Reducing Eating Disorders Risk Factors in Adolescent Spanish Girls. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 16, 255-272.

- Raj, A. & McDougal, L. (2015). Associations of intimate partner violence with unintended pregnancy and pre-pregnancy contraceptive use in South Asia. *Contraception*, 91 (6), 456-463.
- Rasmussen, A. (2011). Contraception as Health? The Framing of Issue Categories in Contemporary Policy Making. *Administration & Society*, 43 (8), 930-953.
- Reinharz, S. (1992). *Feminist Methods in Social Research*. Oxford University Press. Inc.
- Rivas, A. (2008). *Habilidades sociales y relaciones interpersonales*. Fundación Gil Gayarre, Madrid.
- Rosenberg, M. J., Hovland, C.I., McGuire, W., Abelson, R.P., & Brehm, J.W. (1960). *An analysis of affective-cognitive consistency. Attitude organization and change*. Yale University Press.
- Rosenthal, S.L., Von Ranson, K.M., Cotton, S., Biro, F.M., Mills, L. & Succop, P.A. (2001). Sexual initiation: predictors and developmental trends. *Sexual Transmission Diseases*, 28 (9), 527-532.
- Rouvier, M., Campero, L., Walker, D., & Caballero, M. (2011). Factors that influence communication about sexuality between parents and adolescents in the cultural context of Mexican families. *Sexual Education*, 11(2), 175-191.
- Rubin, Z. (1973). *Liking and loving: An invitation to social psychology*. New York, NY: Holt, Rinehart, and Winston, Inc.
- Ryle, G. (1949). *The concept of mind*. New York: Barnes and Noble.
- Sable, M.R. & Libbus, M.K. (1998) Beliefs concerning contraceptive acquisition and use among low-income women. *Journal of Health Care Poor Underserved*, 9, 262-275.
- Sandelowski, M. (1995). Sample size in qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 18 (2), 179-183.
- Sandelowski, M. (2000). Focus on Research Methods Whatever Happened to Qualitative Description ? *Research in Nursing & Health*, 23, 334-340.

- Sandelowski, M., Voils, C., Barroso, J. (2006). Defining and Designing Mixed Research Synthesis Studies. *Research Scholarship*, 13 (1): 29.
- Schenker, J. G. (2000). Women's reproductive health: monotheistic religions perspectives. *International Journal of Obstetrics and Gynecologic*, 70 (1), 77-86.
- Secretaria de Salud. (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. (México). Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Sedgh, G., & Hussain, R. (2014). Reasons for Contraceptive Nonuse among Women Having Unmet Need for Contraception in Developing Countries. *Studies in family Planning*, 45 (2), 151-169.
- Shah C. J., Solanki, V., & Mehta, H.B. (2011). Attitudes of adolescent girls towards contraceptive methods. *Australian Medical Journal*, 4 (1), 43- 48.
- Sieving, R. E. & Bearinger, L. H. (2007). Adolescent Dual Method Use: Relevant Attitudes, Normative Beliefs and Self-Efficacy. *Journal Adolescent Health*, 40(3), 275–275.
- Speizer, I. S., Irani, L., Barden, J., & Levy, J. (2009). Inconsistent fertility motivations and contraceptive use behaviors among women in Honduras. *Biomedic Central*, 6, 19.
- Spence, M.R., Elgen, K.K., & Harwell, T.S. (2003). Awareness, prior use, and intent to use emergency contraception among Montana women at the time of pregnancy testing. *Maternal and Child Health Journal*, 7 (3), 197-203.
- Spies, E., Askelson, N., Gelman, E., & Losch, M. (2010). Young women's knowledge, attitudes, and behaviors related to long-acting reversible contraceptives. *Women's Health*, 20 (6), 394–399.
- Sternberg, R.J. (1988). El triángulo del amor: intimidad, pasión y compromiso. México: Paidós.

- Suvivuo, P., Tossavainen, K., & Kontula, O. (2009). Contraceptive use and non-use among teenage girls in a sexually motivated situation. *Sexual Education*, 9 (4), 355–369.
- Tessler, S. L., & Peipert, J. F. (1997). Perceptions of contraceptive effectiveness and health effects of oral contraception. *Women's health Issues*, 7 (6), 400-406.
- Tirelli, A., Cagnacci, A., & Volpe, A. (2008) Levonorgestrel administration in emergency contraception: bleeding pattern and pituitary-ovarian function. *Contraception*, 77 (5), 328-32.
- Tountas, Y., Dimitrakaki, C., Antoniou, A., Boulamatsis, D., & Creatsas, G. (2004). Attitudes and behavior towards contraception among Greek women during reproductive age: a country-wide survey. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 116, 190–195
- Træen, B., & Lundin, I. (2006). Investigating the relationship between past contraceptive behaviour self-efficacy and anticipated shame and guilt in sexual contexts among Norwegian adolescents. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 17, 19–34.
- Tsui, et al. (2011). Managing unplanned pregnancies in five countries: Perspectives on contraception and abortion decisions. *Global Public Health*, 6 (1), 1 – 24.
- Tuloro, T. & Deressa, W. (2006). The role of men in contraceptive use and fertility preference in hosanna town. *Ethiopian Journal of Health Development*, 20 (3), 152-159.
- Ushma D. & Bennett, T. (2009). Effects of relationship characteristics on contraceptive use and unintended pregnancy. PAA Extended Abstract Submission.
- Uzuner, A., Unalan, P., Akman, M., Cifçili, S., Tuncer, I., Coban, E., et al. (2005) Providers knowledge of, attitude to and practice of emergency contraception. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 10, 43-50.

- Valencia, L. (2006). Teoría del aprendizaje social y/o teoría cognitivo social de Bandura. En: Bardales, L., Díaz, P., Jiménez, M., Terreros, M., & Valencia, L. (Ed.) *Psicología Social: Pasado, Presente y Futuro*. Universidad del Valle: Instituto de Psicología.
- Venkat, P., Masch, R., Cremer, M., Richman S., & Arslan, A. (2008). Knowledge and beliefs about contraception in urban latina women. *Journal of Community Health, 33*, 357–362
- Wan, R. & Chiou, C. (2008). Relative Contribution of Intrapersonal and Partner Factors to Contraceptive Behavior among Taiwanese Female Adolescents. *Journal of Nursing Scholarship, 40* (2), 131–136
- Wang, R., Cheng, C., & Chou, F. (2008) A causal model of contraceptive intention and its gender comparison among Taiwanese sexually inexperienced adolescents. *Journal of Clinical Nursing, 17*, 930–939
- Widman, L., Welsh, D.P., McNulty, J.K., & Little, K.C. (2006). Sexual communication and contraceptive use in adolescent dating couples. *Journal of Adolescents Health, 39* (6), 893- 899.
- Williamson, L., Buston, K., & Sweeting, H. (2009). Young women's perceptions of pregnancy risk and use of emergency contraception: findings from a qualitative study. *Contraception, 79*, 310–315.
- Williams, H.A., Watkins, C.E., & Risby, J.A. (1996). Reproductive decision-making and determinants of contraceptive use in HIV-infected women. *Clinical Obstetric and Gynecologic, 39* (2), 333-43.
- Wilson, E., & Koo, H. (2008). Associations between low-income women's relationship characteristics and their contraceptive use. *Perspective Sexual and Reproductive Health, 40* (3), 171–179.
- Worthington, E., McCullough, M., Berry, J., & Ripley, J. (2003). The Religious Commitment Inventory—10: Development, refinement, and validation of a brief

scale for Research and Counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 50 (1), 84–96.

Wu, J., Meldrum, S., Dozier, A., Stanwood, N., & Fiscella, K. (2010). Contraceptive nonuse among US women at risk for unplanned pregnancy. *Contraception*, 78, 284–289

Yee, L. & Simon, M. (2010). The role of the social network in contraceptive decision-making among young, African American and Latina women. *Journal Adolescent Health*, 47 (4). 374–380.

Yela, C. (1997) Curso temporal de los componentes básicos del amor a lo largo de la relación de pareja. *Psicothema*, 9, 1, 1-15

Apéndices

Apéndice A

Cedula de datos personales y consumo de anticonceptivos

Estimada participante, a continuación se presentan una serie de preguntas que incluyen aspectos personales, sexuales y anticonceptivos, por favor contesta lo más honestamente posible, recuerda que no hay respuestas buenas ni malas, solo tus vivencias, experiencias, las cuales son muy importantes para nosotros. Así mismo te recuerdo que todo es estrictamente confidencial. De antemano gracias por participar.

1. Ha tenido relaciones vaginales alguna vez en su vida

SI_____ NO_____ (Sí, si pase a la pregunta 2)

2. Ha utilizado algún método anticonceptivo alguna vez en su vida

SI_____ NO_____ (Sí, si elija los que ha utilizado de la siguiente lista, marque con una X)

Ritmo		Condón femenino	
Método de Billings		Coito interrumpido	
Temperatura basal		Inyecciones	
Dispositivo de cobre intrauterino		Pastillas	
Implante		Parche	
Dispositivo intrauterino de hormonas		Anticoncepción de emergencia oral (pastilla del día siguiente)	
Condón masculino		Anillo	

Si contesto que NO a cualquiera de las 2 primeras preguntas, deposite su cuestionario en la caja.

Apéndice A

Si usted contestó que SI a las dos primeras preguntas pase a la pregunta 3

3. Actualmente usted está utilizando algunos de los siguientes métodos, sí, si marque con una x cual.

SI _____ NO _____ (sí, si señale cuál).

Dispositivo intrauterino de cobre	
Salpingoclasia	
Oclusión tubárica bilateral	
Vasectomía con o sin bisturí	

Si usted contestó que sí a la pregunta 3, favor de depositar su cuestionario en la caja.

4. Actualmente usted está bajo algún tratamiento hormonal para embarazarse

SI _____ NO _____ Sí, si Señale cual _____

Si usted contestó que sí a la pregunta 4, favor de depositar su cuestionario en la caja.

5. Usted ha sido diagnosticada con algún problema hormonal, en su matriz, ovarios u otros que no le permitan embarazarse.

SI _____ NO _____ Sí, si señale
cual _____

Si usted contestó que sí a la pregunta 5, favor de depositar su cuestionario en la caja.

6. ¿Qué edad tiene? En años cumplidos _____

7. ¿Cuál es su nivel educativo más alto? _____

8. ¿Cuántos años de escuela tiene? _____

9. Ocupación actual, marque con una x

Estudiante _____ Empleo pagado _____ Empleo no pagado _____

10. Si tiene empleo pagado, elija la opción del tipo de empleo. Marque con una X

a. Tiempo completo (40 horas o más por semana) _____

b. Tiempo parcial (menos de 40 horas por semana) _____

c. Tiempo parcial (20 horas por semana) _____

d. Otro, diga cual _____

11. ¿Cuál es su estado marital actual?

a. Casada _____ Cuántos años _____

b. Divorciada _____

c. Cohabitando o unión libre _____ Cuántos años _____

d. Viuda _____

e. Soltera (Nunca casada) _____

12 ¿Cuál es su ingreso económico por mes aproximado?

13 ¿Tiene niños?

SI _____ NO _____

a. Si, sí, cuántos niños tiene _____

b. Sí si, qué edad tienen sus niños _____

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

14. ¿Actualmente usa algún método anticonceptivo?

a. Si _____ sí si elija de la siguiente lista.

b. No _____

Tipos de anticonceptivos usados actualmente: (seleccione todos los necesarios con una X)

a. Ritmo		b. Dispositivo intrauterino de cobre	
c. Coito interrumpido		d. Implante	
e. Método de Billings		f. Dispositivo liberador de hormonas	
g. Temperatura basal		h. Condón masculino	
i. Inyecciones		j. Condón femenino	
k. Pastillas		l. Anticoncepción de emergencia oral	
m. Parche		n. Anillo	

15. En el último año cuántas veces ha usado métodos anticonceptivos _____

16. En los últimos seis meses cuántas veces ha usado métodos anticonceptivos _____

17. En los últimos tres meses cuántas veces ha usado métodos anticonceptivos_____
18. En el último mes cuántas veces ha usado métodos anticonceptivos_____
19. En la última semana cuántas veces ha usado métodos anticonceptivos_____
20. ¿Dónde actualmente compra u obtiene los métodos anticonceptivos que usa con mayor frecuencia? Por favor elija una opción de la siguiente lista
- a. Farmacia _____
 - b. Servicios de planificación familiar_____
 - c. Clínicas_____
 - d. Otros_____
 - e. No aplica; no uso ningún método_____
 - f. No aplica; alguien los obtiene por mí_____

CONDUCTA SEXUAL Y REPRODUCTIVA

21. A qué edad tuvo su primera menstruación_____
22. ¿Cuántas veces ha estado embarazada?
- a. Nunca (0)_____
 - b. Una (1)_____
 - c. Dos(2)_____
 - d. Tres (3)_____
 - e. Más de cuatro (>4)_____
23. ¿Cuántos años tenía cuando tuvo su primera relación sexual vaginal, definida como un encuentro con un miembro del sexo opuesto?_____
24. ¿Cuántos años tenía cuando comenzó su vida sexual activa, definida como encuentros sexuales rutinarios vaginales con un miembro del sexo opuesto?
-
25. ¿Actualmente tiene una vida sexual activa con alguna persona del sexo opuesto?
- a. Si_____
 - b. No_____
 - c. No estoy segura_____

Apéndice B

Consentimiento informado fase cuantitativa

Título: Modelo explicativo de la conducta anticonceptiva en mujeres

Justificación y objetivos de investigación

El uso de los anticonceptivos para planificación familiar es un tema de salud que requiere ser abordado a mayor profundidad para generar mejores programas de salud para las mujeres. Por lo que la Maestra Lucía Caudillo Ortega, que es alumna del Doctorado en ciencias de enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, me ha invitado a participar en un proyecto sobre los factores que se relacionan con el uso de anticonceptivos en mujeres, entre las edades de 18 y 24 años. Es importante que conozca que mi participación es voluntaria y que si no deseo participar, esto no me afectará de ninguna manera mi situación académica.

Procedimientos

Entiendo que me eligieron al azar y que si acepto participar contestaré siete cuestionarios con preguntas personales acerca del uso de anticonceptivos, la cuales duran aproximadamente una hora en ser llenados. Se me ha explicado que el llenado de estas preguntas no interferirá con mis actividades académicas. Asimismo se me ha dado a conocer que este estudio consta de dos etapas, para lo cual se hará una selección al azar de las participantes en la primera fase y si resulto elegida, podre ser llamada a participar en una entrevista, la cual tampoco interferirá con mis actividades académicas.

Riesgos

Conozco que no existen riesgos relacionados con mi participación en este estudio sin embargo las preguntas que me harán tocan temas íntimos que me pueden causar estrés o incomodidad. De ser así puedo dejar sin contestar estas o contestarlas en algún otro momento, así mismo puedo dejar de participar si así lo deseo. Conozca que si necesito algún tipo de apoyo que esté relacionado con mi participación en el estudio, la

Maestra Lucía Caudillo Ortega, realizará las acciones necesarias para poder resolver cualquier situación imprevista y que requiera de especial cuidado.

Beneficios

Se me ha informado que este estudio se realiza para obtención del grado de Doctor en Ciencias en Enfermería por parte de la Maestra Lucía Caudillo Ortega, que es alumna de la facultad de enfermería (Universidad Autónoma de Nuevo León). Por lo que es importante que entienda que no habrá ninguna retribución económica, ni de otro tipo por mi participación en el mismo.

Confidencialidad

La información que proporcionaré será manejada de forma estrictamente confidencial ya que no se identificarán mis datos en los cuestionarios. No proporcionaré mi nombre, dirección o teléfono en ninguno de los cuestionarios. Sin embargo, debido a que existe una segunda etapa del estudio mi nombre será ligado a un código y a esta lista sólo la investigadora principal tendrá acceso. Después de que finalice la fase de selección de la segunda etapa, la lista con los códigos y los nombres será destruida. Al finalizar el estudio los datos serán resguardados por doce meses y luego serán destruidos.

Dudas

He sido informada que esta investigación fue aprobada por la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y en caso de tener dudas respecto a mi participación puedo comunicarme a la Secretaría de Investigación de la Facultad de Enfermería al teléfono 8348 89 43 o dirigirme a Avenida Gonzalitos 1500 Norte. Colonia. Mitras Centro. C.P. 64460 Monterrey, Nuevo León, México.

Consentimiento

Se me ha explicado que tendré la oportunidad de hacer preguntas y tener las respuestas a estas satisfactoriamente, y que también recibiré una copia del consentimiento informado con todos los puntos que anteriormente se redactaron. Por medio del presente documento doy mi autorización para participar en este estudio.

Firma

Nombre y Firma Testigo 1_____

Dirección testigo 1_____

Relación con el participante_____

Nombre y firma testigo 2_____

Dirección testigo 2_____

Nombre y firma del investigador_____

Relación con el participante_____

Apéndice C

Consentimiento informado fase cualitativa

Título: Modelo explicativo de la conducta anticonceptiva en mujeres

Justificación y objetivos de investigación

El uso de los anticonceptivos para planificación familiar es un tema de salud que requiere ser abordado a mayor profundidad para generar mejores programas de salud para las mujeres. Por lo que la Maestra Lucía Caudillo Ortega, que es alumna del Doctorado en ciencias de enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, me ha invitado a participar en un proyecto sobre los factores que se relacionan con el uso de anticonceptivos en mujeres, entre las edades de 18 y 24 años. Es importante que conozca que mi participación es voluntaria y que si no deseo participar, esto no me afectará de ninguna manera mi situación académica.

Procedimientos

Entiendo que participare en un estudio que consta de dos fases, durante la primera fase he participado y fui elegida para la segunda, en esta fase realizarán una entrevista que incluye aspectos personales e íntimos, entiendo que fui elegida de forma aleatoria, así mismo consentiré mi participación. También entiendo que esta entrevista será audio grabada por el investigador. Me han informado que para realizar esta entrevista se me citará en un día y fecha fuera de mi horario de clases en el instituto donde tomo clases. La entrevista será de aproximadamente 1 a 2 horas.

Riesgos

Conozco que no existen riesgos relacionados con mi participación en este estudio sin embargo la entrevista que me harán toca temas íntimos que me pueden causar estrés o incomodidad. De ser así puedo detener la entrevista y continuar en otro momento o puedo dejar de participar si así lo deseo. Así mismo si necesito algún tipo de apoyo que esté relacionado con mi participación en el estudio, la Maestra Lucía Caudillo Ortega,

realizará las acciones necesarias para poder resolver cualquier situación imprevista y que requiera de especial cuidado.

Beneficios

Se me ha informado que este estudio se realiza para obtención del grado de Doctor en Ciencias en Enfermería por parte de la Maestra Lucía Caudillo Ortega, que es alumna de la facultad de enfermería (Universidad Autónoma de Nuevo León). Por lo que es importante que entienda que no habrá ninguna retribución económica, ni de otro tipo por la participación en el mismo.

Confidencialidad

La información que proporcionaré será manejada de forma estrictamente confidencial ya que no se identificarán mis datos en los cuestionarios. No proporcionaré mi nombre, dirección o teléfono en ninguno de los cuestionarios. Sin embargo, debido a que participaré en una segunda etapa del estudio mi nombre será ligado a un código y a esta lista sólo la investigadora principal tendrá acceso. Después de que finalice la fase de selección de la segunda etapa, la lista con los códigos y los nombres será destruida. Al finalizar el estudio los datos serán resguardados por doce meses y luego serán destruidos.

Dudas

He sido informada que esta investigación fue aprobada por la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y en caso de tener dudas respecto a mi participación puedo comunicarme a la Secretaría de Investigación de la Facultad de Enfermería al teléfono 8348 89 43 o dirigirme a Avenida Gonzalitos 1500 Norte. Colonia. Mitras Centro. C.P. 64460 Monterrey, Nuevo León, México.

Consentimiento

Se me ha explicado que tendré la oportunidad de hacer preguntas y tener las respuestas a estas satisfactoriamente, y que también recibiré una copia del consentimiento informado con todos los puntos que anteriormente se redactaron. Por medio del presente documento doy mi autorización para participar en este estudio.

Firma

Nombre y Firma Testigo 1_____

Dirección testigo 1_____

Relación con el participante_____

Nombre y firma testigo 2_____

Dirección testigo 2_____

Relación con el participante_____

Nombre y firma del investigador_____

Apéndice D

Escala de actitudes para la anticoncepción

Estimada participante, a continuación se presentan enunciados acerca del uso de anticonceptivos. Estamos interesados en conocer su opinión acerca de cada uno de ellos. Usando la escala presentada favor de indicar su nivel de acuerdo o desacuerdo con cada enunciado marcando con una **X**.

Tenga en cuenta que no existen respuestas buenas o malas. También recuerde que estamos interesados en su opinión personal, así queremos conocer cómo se siente con cada uno de los enunciados y no que piensa su familia o amigos.

1. El uso de anticonceptivos es mejor que tener un aborto

1= muy de acuerdo	2= de acuerdo	3= indeciso	4= desacuerdo	5= muy desacuerdo
-------------------	---------------	-------------	---------------	-------------------

2. Yo recomiendo a mis amigos el uso de anticonceptivos

1= muy de acuerdo	2= de acuerdo	3= indeciso	4= desacuerdo	5= muy desacuerdo
-------------------	---------------	-------------	---------------	-------------------

3. Yo me involucraría con una persona que aceptara el uso de anticonceptivos

1= muy de acuerdo	2= de acuerdo	3= indeciso	4= desacuerdo	5= muy desacuerdo
-------------------	---------------	-------------	---------------	-------------------

4. Yo tendría sexo a menos que haya un método anticonceptivo disponible

1= muy de acuerdo	2= de acuerdo	3= indeciso	4= desacuerdo	5= muy desacuerdo
-------------------	---------------	-------------	---------------	-------------------

5. Yo creo que actualmente los anticonceptivos previenen el embarazo

1= muy de acuerdo	2= de acuerdo	3= indeciso	4= desacuerdo	5= muy desacuerdo
-------------------	---------------	-------------	---------------	-------------------

6. El uso de anticonceptivos es una forma de mostrar que se cuida a la pareja

1= muy de acuerdo	2= de acuerdo	3= indeciso	4= desacuerdo	5= muy desacuerdo
-------------------	---------------	-------------	---------------	-------------------

7. Yo hablo de anticonceptivos con mis amigos

1= muy de acuerdo	2= de acuerdo	3= indeciso	4= desacuerdo	5= muy desacuerdo
-------------------	---------------	-------------	---------------	-------------------

8. Uno debería de usar anticonceptivos sin considerar el tiempo que se tenga con la pareja.

1= muy de acuerdo	2= de acuerdo	3= indeciso	4= desacuerdo	5= muy desacuerdo
-------------------	---------------	-------------	---------------	-------------------

9. Actualmente los anticonceptivos pueden hacer que las relaciones sexuales sean más placenteras.

1= muy de acuerdo	2= de acuerdo	3= indeciso	4= desacuerdo	5= muy desacuerdo
-------------------	---------------	-------------	---------------	-------------------

10. Me siento más relajado durante las relaciones sexuales si un método anticonceptivo es usado.

1= muy de acuerdo	2= de acuerdo	3= indeciso	4= desacuerdo	5= muy desacuerdo
-------------------	---------------	-------------	---------------	-------------------

11. Yo prefiero usar anticonceptivos durante la relación sexual

1= muy de acuerdo	2= de acuerdo	3= indeciso	4= desacuerdo	5= muy desacuerdo
-------------------	---------------	-------------	---------------	-------------------

12. En el futuro planeo usar anticonceptivos cuando tenga relaciones sexuales

1= muy de acuerdo	2= de acuerdo	3= indeciso	4= desacuerdo	5= muy desacuerdo
-------------------	---------------	-------------	---------------	-------------------

13. Yo usare anticonceptivos aunque mi pareja no esté de acuerdo

1= muy de acuerdo	2= de acuerdo	3= indeciso	4= desacuerdo	5= muy desacuerdo
-------------------	---------------	-------------	---------------	-------------------

14. No es problema usar anticonceptivos

1= muy de acuerdo	2= de acuerdo	3= indeciso	4= desacuerdo	5= muy desacuerdo
-------------------	---------------	-------------	---------------	-------------------

15. El uso de anticonceptivos hace que una relación sea más duradera

1= muy de acuerdo	2= de acuerdo	3= indeciso	4= desacuerdo	5= muy desacuerdo
-------------------	---------------	-------------	---------------	-------------------

16. El sexo es divertido si se usan anticonceptivos

1= muy de acuerdo	2= de acuerdo	3= indeciso	4= desacuerdo	5= muy desacuerdo
-------------------	---------------	-------------	---------------	-------------------

17. Los anticonceptivos son difíciles de usar si el cuestan caros

1= muy de acuerdo	2= de acuerdo	3= indeciso	4= desacuerdo	5= muy desacuerdo
-------------------	---------------	-------------	---------------	-------------------

18. Las parejas deberían de hablar acerca de anticoncepción antes de tener relaciones sexuales.

1= muy de acuerdo	2= de acuerdo	3= indeciso	4= desacuerdo	5= muy desacuerdo
-------------------	---------------	-------------	---------------	-------------------

19. Si yo o mi pareja experimentáramos efectos negativos con los anticonceptivos usaríamos un método diferente.

1= muy de acuerdo	2= de acuerdo	3= indeciso	4= desacuerdo	5= muy desacuerdo
-------------------	---------------	-------------	---------------	-------------------

20. Los anticonceptivos hacen que las relaciones sexuales sean más planeadas

1= muy de acuerdo	2= de acuerdo	3= indeciso	4= desacuerdo	5= muy desacuerdo
-------------------	---------------	-------------	---------------	-------------------

21. Me siento mejor conmigo misma cuando uso anticonceptivos

1= muy de acuerdo	2= de acuerdo	3= indeciso	4= desacuerdo	5= muy desacuerdo
-------------------	---------------	-------------	---------------	-------------------

Apéndice E

Escala de beneficios y barreras para la anticoncepción moderna

Estimada participante, a continuación se presentan enunciados acerca de las opiniones acerca del uso de anticonceptivos. Estamos interesados en conocer su opinión acerca de cada uno de ellos. Usando la escala presentada favor de indicar su nivel de acuerdo o desacuerdo con cada enunciado circulando lo que crea más conveniente para usted.

Tenga en cuenta que no existen respuestas buenas o malas. También recuerde que estamos interesados en su opinión personal, así queremos conocer cómo se siente con cada uno de los enunciados y no que piensa su familia o amigos. Los siguientes ítems son una lista de declaraciones.

Barreras para el uso de la anticoncepción

1. Tengo miedo de ir a ver a un médico/enfermera para obtener anticonceptivos

1= Fuertemente en desacuerdo	2= Muy de acuerdo	3= Algo en desacuerdo	4= Muy de acuerdo	5= Fuertemente de acuerdo
------------------------------------	----------------------	--------------------------	----------------------	---------------------------------

2. Tengo más miedo de usar un método anticonceptivo que de quedar embarazada

1= Fuertemente en desacuerdo	2= Muy desacuerdo	3= Algo en desacuerdo	4= Muy de acuerdo	5= Fuertemente de acuerdo
------------------------------------	----------------------	--------------------------	----------------------	---------------------------------

3. El uso de un método anticonceptivo es caro

1= Fuertemente en desacuerdo	2= Muy desacuerdo	3= Algo en desacuerdo	4= Muy de acuerdo	5= Fuertemente de acuerdo
------------------------------------	----------------------	--------------------------	----------------------	---------------------------------

4. Estoy nervioso que la gente a mi alrededor sepa que uso métodos anticonceptivos

1= Fuertemente en desacuerdo	2= Muy desacuerdo	3= Algo en desacuerdo	4= Muy de acuerdo	5= Fuertemente de acuerdo
------------------------------------	----------------------	--------------------------	----------------------	---------------------------------

Beneficios para la anticoncepción

5. Las mujeres pueden usar anticonceptivos para controlar cuando embarazarse.

1= Fuertemente en desacuerdo	2= Muy desacuerdo	3= Algo en desacuerdo	4= Muy de acuerdo	5= Fuertemente de acuerdo
------------------------------------	----------------------	--------------------------	----------------------	---------------------------------

6. Los métodos anticonceptivos son para que las mujeres puedan decidir el número de hijos.

1= Fuertemente en desacuerdo	2= Muy desacuerdo	3= Algo en desacuerdo	4= Muy de acuerdo	5= Fuertemente de acuerdo
------------------------------------	----------------------	--------------------------	----------------------	---------------------------------

Apéndice F

Escala de autoeficacia para el uso de anticonceptivos

Estimada participante, a continuación se presentan enunciados acerca de opiniones del uso de anticonceptivos. Estamos interesados en conocer su opinión acerca de cada uno de ellos. Usando la escala presentada favor de indicar su nivel de verdadero con cada enunciado circulando lo que crea más conveniente para usted.

Tenga en cuenta que no existen respuestas buenas o malas. También recuerde que estamos interesados en su opinión personal, así queremos conocer cómo se siente con cada uno de los enunciados y no que piensa su familia o amigos.

Los siguientes ítems son una lista de declaraciones. Por favor elija para cada ítem una respuesta del 1 al 5, de acuerdo con lo que piensa de cada declaración. Circule un número para cada pregunta.

1. Cuando estoy con una pareja siento que puedo ser responsable de lo que pase sexualmente con él.

1= No completamente verdadero para mí	2=Casi verdadero	3= Algo verdadero	4= Muy verdadero	5= Completamente verdadero
---------------------------------------	------------------	-------------------	------------------	----------------------------

2. Incluso si una pareja me habla de sexo yo puedo decirle lo que realmente siento acerca de las cosas del sexo.

1= No completamente verdadero para mí	2=Casi verdadero	3= Algo verdadero	4= Muy verdadero	5= Completamente verdadero
---------------------------------------	------------------	-------------------	------------------	----------------------------

3. Cuando tengo sexo, puedo disfrutarlo como algo que realmente quería hacer.

1= No completamente verdadero para mí	2=Casi verdadero	3= Algo verdadero	4= Muy verdadero	5= Completamente verdadero
---------------------------------------	------------------	-------------------	------------------	----------------------------

4. Si mi pareja y yo nos calentamos sexualmente, pero yo no quiero tener relaciones sexuales yo puedo decirle fácilmente que NO.

1= No completamente verdadero para mí	2=Casi verdadero	3= Algo verdadero	4= Muy verdadero	5= Completamente verdadero
---------------------------------------	------------------	-------------------	------------------	----------------------------

5. Si mi pareja habló acerca del sexo que estábamos teniendo, yo también pude hacerlo

1= No completamente verdadero para mí	2=Casi verdadero	3= Algo verdadero	4= Muy verdadero	5= Completamente verdadero
---------------------------------------	------------------	-------------------	------------------	----------------------------

6. Cuando yo pienso lo que significa tener sexo, yo puedo tener sexo fácilmente.

1= No completamente verdadero para mí	2=Casi verdadero	3= Algo verdadero	4= Muy verdadero	5= Completamente verdadero
---------------------------------------	------------------	-------------------	------------------	----------------------------

7. Si mi pareja y yo nos calentamos sexualmente y yo en realidad no quiero tener relaciones sexuales (llegar hasta a la penetración vaginal), yo puedo fácilmente parar las cosas para que no tengamos relaciones sexuales.

1= No completamente verdadero para mí	2=Casi verdadero	3= Algo verdadero	4= Muy verdadero	5= Completamente verdadero
---------------------------------------	------------------	-------------------	------------------	----------------------------

8. Hay veces que me encuentro involucrada sexualmente o emocionalmente con alguien que fácilmente podría tener relaciones sexuales, incluso si no estuviéramos protegidos (usando una forma de control natal).

1= No completamente verdadero para mí	2=Casi verdadero	3= Algo verdadero	4= Muy verdadero	5= Completamente verdadero
---------------------------------------	------------------	-------------------	------------------	----------------------------

9. Algunas veces me dejo llevar por lo que mi pareja quiere hacer sexualmente porque yo no me tomo la molestia de tratar de decir lo que quiero.

1= No completamente verdadero para mí	2=Casi verdadero	3= Algo verdadero	4= Muy verdadero	5= Completamente verdadero
---------------------------------------	------------------	-------------------	------------------	----------------------------

10. Hubo algún hombre (novio), a quien yo le era muy atractiva física o emocionalmente, yo pude sentirme comfortable de decirle que quería tener sexo con él.

1= No completamente verdadero para mí	2=Casi verdadero	3= Algo verdadero	4= Muy verdadero	5= Completamente verdadero
---------------------------------------	------------------	-------------------	------------------	----------------------------

11. Yo pude continuar usando un método de planificación familiar, aunque mis padres pudieran encontrarlo.

1= No completamente verdadero para mí	2=Casi verdadero	3= Algo verdadero	4= Muy verdadero	5= Completamente verdadero
---------------------------------------	------------------	-------------------	------------------	----------------------------

12. Sería difícil para mí ir a la farmacia y preguntar por espumas (diafragma, píldoras etc.) sin sentirme avergonzada.

1= No completamente verdadero para mí	2=Casi verdadero	3= Algo verdadero	4= Muy verdadero	5= Completamente verdadero
---------------------------------------	------------------	-------------------	------------------	----------------------------

13. Si mi novio y yo nos estábamos poniendo calientes en el sexo y decidimos tener relaciones sexuales y yo no estaba protegida.....

a. Yo pude fácilmente preguntar a él, si tenía protección (o decirle a él que yo no me estaba cuidando).

1= No completamente verdadero para mí	2=Casi verdadero	3= Algo verdadero	4= Muy verdadero	5= Completamente verdadero
---------------------------------------	------------------	-------------------	------------------	----------------------------

b. Yo pude disculparme con mi pareja para colocarme un diafragma o espuma, si ya los he usado como planificación familiar.

1= No completamente verdadero para mí	2=Casi verdadero	3= Algo verdadero	4= Muy verdadero	5= Completamente verdadero
---------------------------------------	------------------	-------------------	------------------	----------------------------

c. Yo le pude decir a mi pareja que uso pastillas o que tengo el DIU (si ya los he usado como planificación familiar)

1= No completamente verdadero para mí	2=Casi verdadero	3= Algo verdadero	4= Muy verdadero	5= Completamente verdadero
---------------------------------------	------------------	-------------------	------------------	----------------------------

d. Yo pude parar las cosas antes de las relaciones sexuales y pude hablar del tema de la protección.

1= No completamente verdadero para mí	2=Casi verdadero	3= Algo verdadero	4= Muy verdadero	5= Completamente verdadero
---------------------------------------	------------------	-------------------	------------------	----------------------------

14. Algunas veces yo debo de hablar con mi novio acerca del uso de anticonceptivos, pero y me parece que puedo hacerlo en la situación.

1= No completamente verdadero para mí	2=Casi verdadero	3= Algo verdadero	4= Muy verdadero	5= Completamente verdadero
---------------------------------------	------------------	-------------------	------------------	----------------------------

Apéndice G

Escala de compromiso con la religión

Estimada participante, a continuación se presentan enunciados acerca de su actividad religiosa, cualquiera que sea su religión. Estamos interesados en conocer su opinión acerca de la misma. Usando la escala presentada favor de indicar su nivel de verdadero con cada enunciado circulando lo que crea más conveniente para usted.

Tenga en cuenta que no existen respuestas buenas o malas. No será juzgada por cualquier respuesta que dé.

Marque con una X lo que se acerque más a su realidad.

Enunciado	1 No totalmente verdadero	2 Algo verdadero	3 Moderadamente verdadero	4 Muy verdadero	5 Total mente verdadero
1. A menudo leo libros o revistas de mi religión					
2. Hago contribuciones financieras a mi organización religiosa					
3. Paso tiempo en aumentar el entendimiento de mi fe					
4. La religión es especialmente importante porque responde muchas preguntas acerca del significado de la vida					
5. Mis creencias religiosas están detrás de todo mi enfoque de la vida					
6. Yo me divierto pasando tiempo con personas de mi misma religión					
7. Mis creencias religiosas influyen en todas mis relaciones					

Enunciado	1 No totalmente verdadero	2 Algo verdadero	3 Moderadamente verdadero	4 Muy verdadero	5 Total mente verdadero
8. Es importante para mí pasar periodos de tiempo en privado para la reflexión y pensamientos religiosos					
9. Yo me divierto participando en actividades de mi organización religiosa					
10. Me mantengo bien informado de mi grupo religioso local y tengo influencia en sus decisiones					

Apéndice H

Escala de provisión social adaptada para la anticoncepción

Estimada participante, a continuación se presentan enunciados del apoyo de su pareja, familia y personal de salud para el uso de anticonceptivos. Estamos interesados en conocer su opinión acerca de la misma. Usando la escala presentada favor de indicar su nivel de acuerdo o desacuerdo con cada enunciado circule la opción que crea más conveniente para usted.

Tenga en cuenta que no existen respuestas buenas o malas. No será juzgada por cualquier respuesta que dé. También recuerde que estamos interesados en su opinión personal, así queremos conocer cómo se siente con cada uno de los enunciados y no que piensa su familia o amigos.

Apoyo de la familia

1. Puedo confiar en mi familia para que me ayude a usar anticonceptivos si necesito ayuda.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

2. Mi familia apoya el uso de anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

3. Yo puedo recurrir a mi familia y pedir orientación sobre uso de anticonceptivos

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

4. Mi familia depende de mí para ayudar a otros, cuando se trata de usar anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

5. Mi familia y yo disfrutamos la vida, cuando uso anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

6. Mi familia sabe que puedo hacer lo que sea necesario, para usar algún método anticonceptivo.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

7. Me siento muy responsable de la salud y bienestar de mi familia.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

8. Mi familia y yo compartimos las mismas creencias y actitudes sobre el uso de anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

9. Yo creo que mi familia aprecia lo que he hecho para proteger mi salud, cuando se trata de usar anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

10. Si yo fuera a usar anticonceptivos, mi familia no estaría ahí para apoyarme.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

11. La relación con mi familia me hace sentir seguridad de que es menos probable embarazarme.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

12. Yo puedo hablar con mi familia, sobre cómo usar anticonceptivos de forma segura si es necesario.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

13. Mis creencias sobre la importancia del uso de anticonceptivos son respetadas por mi familia.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

14. Mi familia comparte mis preocupaciones sobre el uso de anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

15. Mi pareja confía en mí consejo cuando se trata del uso de anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

16. Puedo confiar en mi familia para obtener un consejo si tuviera un problema relacionado con el uso de anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

17. Siento un vínculo emocional fuerte con mi familia y esto me anima a usar anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

18. Yo puedo contar con la ayuda de mi familia cuando se trata de usar anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

19. Me siento cómodo hablando con mi familia sobre anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

20. Mi familia respeta mi decisión de usar anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

21. El afecto que siento por mi familia me ayuda a usar anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

22. Fue una decisión de mi familia y mía, el usar anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

23. Si yo pensara que me he expuesto al mal uso de los anticonceptivos, podría contar con mi familia para que me ayude a manejar la situación.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

24. Mi familia depende de mí para ayudar a otros a usar correctamente los anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

Apoyo de la pareja

25. Puedo confiar en mi pareja, para que me ayude a usar anticonceptivos si necesito ayuda.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

26. Mi pareja no apoya el uso de anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

27. Yo puedo recurrir a mi pareja para pedirle orientación sobre uso de anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

28. Mi pareja depende de mis conocimientos y consejo para ayudar a otros a la hora de usar anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

29. Mi pareja y yo disfrutamos más la vida, cuando usamos anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

30. Mi pareja sabe que puedo hacer lo necesario, para usar anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

31. Me siento personalmente responsable de la salud y bienestar de mi pareja.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

32. Mi pareja y yo compartimos las mismas creencias y actitudes sobre el uso de anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

33. Yo creo que mi pareja aprecia lo que he hecho para proteger mi salud cuando se trata de usar de anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

34. Si yo fuera a usar anticonceptivos mi pareja no estaría allí para apoyarme.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

35. La relación con mi pareja me hace sentir segura, de que existen pocas posibilidades de embarazarme.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

36. Yo puedo hablar con mi pareja sobre cómo usar anticonceptivos más seguros, si es necesario.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

37. Mis creencias sobre la importancia del uso de anticonceptivos, son respetadas por mi pareja.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

38. Mi pareja y yo compartimos mismas preocupaciones sobre el uso de anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

39. Mi pareja confía en mí consejo cuando se trata de uso de anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

40. Mi pareja es alguien en quien yo puedo confiar para pedirle consejos, si tuviera un problema relacionado con el uso de anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

41. Siento un vínculo emocional fuerte con mi pareja y esto me anima a usar anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

42. Yo cuento con la ayuda de mi pareja cuando se trata de usar anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

43. Yo me siento cómoda cuando hablo con mi pareja acerca de los anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

44. Mi pareja respeta mi decisión de usar anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

45. El afecto que siento por mi pareja me ayuda a usar anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

46. Fue una decisión mutua de mi pareja y mía, el usar anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

47. Si yo pensara que me he expuesto al mal uso de los anticonceptivos podría contar con mi pareja para que me ayude a manejar la situación.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

48. Mi pareja depende de mí para ayudarlo a usar correctamente los anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

Apoyo del proveedor de salud

49. Puedo confiar en mi médico/enfermera para que me ayude para usar anticonceptivos si necesito ayuda.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

50. Mi médico/enfermera apoya el uso de anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

51. Yo puedo recurrir a mi médico/enfermera para que me orienten sobre el uso de anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

52. Mi médico/enfermera me ayuda a la hora de usar anticonceptivos..

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

53. Mi médico/enfermera me orienta para usar anticonceptivos correctamente.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

54. Mi médico/enfermera sabe que puedo hacer lo necesario para usar anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

55. Me siento personalmente responsable de la salud y bienestar de algunas personas.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

56. Mi médico/enfermera y yo compartimos las mismas creencias y actitudes sobre el uso de anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

57. Yo creo que mi médico/enfermera aprecian las acciones que he tomado para proteger mi salud cuando se trata de usar de anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

58. Si yo fuera a usar anticonceptivos mi médico/enfermera estaría allí para mí.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

59. La relación con mi médico/enfermera me hace sentir segura de que la posibilidad de embarazarme sea baja.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

60. Yo puedo hablar con mi médico/enfermera sobre prácticas anticonceptivas más seguras si es necesario.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

61. Las creencias que tengo sobre la importancia del uso de anticonceptivos son respetadas por mí médico/enfermera.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

62. Mi médico/enfermera compartimos las mismas preocupaciones sobre el uso de anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

63. Mi médico/enfermera confía en mí para dar consejo a otras personas, cuando se trata del uso de anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

64. Mi médico/enfermera es alguien en quien pudiera confiar para consejo si tuviera un problema relacionado con el uso de anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

65. Siento un vínculo emocional fuerte con mi médico/enfermera y esto me anima a usar anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

66. Yo puedo contar con la ayuda mi médico/enfermera cuando se trata de usar anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

67. Yo me siento cómoda hablando con mi médico/enfermera sobre anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

68. Mi médico/enfermera respeta mi decisión de usar anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

69. El afecto que siento por mi médico/enfermera me ayuda a usar anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

70. Fue una decisión mía y de mi médico/enfermera, el usar anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

71. Si yo pensara que he hecho mal uso de algún anticonceptivo podría contar con mi médico/enfermera para que me ayude a manejar la situación.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

72. Mi médico/enfermera me ayuda a usar correctamente los anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

Apéndice I

Escala de conducta anticonceptiva

Estimada participante, a continuación se presentan enunciados de uso de anticonceptivos. Estamos interesados en conocer su opinión acerca de la misma. Usando la escala presentada favor de indicar el nivel que corresponda o no corresponda con cada enunciado y marque con una **X** la opción que crea más conveniente para usted.

Tenga en cuenta que no existen respuestas buenas o malas. No será juzgada por cualquier respuesta que dé. También recuerde que estamos interesados en su opinión personal, así queremos conocer cómo se siente con cada uno de los enunciados y no que piensa su familia o amigos.

	Enunciado	0 No corresponde	1 Casi no corresponde	2 Corresponde algo	3 Casi corresponde	4 Corresponde totalmente
1	Yo practico la anticoncepción cada vez que tengo sexo					
2	Yo tengo un método anticonceptivo preferido que uso para prevenir embarazos					
3	Yo pongo atención a cualquier información anticonceptiva que me permita tener una buena práctica anticonceptiva					

	Enunciado	0 No corresponde	1 Casi no corresponde	2 Corresponde algo	3 Casi corresponde	4 Corresponde totalmente
4	Cuando dudo de la seguridad de un método anticonceptivo después de tener relaciones sexuales con mis parejas, yo uso otros métodos compensatorios					
5	Yo uso métodos anticonceptivos continuamente					

Apéndice J
Guía de entrevista

1. ¿Cuál es tu opinión acerca de los anticonceptivos?
2. Cree que su opinión acerca de los métodos anticonceptivos ha cambiado con el paso del tiempo.
3. ¿Cómo ha sido tu vida con los métodos anticonceptivos?
4. Cuando decidió usar anticonceptivos, quién piensa que influyó en esta decisión.
5. En su vida que le ha generado con usted misma, con personas cercanas (creencias religiosas, morales) el uso de anticonceptivos.
6. ¿Qué opina de las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos?

Apéndice K
Libro de códigos

Código	MEMB
Definición breve	Miedo al embarazo no planeado
Definición completa	Miedo o temor de embarazarse sin haberlo planeado o deseado, manifiesto en no quererse embarazar.
Cuándo se usa	Aplica cuando las mujeres refieren no quererse embarazar
Cuándo no se usa	No aplica cuando las mujeres refieran quererse embarazarse
Ejemplo	"... use un método, por el miedo de quedar embarazada"

Código	PLANFUT
Definición breve	Planes para el futuro
Definición completa	Manifestar planes, metas para el futuro, lo que las motiva a usar un método anticonceptivo
Cuándo se usa	Se aplica cuando las mujeres refieren tener planes, metas, o algún motivo que incluya actividades como estudiar, trabajar.
Cuándo no se usa	No aplica cuando las mujeres refieran los planes para acciones diferentes que no sean motivo para usar un método anticonceptivo
Ejemplo	"... uso un MA, porque quiero terminar la escuela, tener un buen trabajo, una casa"

Código	PREFMET
Definición breve	Preferencia de método anticonceptivo
Definición completa	Priorizar un método anticonceptivo frente a otro, como preferencia de quien los elige
Cuándo se usa	Se aplica cuando las mujeres refieran tener un método anticonceptivo de su preferencia, ya sea por facilidad al uso, efectividad o costo.
Cuándo no se usa	No aplica cuando las mujeres rechacen el método, por creencias acerca de sus consecuencias.
Ejemplo	"... yo prefiero el implante o el DIU"

Código	CREEME
Definición breve	Creencias acerca de los métodos anticonceptivos
Definición completa	Idea o pensamiento que se toma como verdadera acerca de los métodos anticonceptivos, que incluyen efectos, consecuencias.
Cuándo se usa	Se aplica cuando las mujeres refieran alguna idea acerca de lo que piensan acerca de los métodos anticonceptivos positivas o negativas
Cuándo no se usa	No aplica cuando las mujeres refieran experiencias, ideas o pensamientos de otros
Ejemplo	"... mi idea ha cambiado, porque no engorde, pues no son tan malos (métodos anticonceptivos)"

Código	NOAPOYOPAD
Definición breve	No apoyo de los padres
Definición completa	Acciones por parte de los padres que NO favorecen el uso de los métodos anticonceptivos
Cuándo se usa	Se aplica cuando las mujeres refieran que no sienten el apoyo de para el uso de algún método anticonceptivo
Cuándo no se usa	No aplica cuando las mujeres refieran apoyo por parte de los padres para usar un método anticonceptivo
Ejemplo	"... tenía que utilizar un método, porque ellos no me apoyarían"

Código	AOPAR
Definición breve	Apoyo de la pareja
Definición completa	Acciones por parte de la pareja, que favorece el uso de los métodos anticonceptivos en las mujeres.
Cuándo se usa	Se aplica cuando las mujeres refieran tener el apoyo de la pareja para utilizar un o varios métodos anticonceptivos
Cuándo no se usa	No aplica cuando las mujeres refieran no tener el apoyo de la pareja
Ejemplo	"... decidimos cuidarnos, me apoyo"

Código	TIEMYTIPOREL
Definición breve	Tiempo y tipo de relación
Definición completa	Período determinado y calidad de una relación sentimental que influye en el uso de los métodos anticonceptivos
Cuándo se usa	Se aplica cuando las mujeres refieran que el tiempo y el tipo de relación (casual, estable), ha influido en ellas para decidir qué tipo de método utilizar.
Cuándo no se usa	No aplica cuando las mujeres refieran no haber utilizado algún método
Ejemplo	"... use condón"

Código	DEFIECON
Definición breve	Déficit económico
Definición completa	Se refiere a la incapacidad de las mujeres para solventar sus propios gastos, por lo que depende económicamente de otros (padres o pareja), lo que las lleva a usar un método anticonceptivo
Cuándo se usa	Se aplica cuando las mujeres refieran no contar con la solvencia económica para solventar sus gastos
Cuándo no se usa	No aplica cuando las mujeres refieran no depender económicamente de nadie
Ejemplo	"... o quiero tener un hijo cuando tenga con qué mantenerlo, porque ahora dependo de mis padres"

Código	EFECSMA
Definición breve	Resultado producido por una causa
Definición completa	Se refiere a los resultados producidos por el consumo de los métodos anticonceptivos
Cuándo se usa	Se aplica cuando las mujeres refieran algún efecto en su persona por el consumo de los métodos anticonceptivos, ya sea positivo o negativo y esto las motiva a usarlos o no.
Cuándo no se usa	No aplica cuando los efectos sean en otras personas como amigas, hermanas, primas y otros.
Ejemplo	"... me las tome y no me cayeron empecé a engordar"

Código	INVULEMB
Definición breve	No sentirse en riesgo de embarazarse
Definición completa	Sentirse no susceptible a embarazarse, a pesar de tener una vida sexual activa, por lo que no usan ningún método anticonceptivo.
Cuándo se usa	Se aplica cuando las mujeres refieren o expresan no creer embarazarse.
Cuándo no se usa	No aplica cuando las mujeres, expresen la creencia de no poderse embarazar en otras personas.
Ejemplo	"... yo tenía mi novio y casi no nos veíamos, entonces no me preocupaba cuidarme"

Código	ESTIGMET
Definición breve	Estigma hacia los métodos anticonceptivo
Definición completa	Desaprobación severa por parte de las personas del uso de métodos anticonceptivos y de quienes los usan
Cuándo se usa	Se aplica cuando las mujeres refieran ideas negativa acerca del uso de los métodos anticonceptivos, o cuando otras personas se refieran despectivamente de las mujeres que los usan
Cuándo no se usa	No aplica cuando las mujeres refieran atributos positivos a los métodos anticonceptivos o cuando otras personas aprueben el uso de métodos anticonceptivos
Ejemplo	"... he visto que sí sirven" "...las mujeres que los usan son una locas"
Código	NOAPOYOPERSSAL
Definición breve	No apoyo del personal de salud
Definición completa	Acciones por parte del personal de salud (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, entre otros), como gritos, burlas, actitudes negativas que no apoyan a que las mujeres utilicen un método anticonceptivo
Cuándo se usa	Se aplica cuando las mujeres refieran ningún tipo de agresión, verbal, de actitud o imposición de un método anticonceptivo por parte del personal de salud.
Cuándo no se usa	No aplica cuando las mujeres refieran tener algún tipo de apoyo por parte del personal de salud
Ejemplo	"...consulté con un doctor, pero fue así como bien grosero, me

vio como bien chiquilla" "...me pusieron el DIU a fuerza yo
les dije que no y no me hicieron caso"

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

MCE. Lucía Caudillo Ortega

Candidato a Obtener el Grado de Doctor en Ciencias de Enfermería

Tesis: MODELO DE CONDUCTA ANTICONCEPTIVA EN MUJERES DESDE UN ABORDAJE CON MÉTODOS MIXTOS

LGAC: Sexualidad responsable y prevención de ITS- VIH/Sida

Biografía: Lucía Caudillo Ortega, nacida en la Ciudad de Guanajuato, Gto., el día 19 de Febrero de 1982, hija de Ma. Eva Ortega Silva y Mateo Caudillo Silva.

Educación: Egresada de la Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad de Guanajuato, como Licenciada en Enfermería en 2004. Egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León como Maestra en Ciencias de Enfermería en 2008. Becaria del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), para realizar estudios de Doctorado en Ciencias de Enfermería en la Universidad Autónoma de Nuevo León en el período 2012 – 2015.

Experiencia profesional: Enfermera Especialista C, en Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (2007-2012), Enfermera Jefe de Servicio del Hospital General de Dolores Hidalgo (2009-2010), Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Guanajuato del 2015 a la fecha.

Miembro de las siguientes asociaciones: Sigma Theta Tau International. Honor Society of Nursing, International Association in Mixed Methods Research.

Reconocimientos: Mención Honorífica por primer lugar en aprovechamiento del 2001 al 2003. Primer lugar de egreso de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en 2004.

luca_caudillo@yahoo.com.mx