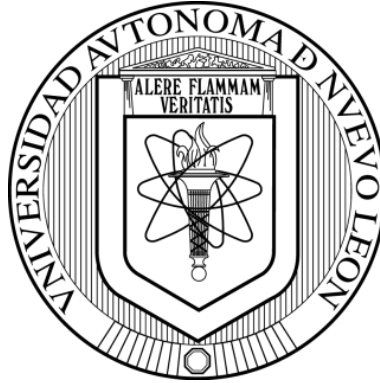


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



NORMAS SUBJETIVAS E INTENCIONES DE USO DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS DE ADOLESCENTES EN EL TERCER TRIMESTRE DE
EMBARAZO

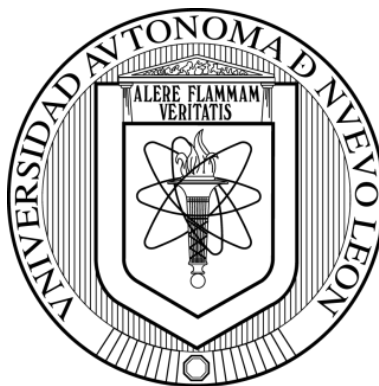
Por:

LIC. DIEGO RAMÓN MEDELLÍN MORENO

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

AGOSTO, 2020

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



NORMAS SUBJETIVAS E INTENCIONES DE USO DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS DE ADOLESCENTES EN EL TERCER TRIMESTRE DE
EMBARAZO

Por:

LIC. DIEGO RAMÓN MEDELLÍN MORENO

Director de Tesis:

RAQUEL ALICIA BENAVIDES TORRES, PhD

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

AGOSTO, 2020

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



NORMAS SUBJETIVAS E INTENCIONES DE USO DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS DE ADOLESCENTES EN EL TERCER TRIMESTRE DE
EMBARAZO

Por:

LIC. DIEGO RAMÓN MEDELLÍN MORENO

Co-Director de Tesis:

DRA. ROSALVA DEL CARMEN BARBOSA MARTÍNEZ

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

AGOSTO, 2020

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



NORMAS SUBJETIVAS E INTENCIONES DE USO DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS DE ADOLESCENTES EN EL TERCER TRIMESTRE DE
EMBARAZO

Por:

LIC. DIEGO RAMÓN MEDELLÍN MORENO

Asesor Estadístico:

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD

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

AGOSTO, 2020

NORMAS SUBJETIVAS E INTENCIONES DE USO DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS DE ADOLESCENTES EN EL TERCER TRIMESTRE DE
EMBARAZO

Aprobación de Tesis

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD

Director de Tesis

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD

Presidente

Dra. Rosalva del Carmen Barbosa Martínez

Secretario

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez

Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por otorgarme la beca para poder continuar con mi desempeño profesional.

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, a la Dirección de la Facultad y a la Subdirección de Posgrado e Investigación, por haberme aceptado en el programa de Maestría en Ciencias de Enfermería y así poder seguir preparándome en la Ciencia de Enfermería.

Al Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud (CIDICS), por abrirme sus puertas y darme un lugar para el trabajo y desarrollo de mi tesis.

A mi directora de tesis Raquel Alicia Benavides Torres, PhD., por su valiosa enseñanza y asesoría para poder culminar la investigación, compartir su conocimiento conmigo y tenerme paciencia en mi aprendizaje, el cual siempre fue guiado por su gran calidez como persona y por motivarme a nunca darme por vencido.

A mi co-asesora e integrante del comité de tesis Dra. Rosalva del Carmen Barbosa Martínez, por ser de gran apoyo en mí desarrollo profesional y su infinita amabilidad.

A la Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez integrante del comité de tesis, por sus valiosas observaciones y críticas, que me ayudaron a desarrollar y mejorar mi trabajo, además de su apoyo personal que me impulsó a seguir adelante.

A todos los docentes del programa de Maestría en Ciencias de Enfermería, por compartir sus conocimientos conmigo y por haber sido parte de mí desarrollo profesional.

A la Dra. Miriam Patricia Pardo Torres profesor de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, por aceptarme durante mi estancia de investigación, por compartir conmigo sus conocimientos y experiencia en enfermería.

Al Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, por abrirme sus puertas para el desarrollo de mi investigación y a cada una de las participantes que me brindaron su tiempo y disposición para el estudio de investigación.

A mis compañeros y amigos de maestría Raúl, Karla, Diana, Monse y Zahira, que siempre me apoyaron en todo momento durante este proceso tanto en las buenas como en las malas. A Rubi, por ser una gran amiga y un gran apoyo durante estos dos años. A Stella, por apoyarme y darme ánimos en todo momento. A Natalia Manjarres gran persona con gran calidez, por brindarme su conocimiento y su apoyo.

Pasantes de licenciatura en Enfermería Dayanna y Lesly, por brindarme su colaboración durante el estudio de investigación.

A las personas que ya no están en mi vida pero que en su momento me motivaron a no darme por vencido, por marcar un antes y un después en mi crecimiento personal. A mi psicólogo Carlos, por su gran trabajo y disposición para ayudarme en mis momentos más vulnerable y por motivarme a seguir adelante.

Dedicatoria

Me llena de orgullo poder dedicar este gran logro que implicó muchas cosas tanto buenas como malas, a mis padres Ramón Medellín y Genoveva Moreno, que por ellos soy el hombre que soy, quienes me motivan, me alientan a ser mejor cada día, tanto como persona como profesional, de no ser por ellos yo no estaría aquí cumpliendo este sueño que se hizo realidad con mucho esfuerzo y trabajo duro. A mis hermanos Samuel y Paulina, y mi cuñada Lorena, por apoyarme durante todo este proceso y su gran apoyo incondicional, por las risas que tuvimos juntos en mis momentos difíciles y por ser parte importante de este gran logro.

A los honorables miembros de la Noble y Real Hermandad, Jorge, Alfonso e Iván, por ser algo más que mejores amigos, ser parte de la familia que escogí, mis hermanos, por su gran apoyo incondicional, en las buenas, en las malas, en las peores y en las mejores, por siempre estar ahí, dispuestos a escuchar y criticar constructivamente, por ser parte fundamental de mi crecimiento personal y profesional.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	1
Introducción	1
Marco Conceptual	5
Estudios Relacionados	9
Objetivo General	12
Definición de Términos	12
Capítulo II	14
Metodología	14
Diseño del Estudio	14
Población, Muestra y Muestreo	14
Criterios de Inclusión	14
Instrumentos de Medición	15
Procedimiento de Recolección de Datos	16
Consideraciones Éticas	17
Estrategia de Análisis de Datos	18
Capítulo III	20
Resultados	20
Características de los Participantes	20
Estadística Descriptiva	22
Consistencia Interna de los Instrumentos	28
Estadística Inferencial	29
Capítulo IV	31
Discusión	31
Limitaciones	34
Conclusiones	35

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Recomendaciones	35
Referencias	36
Apéndices	42
A. Cédula de Datos Personales y Antecedentes Maternos	43
B. Escala de Provisión Social Adaptada para la Anticoncepción	44
C. Escala de Intención de Uso de Métodos Anticonceptivos	49
D. Consentimiento Informado de Padre/Madre/Tutor	51
E. Asentimiento Informado para Menor de 18 años	53

Lista de Figuras

Figuras	Página
1. Estructura conceptual-teórico-empírica	8

Lista de Tablas

Tablas	Página
1. Características de la familia, pareja, proveedor de salud y uso previo de métodos anticonceptivos	21
2. Estadística descriptiva y resultado de la prueba Kolmogorov-Smirnov para las variables de estudio	23
3. Normas subjetivas para el uso de métodos anticonceptivos (familia, pareja y proveedor de salud)	25
4. Intención de uso de métodos anticonceptivos	27
5. Consistencia interna de los instrumentos	28
6. Correlaciones entre antecedentes maternos (edad, escolaridad, número de embarazos) y normas subjetivas para el uso de métodos anticonceptivos (familia, pareja, proveedor de salud) con las intenciones de uso de métodos anticonceptivos	30

Resumen

Diego Ramón Medellín Moreno
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de graduación: Agosto, 2020

Título del estudio: NORMAS SUBJETIVAS E INTENCIONES DE USO DE
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE ADOLESCENTES EN
EL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO

Número de páginas: 53

Candidato para obtener el Grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería

LAGC: Sexualidad responsable y prevención de ITS-VIH/SIDA

Objetivo y Método del Estudio: El estudio de investigación utilizó conceptos de la Teoría de Acción Razonada y Conducta Planeada de Fishbein y Ajzen (1975; 1980; 1988; 1991). El objetivo fue establecer la relación de los antecedentes maternos (edad, escolaridad, número de embarazos) de la adolescente embarazada y las normas subjetivas para el uso de métodos anticonceptivos (familia, pareja, proveedor de salud) con la intención de uso de métodos anticonceptivos (no hormonales, hormonales de corta y mediana duración, larga duración) en la adolescente en el tercer trimestre de embarazo. Utilizó un diseño descriptivo correlacional, el muestreo fue por censo y la muestra estuvo conformada por 95 adolescentes embarazadas, estimado para una prueba de correlación con coeficiente $r = .30$, nivel de significancia de $.05$ y una potencia de prueba estadística del 85%. Se utilizaron dos instrumentos (Escala de provisión social para el uso de métodos anticonceptivos y Escala de intención de uso de anticonceptivos) y una cédula de datos personales y antecedentes maternos. Para el análisis de los datos se utilizó la prueba de correlación de Spearman y medidas de tendencia central.

Resultados y Conclusiones: La media fue de 16 años, el 70.2% había concluido la secundaria y el 93.7% se encontraba cursando su primer embarazo. En cuanto a la relación que existe entre los antecedentes maternos y la intención de uso de métodos anticonceptivos, se encontró que la escolaridad tiene una correlación débil significativa ($r_s = .27, p < .01$) con la intención de uso de hormonales de corta y mediana duración. Con respecto a la relación que existe entre las normas subjetivas para el uso de métodos anticonceptivos y la intención de uso de métodos anticonceptivos, se encontró que las normas subjetivas de la familia tiene una correlación débil significativa con la intención de uso ($r_s = .31, p < .01$) y con la intención de uso de no hormonales ($r_s = .20, p < .05$); se encontró una correlación débil significativa entre las normas subjetivas de la pareja y la intención de uso ($r_s = .25, p < .05$); en relación a las normas subjetivas del proveedor de salud, se encontró una correlación débil significativa con la intención de uso ($r_s = .22, p < .05$) y la intención de uso no hormonales ($r_s = .26, p < .05$). El estudio contribuye a que el personal de enfermería pueda sugerir programas de prevención y promoción en la adolescente, enfocados a crear redes apoyo en el que se involucre la familia y la pareja, para aumentar el uso de métodos anticonceptivos, especialmente los reversibles de larga duración, ya que son los más recomendados para este grupo etario.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

Los embarazos en adolescentes son un problema de salud grave. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) estima que 16 millones de mujeres de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de adolescentes menores de 15 años dan a luz cada año, siendo en su mayoría en países de ingresos bajos y medios. A nivel mundial, la tasa de fecundidad es de 46 nacimientos por 1,000 adolescentes de 15 a 19 años y en América Latina, esta tasa ocupa el segundo lugar entre las más elevadas con un total de 66.5 nacimientos por 1,000 adolescentes de 15 a 19 años en el período de 2010-2015 (Organización de las Naciones Unidas, 2015). El embarazo en la adolescencia es uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza (OMS, 2018).

En México, este problema es aún mayor que en América Latina. El Instituto Nacional de las Mujeres (INMujeres, 2019), reporta una tasa de fecundidad de 77 nacimientos por cada 1,000 mujeres adolescentes entre 15 y 19 años de edad. El país ocupa el primer lugar en embarazos adolescentes de los países que conforman la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. La atención requerida por las adolescentes embarazadas representa costos elevados para las instituciones de salud, dado el alto riesgo de complicaciones que representa para las adolescentes y sus hijos. Las madres adolescentes tienen mayor riesgo de experimentar pobreza, marginación y condiciones inadecuadas para el desarrollo humano, el mayor riesgo son las complicaciones del parto, parto prematuro y mortalidad materna. La tasa de mortalidad materna en este grupo de edad es 34.6 muertes por cada 100 mil nacidos vivos (INMujeres, 2017; Hubert et al., 2018).

En el estado de Nuevo León, la tasa de fecundidad de embarazo en adolescentes de 15-19 años de edad es de 63.6 nacimientos por cada 1,000 mujeres (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2020). Además, es el grupo de edad en el cual se reportan

más embarazos, siendo 16,000 nacimientos en el año del 2018 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2018).

Existen factores que se relacionan con el embarazo en adolescentes, uno de los principales es el inicio temprano de la vida sexual, que en las mujeres es de 15.9 la edad de inicio. Aunado a que las mujeres de 15 a 19 años representan el grupo más grande en edad reproductiva, con el 17% del total. La educación es otro factor ya que las adolescentes con grado máximo de estudios de primaria completa tienen una tasa de fecundidad tres veces más alta que las que han asistido a preparatoria. En cuanto a la ocupación, quienes no trabajan y que viven en zonas con alto grado de marginación, tienen mayores tasas de fecundidad (Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes [ENAPEA], 2016).

El embarazo en la adolescencia tiene repercusiones sociales y económicas negativas (OMS, 2018), mayor riesgo de depresión, deserción escolar y disminución de la autosuficiencia económica de la madre (Villalobos et al., 2015). Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años, en todo el mundo. También, otros riesgos a la salud, son el aumento de peso, hipertensión, preeclampsia, anemia, infecciones de transmisión sexual y desproporciones cefalopélvicas causantes de muerte para la madre como para el hijo (Reyes, 2014).

La mayoría de las adolescentes no utiliza los servicios de salud disponibles para recibir consejería de anticoncepción, siendo sus amigos y parejas las principales fuentes de información acerca de los métodos anticonceptivos (Correia et al., 2015). Chacko et al. (2016) mencionan que el embarazo repetido por falta de uso de métodos anticonceptivos es más común entre las madres adolescentes que tienen los siguientes factores: reanudaron las relaciones sexuales inmediatamente después del parto, son más jóvenes que el padre de su hijo, viven con una pareja que no es el padre de su hijo, no están relacionadas con el padre de su hijo tres meses después del parto, parto prematuro,

embarazo adolescente previo, han sufrido violencia de pareja dentro de los tres meses posteriores al parto y han abandonado la escuela.

La evidencia muestra que para las adolescentes embarazadas es crítico prevenir un embarazo repetido y existen diferentes opciones anticonceptivas seguras y efectivas; que pueden iniciarse en cualquier momento después del parto e incluso inmediatamente después del parto (Center for Disease Control and Prevention [CDC], 2012). Un estudio reportó que el 72.2% de las participantes conoce el condón masculino y es el método anticonceptivo más usado, seguido de la píldora con 18.2% y la inyección Depo-Provera con 2.3% (Ortiz et al., 2014). Lo anterior demuestra, que optan por las opciones no hormonales y las de corta y mediana acción hormonal, las cuales se consideran menos efectivas para este grupo de edad.

Los métodos anticonceptivos se pueden dividir en tres categorías, métodos no hormonales (NH), que incluyen, el condón masculino y femenino, abstinencia, coito interrumpido y los métodos naturales; los métodos de corta y mediana acción hormonal (SMH, por sus siglas en inglés) como las pastillas anticonceptivas hormonales, la pastilla de emergencia, el parche transdérmico, anillo vaginal y los inyectables; y por último los métodos reversibles de larga duración (LARC, por sus siglas en inglés) que incluyen el DIU (Dispositivo intrauterino) e implante subdérmico. De acuerdo al Congreso Americano de Obstetras y Ginecólogos, la Academia Americana de Pediatras y la Sociedad para la Salud del Adolescente y Medicina, recomiendan desde el 2012 los LARC como métodos anticonceptivos de primera línea para las adolescentes (Meglio, Crowther, & Simms, 2018).

Los métodos anticonceptivos han sido poco utilizados por parte de las adolescentes, una de las principales razones podría ser que no perciben aprobación por parte de los referentes importantes, entendiendo éstos como, la familia, la pareja y el proveedor de salud. La familia es la base principal entre la sociedad y la adolescente, en donde se transmiten valores y se orienta para la toma de decisiones (Lavielle et al., 2014).

La pareja también es un referente importante, ya que ésta influye en la conducta de utilizar métodos anticonceptivos (Chacko et al., 2016). Si la adolescente percibe que sus referentes importantes aprueban su conducta anticonceptiva es más probable que sea mayor su motivación para utilizarlos (Fishbein & Ajzen, 1975; 1980; 1988; 1991). El proveedor de salud es otro referente importante, porque éste la acompaña durante el control prenatal (Wilson, Fowler, & Koo, 2013) y de acuerdo con la Guía de Práctica Clínica (2017) del control prenatal con atención centrada en la paciente, las adolescentes deben acudir mínimo a cinco consultas prenatales y en todas las consultas se debe realizar consejería sobre planificación familiar.

Siguiendo en el mismo orden de ideas, la Teoría de Acción Razonada y Conducta Planeada, la percepción de aprobación de referentes importantes, lo cual denominan norma subjetiva, se relaciona con la intención que a su vez influye en la conducta de llevarla a cabo (Ajzen & Fishbein, 1975, 1980). La teoría postula que el sujeto actúa conscientemente tomando como base la percepción de aprobación de referentes importante y la intención de realizar una conducta, para que sea más probable que se lleve a cabo la conducta en cuestión (Perlman & Cozby, 1985; Reyes, 2007).

Existe escasa evidencia en las intenciones de uso de anticonceptivos en las adolescentes embarazadas. Un estudio indica que la intención de una adolescente embarazada durante el periodo prenatal de usar anticoncepción hormonal posparto es un requisito previo para iniciar una anticoncepción hormonal posparto efectiva (Chacko et al., 2016). Las normas subjetivas son un buen predictor de la intención, sin embargo, poco abordadas en adolescentes embarazadas. Existe una brecha en la literatura con respecto a los factores que influyen en las intenciones de las adolescentes embarazadas para elegir métodos anticonceptivos menos efectivos después del parto en comparación con los indicados para este grupo de edad, que son los reversibles de larga duración; por lo tanto, determinar estos factores ayudará a dirigir las intervenciones para el inicio oportuno de métodos anticonceptivos en el posparto (Hernández et al., 2012).

Conocer la relación entre las variables, normas subjetivas para el uso de métodos anticonceptivos y la intención de uso para métodos anticonceptivos, permitirá generar conocimiento para el desarrollo de intervenciones de enfermería enfocadas a involucrar redes de apoyo social importantes para la adolescente embarazada, de tal manera que se pueda incrementar el uso de métodos anticonceptivos en este de grupo de riesgo.

Marco Conceptual

Se utilizaron conceptos de la Teoría de Acción Razonada y Conducta Planeada (TBP, por sus siglas en inglés) de Fishbein y Ajzen (1975; 1980; 1988; 1991). La TBP concibe al ser humano como un ser racional que procesa la información o la utiliza sistemáticamente, lo visualiza como un tomador racional de decisiones, que se comporta en función de la valoración que realiza de su comportamiento y de las expectativas que tiene sobre su comportamiento en torno a obtener determinados resultados (Fishbein & Ajzen, 1975; 1980; 1988; 1991).

Este modelo integra factores actitudinales y comportamentales para explicar conductas saludables (Fishbein & Ajzen, 1975; 1980; 1988; 1991). El objetivo de la teoría es explicar una conducta saludable en función de una intención comportamental. A su vez la intención del sujeto de llevar a cabo cierto comportamiento está en función de dos determinantes: las creencias conductuales que son de naturaleza personal y las creencias normativas que son el reflejo de la influencia social. Asimismo, estos dos determinantes están relacionados por los factores de fondo que pueden ser individuales y sociales. Para fines de este estudio solo se abordaron los factores de fondo, creencias normativas y la intención.

Factores de fondo.

Los factores de fondo son las características individuales (edad, género, escolaridad, personalidad, temperamento, inteligencia y valores), sociales (cultura, etnicidad, raza, religión y economía) y la exposición a los medios de comunicación u otras fuentes de información (Ajzen, 1988). Sin embargo, los autores mencionan que si

se requiere considerar un factor de fondo, se deben tener razones para creer que la exposición a ese factor pudo tener diferentes experiencias y por lo tanto puede haber formado diferentes creencias relevantes para la conducta. Para fines de este estudio se consideraron la edad, la escolaridad y el número de embarazos previos, mismos que se nombran como antecedentes maternos de la adolescente embarazada.

Creencias normativas.

Se refieren a las expectativas de conducta percibidas por el individuo o grupos referentes importantes como, el cónyuge, la familia y/o los amigos de la persona. La creencia normativa es el entorno social del individuo, en el cual se combina la motivación de cumplir con el referente social importante, que contribuye a que la persona realice una conducta en cuestión (Ajzen, 2019). Las creencias que influyen en la percepción de la presión social del individuo y en su motivación se llaman normas subjetivas; entre más poderosa sea la norma o presión, la intención será más fuerte (Ajzen, 1988; Fishbein & Ajzen, 1975). Para fines de este estudio se consideraron las normas subjetivas para el uso de métodos anticonceptivos de la familia, pareja y proveedor de salud.

Intención.

La intención es la disposición de una persona para realizar una conducta dada, y ésta se considera como el antecedente inmediato de la conducta. La intención se basa en la actitud hacia la conducta y la norma subjetiva, y su influencia es moderada por el control percibido de la conducta (Ajzen, 2019). Las intenciones se refieren al plan de acción de las personas y expresan su motivación para realizar una conducta. La intención se considera el mejor predictor sobre si una persona realmente se involucrará o no en una conducta específica. En el caso del presente estudio se abordaron la intención para el uso de métodos anticonceptivos.

De acuerdo a lo anterior se puede decir que, los antecedentes maternos de la adolescente embarazada como la edad, la escolaridad y el número de embarazos previos,

las normas subjetivas para el uso de métodos anticonceptivos de referentes importantes como la familia, pareja y proveedor de salud se relacionan con las intenciones de uso de métodos anticonceptivos de las adolescentes embarazadas. Así, la norma subjetiva es vista como un factor fuertemente relacionado con la intención para desempeñar la conducta, que en este caso, sería el uso de métodos anticonceptivos en posparto. En cuanto a la norma subjetiva se considerará la percepción de la adolescente sobre lo que ella cree que debería de hacer para sentir la aprobación de su familia, pareja y proveedor de salud para el uso de métodos anticonceptivos. En la figura 1, se presenta la estructura conceptual-teórico-empírica para las variables que se utilizarán en el presente estudio.

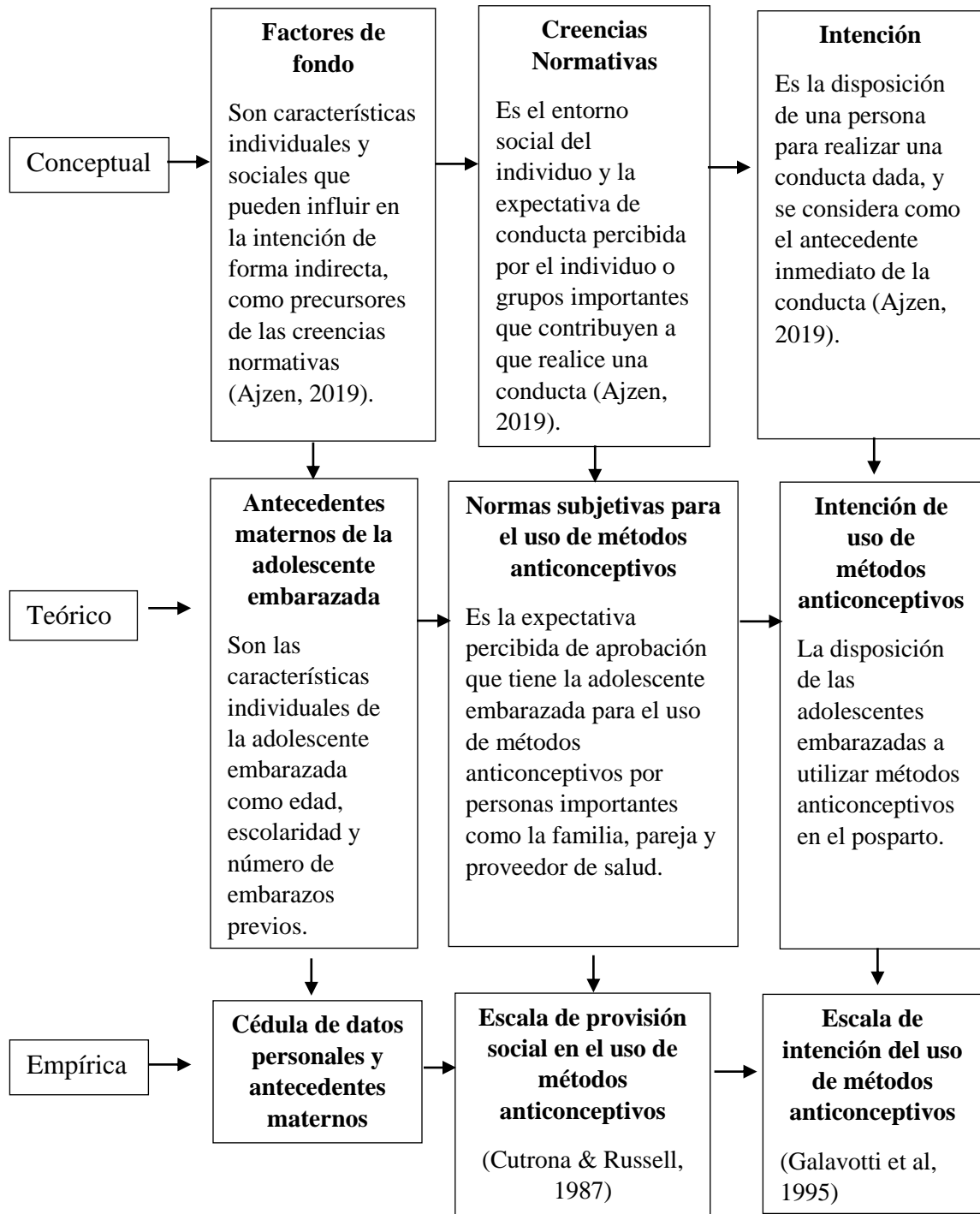


Figura 1. Estructura conceptual-teórico-empírica.

Estudios Relacionados

A continuación, se describen los estudios relacionados que aportan evidencia sobre las variables de estudio, antecedentes maternos, normas subjetivas e intención de uso de métodos anticonceptivos. Para la variable norma subjetiva se considerarán estudios sobre apego o percepción de apoyo debido a que no se encontraron estudios sobre normas subjetivas y estas son variables similares. Al final se presenta el apartado de síntesis general.

Chacko et al. (2016) realizaron un estudio descriptivo correlacional para determinar la intención de usar un método anticonceptivo en el posparto, en una muestra de 247 adolescentes de 15 a 18 años de un programa prenatal. Los autores reportan que sólo el 23% tiene intención a LARC. Las adolescentes de 15-16 años tienen 39% de intención de usar NH, las de 17 años tienen 40.7% de intención a utilizar NH y las adolescentes de 18 años un 50% tiene intención a usar LARC. Las que cursaron menor o igual a 9° grado tienen 31.1% de intención a usar anticonceptivos SMH, las de 10 mo.-11vo. grado un 64.4% a usar NH, las adolescentes de 12mo. grado reportan 25% a utilizar LARC, las adolescentes de >12vo. grado reportan 14.3% de intención a usar NH.

Además, los autores reportan que las adolescentes que tienen uno o más hijos reportan 28.6% de intención a usar LARC. Otro dato importante reportado fue que las que no han hablado con los padres sobre anticoncepción, reportan 60.3% de intención a utilizar NH. Se reportó que cuando la pareja es importante en la decisión anticonceptiva, existe 73.2% de intención a utilizar LARC; si la pareja desapruueba el uso del DIU o el implante se reporta un 71.2% en la intención a usar NH.

Kim, Connolly y Tamim (2014), en un estudio en el que se realiza un análisis secundario de una encuesta de experiencia materna en una muestra de 6,421 mujeres adolescentes y adultas, de las participantes 288 son madres adolescentes entre 15-19 años. Los autores reportan que el 65% de las adolescentes percibieron apoyo de

referentes importantes todo el tiempo durante el embarazo y el 51.8% reporta percibir apoyo por parte de la pareja u otra persona importante.

Peter et al. (2017), en un estudio transversal con una muestra de 871 mujeres embarazadas de 10 - 19 años de edad, obtuvieron que las adolescentes de 18 - 19 años reportaban mayores puntajes de apoyo social percibido de referentes importantes $M = 17.8 \pm 3.3$ en la dimensión emocional (aceptar y satisfacer las necesidades sociales básicas) y $M = 18.0 \pm 3.1$ en la dimensión informativa (proporcionar información para ayudar a resolver problemas). Quienes estudiaron menos de 5 años, presentan mayor percepción de apoyo de otros en la dimensión tangible (proporcionar recursos financieros y materiales) con una $M = 18.1 \pm 3.1$, los que tuvieron entre 5 y 7 años de educación perciben mayor apoyo de otros, en las dimensiones afectiva (muestras de afecto y aceptación) con una $M = 14.1 \pm 2.0$, en la emocional con una $M = 17.9 \pm 3.5$, en la informativa con una $M = 18.0 \pm 3.1$ y en la de interacción social positiva (relación entre otros grupos de su entorno social) una $M = 17.9 \pm 3.3$.

También se reporta que las que no viven con la pareja reportan mayor aprobación en la dimensión afectiva $M = 14.1 \pm 1.9$, las que no son primíparas reportan mayor aprobación de otros en las dimensiones afectiva con una $M = 13.8 \pm 2.2$, en la emocional una $M = 17.3 \pm 3.6$, en la informativa una $M = 17.5 \pm 3.4$ y en la de interacción social positiva una $M = 17.5 \pm 3.3$.

Yurdakul (2018), en un estudio descriptivo con una muestra de 127 adolescentes embarazadas de 15 - 19 años, examinó el nivel y la fuente de la percepción de aprobación en ellas y los factores relacionados a su percepción de aprobación. Reporta que las adolescentes con el nivel de preparatoria completo ($M = 15.57 \pm 5.98$) percibían mayor aprobación por parte de una persona especial que las adolescentes que no habían estudiado ($M = 9.75 \pm 4.07$, $p = .013$); también se reporta que la adolescente que vive en una familia extendida presenta mayor percepción de aprobación por parte de una

persona especial ($M = 12.56 \pm 6.12$) que las que viven en una familia nuclear ($M = 10.41 \pm 5.04$, $p = .031$).

Weisband, Keder, Keim y Gallo (2017), evaluaron la intención anticonceptiva e identificaron la correlación de las mujeres en posparto que planean ofrecer lactancia materna y las que no planean ofrecer lactancia materna, usando una muestra por conveniencia de 100 mujeres antes del parto en un hospital universitario de 18 a 35 años de edad. Los autores reportan que las mujeres que planean ofrecer lactancia materna hasta los seis meses, presentan el 91% de las mujeres tiene intención de usar anticoncepción, de las cuales el 24% tiene la intención a usar el dispositivo intrauterino (DIU), seguido del condón con 23%, el 12% métodos anticonceptivos orales combinados y el resto otros métodos.

El 39% planea usar un método anticonceptivo entre la sexta semana y seis meses después del parto. La intención de usar anticoncepción antes de los seis meses posparto se incrementa con la edad de las mujeres ($OR = 1.2$, $IC\ 95\% = 1.0-1.3$). El 57% reporta que recibió consejería durante el cuidado prenatal. Las mujeres que no usaron alguna vez anticoncepción ($OR = 5.1$, $IC\ 95\% = 1.0-25.5$) tienen mayor probabilidad de no tener intención a usar métodos anticonceptivos antes de los seis meses posparto.

Tang, Dominik, Re, Brody y Stuart (2013), en un ensayo clínico aleatorizado, evaluaron las características asociadas con la intención a usar LARC entre 800 mujeres en el posparto de 14 a 45 años en un hospital de Carolina del Norte. Reportaron que las mujeres de 14 a 17 años que son primíparas tienen 50% de intención a usar LARC ($ARR = 1.2$, $IC\ 95\% = 0.8-1.8$, $p < .01$) este dato indica que las adolescentes tienen mayor probabilidad de intención a usar LARC al momento del alta hospitalaria. Las mujeres de 18 - 25 años que son primíparas tienen 34.3% de intención a utilizar los LARC y las mujeres en el mismo rango de edad que son multíparas tienen 52.7% de intención a usar los LARC.

A manera de síntesis, existen pocos estudios sobre la percepción de aprobación en las adolescentes embarazadas en relación con las intenciones, sin embargo, se han encontrado antecedentes que pueden influir tanto en las intenciones como en la percepción de aprobación de otros como la edad, la educación y el número de hijos. Existe incongruencia en la edad del uso de métodos anticonceptivos, ya que en un estudio se refiere que a mayor edad mayor uso de anticonceptivos y en otro se indica lo contrario que a menor edad existe mayor probabilidad de uso de anticonceptivos LARC. Las adolescentes embarazadas presentan normas subjetivas de la madre, de la pareja y del proveedor de salud, sin embargo, estas no se han relacionado con la intención de uso de métodos anticonceptivos. La mayoría de los estudios aborda las variables de estudio por separado, por lo que es interesante investigar la relación de estas variables.

Objetivo General

Establecer la relación de los antecedentes maternos de la adolescente embarazada (edad, escolaridad y número de embarazos) y las normas subjetivas para el uso de métodos anticonceptivos (familia, pareja y proveedor de salud) con la intención para uso de métodos anticonceptivos (No hormonales [NH], corta y mediana [SMH] y larga duración [LARC]) en la adolescente en el tercer trimestre de embarazo.

Objetivos específicos.

1. Describir los antecedentes maternos de la adolescente embarazada.
2. Identificar las normas subjetivas para el uso de métodos anticonceptivos de la adolescente embarazada.
3. Conocer las intenciones de uso de métodos anticonceptivos de la adolescente embarazada.

Definición de Términos

Antecedentes Maternos de la Adolescente Embarazada. Incluye la edad, escolaridad y número de embarazos.

Edad: son los años cumplidos de la madre adolescente al momento de ser entrevistada. La cual será medida con una pregunta en la cédula de datos.

Escolaridad: son los años que ha recibido educación formal, a lo largo de su vida hasta la actualidad. La cual será medida con una pregunta en la cédula de datos.

Número de embarazos: es el número total de embarazos previos de la adolescente, hasta el momento de la entrevista. La cual será medida con una pregunta en la cédula de datos.

Normas subjetivas para el uso de métodos anticonceptivos. Son la expectativa percibida de aprobación que tiene la adolescente embarazada para el uso de métodos anticonceptivos por personas importantes como la familia, pareja y proveedor de salud. La cual será medida por la Escala de Provisión Social adaptada para la Anticoncepción (Caudillo, 2016).

Intención de uso de métodos anticonceptivos. Es la disposición de las adolescentes embarazadas a utilizar métodos anticonceptivos en el posparto (NH, SMH y LARC). La cual será medida por la Escala de Intención de Uso de Anticonceptivos (Manjarres, 2019).

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se describe la metodología estudio. Se presenta el diseño del estudio, población, muestra, muestreo, criterios de inclusión, instrumentos, procedimiento de recolección de datos, consideraciones éticas y por último la estrategia de análisis de datos.

Diseño del Estudio

Para el presente trabajo de investigación se utilizó un diseño de estudio descriptivo-correlacional (Burns & Grove, 2012) ya que se describieron las variables de estudio y se establecieron las relaciones entre los antecedentes maternos de la adolescente embarazada, las normas subjetivas para el uso de métodos anticonceptivos y las intenciones para uso de métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas.

Población, Muestra y Muestreo

La población estuvo conformada por adolescentes embarazadas menores de 18 años, que se encontraban cursando el tercer trimestre de gestación y llevaron su control prenatal en un hospital de tercer nivel de atención en el área metropolitana de Monterrey. El tamaño de la muestra fue de 95 participantes, calculada en el programa nQuery Advisor, para una prueba de correlación con coeficiente $r = .30$, nivel de significancia de .05 y una potencia de prueba estadística del 85%. Este estudio fue por censo ya que se acudió a la consulta de control prenatal y se abordó a todas las adolescentes que cumplieron los criterios de inclusión hasta completar la muestra.

Criterios de Inclusión

Adolescentes embarazadas que acudieron a la consulta prenatal acompañadas de su padre/madre/tutor.

Instrumentos de Medición

A continuación, se describen los instrumentos que se emplearon para medir las variables de estudio. Se aplicaron dos instrumentos y una cédula de datos personales y antecedentes maternos, en formato de lápiz y papel.

Cédula de datos personales y antecedentes maternos.

Se utilizó una cédula de datos personales y antecedentes maternos (Apéndice A) la cual fue realizada por el autor del presente estudio para medir las variables sociodemográficas, en donde se incluye, edad, escolaridad y número de embarazos. La cédula de datos personales y antecedentes maternos tiene dos reactivos con respuestas abiertas y una tipo Likert, solo tiene tres reactivos, un ejemplo de reactivo es la edad, donde la respuesta es abierta.

Normas subjetivas para el uso de métodos anticonceptivos (familia, pareja y proveedor de salud).

Para evaluar las normas subjetivas para el uso de métodos anticonceptivos, se utilizó la escala de provisión social para el uso de métodos anticonceptivos, la cual fue adaptada de la Social Provision Scale (Cutrona & Russell, 1987), por Caudillo (2016), de la cual se utilizó la versión corta de 10 reactivos (Apéndice B). Esta escala mide la percepción de aprobación por parte de la familia, pareja y proveedor de salud para el uso de métodos anticonceptivos en la adolescente. La escala es tipo Likert e indagan sobre la percepción de aprobación por parte de la familia, pareja y proveedor de salud. Cabe mencionar que las preguntas se adaptaron para el contexto de la adolescente embarazada (ej. la relación con mi familia me hace sentir seguridad de que es menos probable embarazarme se adaptó de la siguiente forma la relación con mi familia me hace sentir seguridad de que es menos probable de volver a embarazarme).

Las respuestas están en escala tipo Likert de 1 a 5; 1= totalmente en desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3= ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4= de acuerdo y 5= totalmente de acuerdo. Con una puntuación total de 10 a 50. Las puntuaciones mayores indican mayor

percepción de apoyo para el uso de métodos anticonceptivos. La escala reportó un Alfa de Cronbach de .88 (Caron, 1996). Además, se añadieron 5 reactivos sobre los referentes importantes de la adolescente para describir esta variable, los cuales no son parte del puntaje del instrumento.

Escala de intención de uso de métodos anticonceptivos.

La intención de uso de métodos anticonceptivos fue evaluada con la escala de intención de uso de métodos anticonceptivos (Galavotti et al., 1995), la cual fue adaptada por Manjarres (2019); la escala mide la intención a usar métodos anticonceptivos (Apéndice C). Esta escala tipo Likert consta de 10 reactivos. Un ejemplo de reactivo es, ¿Qué tan probable es que empieces a utilizar un método anticonceptivo cuando nazca tu bebé?

Las respuestas van de 0= extremadamente probable que no lo haré a 7= extremadamente probable que si lo haré. Las puntuaciones más altas, indican mayor intención a usar métodos anticonceptivos. Para la intención de uso en general se utilizó el reactivo no. 1, para intención de los NH se utilizaron los reactivos No. 8, 9 y 10, para la intención de los SMH se utilizaron los reactivos No. 2, 3, 4 y 5, y para los de LARC se utilizaron por separado los reactivos No. 6 para DIU y No. 7 para implante, por lo cual no se reporta el Alfa de Cronbach de estos ítems. Se reporta un Alfa de Cronbach de .70 a .79 (Manjarres, 2019).

Procedimiento de Recolección de Datos

Se solicitó la aprobación de los comités de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Se obtuvo la autorización de los directivos de la institución de tercer nivel y del departamento de Ginecología y Obstetricia donde se realizó la recolección de los datos. Una vez obtenida la aprobación se solicitó en la consulta prenatal el registro de pacientes para localizar a las participantes, posterior a ello se abordó a la participante y al padre/madre/tutor para invitarla a participar en el estudio, se les explicó el objetivo del

estudio y a quienes aceptaron participar y que padre/madre/tutor estuvo de acuerdo se les entregó el consentimiento informado (Apéndice D) el cual fue firmado por el padre/madre/tutor y el asentimiento (Apéndice E) fue firmado por la adolescente.

En caso que no acudiera acompañada de su padre/madre/tutor no se le invitó a participar ya que no cumplía con el criterio de inclusión. Posteriormente se llevó a la adolescente a un área específica previamente asignada de la sala de consulta prenatal cuidando su privacidad y confidencialidad para aplicar los instrumentos; cuidando siempre estar acompañada de un testigo durante el llenado de los mismos. El llenado se realizó antes del inicio de la consulta prenatal, esto para que no presentara interferencia en su consulta, en caso de no concluir el llenado de los instrumentos, se le contactó al finalizar la consulta para que los terminara. Al concluir el llenado de los instrumentos fueron resguardados en un sobre para el posterior vaciado en la base de datos, al finalizar se le agradeció a la participante por su tiempo, además se le entregó un tríptico con información sobre métodos anticonceptivos y se le explicó el contenido del mismo.

Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegó a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SSA], 1987; Última reforma Diario Oficial de la Federación [DOF] 02-04-2014).

De acuerdo al Título Segundo, de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I, Artículo 13 que estipula el respeto a la dignidad, protección de los derechos y bienestar; se respetó al tratar a la participante con amabilidad, tomando en cuenta su comodidad y un lugar apropiado para la aplicación de los instrumentos, aunque el padre/madre/tutor acepten si ella no desea participar se respetó su decisión.

En cumplimiento del Artículo 14, fracción V y el Artículo 20 y 21, fracciones I, VI, VII y VIII y Capítulo III de la Investigación en Menores de Edad, Artículo 35 y 36, se entregó un consentimiento informado al padre/madre/tutor para que autorice la participación de la adolescente (Apéndice D) y un asentimiento a la adolescente

(Apéndice E). En este documento se explicó el propósito, los criterios de selección y procedimiento. Además, establece con claridad que la participación es voluntaria y que si la participante desea retirarse no tendrá ninguna sanción ni repercusión por parte de la institución donde acude a consulta. También se garantizó el anonimato y la confidencialidad de la información y se explicó que cuando se expongan los resultados se hablará de los participantes como grupo y no individualmente.

En cumplimiento del Artículo 14, fracción VII, el estudio fue sometido a aprobación por parte de los Comités de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y no fue implementado hasta contar con la aprobación de ambos comités.

En cumplimiento del Artículo 16, referente a la protección de la privacidad y confidencialidad, se protegió la privacidad de la participante ya que en los instrumentos sólo aparece un número de folio de identificación, omitiendo el nombre. De acuerdo al Artículo 17, fracción II, se considera un estudio de riesgo mínimo, ya que se tratan aspectos de percepción acerca del uso de métodos anticonceptivos, siendo estos un tema sensible. En el caso de que la participante se sintiera incómoda con el llenado de los mismos y lo haga saber pudo dejar de contestarlos, si la participante llegase a sentirse mal físicamente o emocionalmente al percibir que no cuenta con el apoyo de su familia o pareja, se le apoyó para tranquilizarla y posteriormente se le brindó información sobre donde puede recibir apoyo emocional por parte de un profesional en psicología.

Estrategia de Análisis de Datos

El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23.0. Se aplicó estadística descriptiva e inferencial para dar respuesta a los objetivos planteados. Las características sociodemográficas se analizaron mediante estadística descriptiva, frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central. Con la estadística inferencial se analizaron las variables independientes y asociaciones entre la dependiente. Se utilizó el Alpha de

Cronbach para determinar la confiabilidad de los instrumentos. Para el análisis de la distribución de las variables se utilizó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors.

Para cumplir con el objetivo general que es establecer la relación de los antecedentes maternos de la adolescente embarazada y las normas subjetivas para el uso de métodos anticonceptivos en la intención de uso de métodos anticonceptivos en la adolescente en el tercer trimestre de embarazo, se utilizó una prueba de correlación de Spearman para distribución no normal.

Para el objetivo específico uno, dos y tres que consiste en describir los antecedentes maternos de la adolescente embarazada, identificar las normas subjetivas para el uso de métodos anticonceptivos y conocer las intenciones de uso de métodos anticonceptivos, se utilizó la estadística descriptiva, mediante frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central.

Capítulo III

Resultados

En el presente capítulo se muestran los resultados de las características de los participantes y de las variables de estudio. Posteriormente los resultados del análisis realizado para evaluar la consistencia interna de los instrumentos. Además, los resultados de la Correlación de Spearman utilizada para responder al objetivo general y objetivos específicos.

Características de los Participantes

La muestra fue de 95 adolescentes embarazadas de la consulta prenatal de un hospital de tercer nivel de atención del área metropolitana de Monterrey. El estudio se conformó por adolescentes de 13 a 17 años ($M = 16.11$ años, $DE = 1.04$). En relación a la escolaridad el 70.2% concluyó la secundaria ($M = 8.49$ años de estudio, $DE = 1.68$). Con respecto al número de embarazos el 93.7% se encontraba cursando su primer embarazo ($M = 1.07$, $DE = .30$).

En la tabla 1, se presentan frecuencias y porcentajes de características de la familia, la pareja, el proveedor de salud y uso previo de métodos anticonceptivos, las cuales se incluyen al final de cada instrumento. El 38.9% de las participantes vive con la pareja y sus padres/suegros, el 56.5% de las adolescentes percibe mayor apoyo de su madre o suegra, el 83% ha recibido información sobre métodos anticonceptivos, del cual el 46.8% el lugar donde se recibió fue en el centro de salud y el personal de salud quien proporcionó la información fue el médico con 32.6%. En cuanto al uso previo de métodos anticonceptivos el 55.4% había utilizado los métodos anticonceptivos, de los cuales el condón fue el más utilizado con 46.8%.

Tabla 1

Características de la familia, pareja, proveedor de salud y uso previo de métodos anticonceptivos

Variable	<i>f</i>	%
Con quien viven		
Con la pareja solamente	31	32.6
Con la pareja y padres/suegros	37	38.9
Con ambos padres/mamá/papá y sin la pareja	21	22.1
Con hermanos/abuelos	6	6.4
Quien de la familia la apoya más		
Ambos padres	18	19.6
Madre o suegra solamente	52	56.5
Abuelos/hermanos	8	8.7
Toda la familia	13	14.1
Padre solamente	1	1.1
Ha recibido información sobre métodos anticonceptivos		
Sí	78	83.0
No	14	14.9
No contestó	2	2.1
Lugar donde recibió la información		
Centro de salud	44	46.8
Hospital	8	8.5
Escuela	23	24.5
Casa	3	3.2

Nota: *f* = Frecuencia, % = Porcentaje, *n* = 95.

(continúa)

Tabla 1

Características de la familia, pareja, proveedor de salud y uso previo de métodos anticonceptivos (continuación)

Variable	<i>f</i>	%
Lugar donde recibió la información		
No contestó	2	2.1
Personal de salud de quien recibió la información		
Enfermera	27	26.1
Médico	30	32.6
Trabajador social	3	3.3
Otro	18	19.6
Uso previo de métodos anticonceptivos		
Si	52	55.4
No	42	44.6
Método anticonceptivo utilizado		
Condón	44	46.8
Pastillas anticonceptivas	2	2.1
Píldora de emergencia	3	3.2
Abstinencia	1	1.1
Implante	1	1.1
Coito interrumpido	1	1.1

Nota: *f* = Frecuencia, % = Porcentaje, *n* = 95.

Estadística Descriptiva

En la tabla 2, se muestra la estadística descriptiva y el resultado de la prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S) con corrección de Lilliefors para las variables Antecedentes maternos (edad, escolaridad y número de embarazos), Normas Subjetivas

para el uso de métodos anticonceptivos (familia, pareja y proveedor de salud) e intención de uso de métodos anticonceptivos. Se puede apreciar que los datos no se distribuyen normalmente. En cuanto a las normas subjetivas para el uso de métodos anticonceptivos se pueden ver puntajes más altos para los padres y en cuanto a las intenciones de uso de métodos anticonceptivos se presenta valores por encima del punto intermedio para el DIU y el implante.

Tabla 2

Estadística descriptiva y resultado de la prueba Kolmogorov-Smirnov para las variables de estudio

Escala	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Mdn</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Antecedentes maternos							
Edad	16.11	1.04	16.00	13	17.00	.26	.001
Escolaridad	8.49	1.68	9.00	1	12.00	.31	.001
Número de embarazos	1.07	.30	1.00	1	3.00	.53	.001
Normas subjetivas para el uso de métodos anticonceptivos							
Familia	81.13	19.46	87.50	0	100.00	.17	.001
Pareja	76.18	26.99	85.00	0	100.00	.19	.001
Proveedor de salud	76.92	19.79	77.50	0	100.00	.13	.001

Nota: $n = 95$, *M* = Media, *DE* = Desviación Estándar, *Mdn* = Mediana, *Mín* = Mínimo, *Máx* = Máximo, *D^a* = Estadístico de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors. (continúa)

Tabla 2

Estadística descriptiva y resultado de la prueba Kolmogorov-Smirnov para las variables de estudio (continuación)

Escala	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Mdn</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Intención de uso de métodos anticonceptivos	92.03	20.06	100.00	0	100.00	.45	.001
NH	43.11	29.09	38.10	0	100.00	.12	.001
SMH	25.53	24.48	21.43	0	92.86	.15	.001
LARC							
DIU	64.81	42.18	85.71	0	100.00	.28	.001
Implante	55.79	45.61	85.71	0	100.00	.25	.001

Nota: $n = 95$, *M* = Media, *DE* = Desviación Estándar, *Mdn* = Mediana, *Mín* = Mínimo, *Máx* = Máximo, *D^a* = Estadístico de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, NH = No Hormonales, SMH = Hormonales de corta y mediana duración, LARC = Anticonceptivos reversibles de larga duración, DIU = Dispositivo intrauterino.

En la tabla 3 y 4 se muestran los estadísticos descriptivos de las variables normas subjetivas para el uso de métodos anticonceptivos (familia, pareja y proveedor de salud) y la intención de uso de métodos anticonceptivos por pregunta. En la tabla 3, se puede observar que la mayoría de las participantes contestó estar de acuerdo con cada uno de los enunciados, lo que indica una expectativa percibida de aprobación alta por parte de los referentes importantes.

Tabla 3

Normas subjetivas para el uso de métodos anticonceptivos (familia, pareja y proveedor de salud)

Pregunta	Familia*		Pareja*		Proveedor de salud*	
	<i>n</i> = 94		<i>n</i> = 91		<i>n</i> = 93	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
1.- Puedo confiar en mi * para que me ayude a usar anticonceptivos si necesito ayuda.	4.37	1.06	4.12	1.15	4.17	1.06
2.- Mi * y yo disfrutamos la vida, cuando uso anticonceptivos.	3.93	1.08	3.93	1.14	4.19	1.00
3.- Mi * y yo compartimos las mismas creencias y actitudes sobre el uso de anticonceptivos.	4.11	1.02	3.79	1.22	3.73	1.01
4.- La relación con mi * me hace sentir seguridad de que es menos probable de volver a embarazarme.	3.99	1.05	3.71	1.35	3.85	1.05
5.- Yo puedo hablar con mi *, sobre cómo usar anticonceptivos de forma segura si es necesario.	4.36	.89	4.21	1.18	4.23	.97
6.- Mis creencias sobre la importancia del uso de anticonceptivos son respetadas por mi *.	4.46	.85	4.16	1.27	4.10	1.00

Nota: *M* = Media, *DE* = Desviación Estándar.

(continúa)

Tabla 3

Normas subjetivas para el uso de métodos anticonceptivos (familia, pareja y proveedor de salud) (continuación)

Pregunta	Familia*		Pareja*		Proveedor de salud*	
	<i>n</i> = 94		<i>n</i> = 91		<i>n</i> = 93	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
7.- Puedo confiar en mi * para obtener un consejo si tuviera un problema relacionado con el uso de anticonceptivos.	4.46	.88	4.10	1.25	4.24	.89
8.- Siento un vínculo emocional fuerte con mi * y esto me animará a usar anticonceptivos.	3.91	1.02	4.08	1.26	3.75	1.04
9.- Mi * respeta mi decisión de usar anticonceptivos después del parto.	4.46	.90	4.23	1.21	4.35	.84
10.- Si yo pensara que me he expuesto al mal uso de los anticonceptivos podría contar con mi * para que me ayude a manejar la situación.	4.40	.92	4.12	1.19	4.24	.94

Nota: *M* = Media, *DE* = Desviación Estándar.

En la tabla 4, se puede observar que la mayoría de las participantes tenía altas intenciones de utilizar un método anticonceptivo en el posparto y el método por el cual tenían mayor intención fue el condón y el menor el anillo vaginal.

Tabla 4

Intención de uso de métodos anticonceptivos

Pregunta	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Mdn</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
1.- ¿Qué tan probable es que empieces a utilizar un método anticonceptivo cuando nazca tú bebé?	6.44	1.41	7	0	7
2.- ¿Qué tan probable es que empieces a utilizar las pastillas anticonceptivas cuando nazca tú bebé?	2.75	2.65	3	0	7
3.- ¿Qué tan probable es que empieces a utilizar el parche anticonceptivo cuando nazca tú bebé?	2.15	2.65	0	0	7
4.- ¿Qué tan probable es que empieces a utilizar el anillo vaginal cuando nazca tú bebé?	.72	1.74	0	0	7
5.- ¿Qué tan probable es que empieces a utilizar la inyección cuando nazca tú bebé?	1.54	2.38	0	0	7
6.- ¿Qué tan probable es que empieces a utilizar el DIU cuando nazca tú bebé?	4.54	2.95	6	0	7
7.- ¿Qué tan probable es que empieces a utilizar el implante cuando nazca tú bebé?	3.91	3.19	6	0	7
8.- ¿Qué tan probable es que empieces a utilizar el condón cuando nazca tú bebé?	4.76	2.87	6	0	7
9.- ¿Qué tan probable es que empieces a utilizar la abstinencia (no tener relaciones sexuales) como método anticonceptivo cuando nazca tú bebé?	1.97	2.46	0	0	7

Nota: $n = 95$, M = Media, DE = Desviación Estándar, Mdn = Mediana, $Mín$ = Mínimo, $Máx$ = Máximo.

(continúa)

Tabla 4

Intención de uso de métodos anticonceptivos (continuación)

Pregunta	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Mdn</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
10.- ¿Qué tan probable es que empieces a utilizar el coito interrumpido (sacar el pene antes de la eyaculación) como método anticonceptivo cuando nazca tú bebé?	2.33	2.74	1	0	7

Nota: $n = 95$, M = Media, DE = Desviación Estándar, Mdn = Mediana, $Mín$ = Mínimo, $Máx$ = Máximo.

Consistencia Interna de los Instrumentos

Antes del análisis estadístico se analizó la consistencia interna de los instrumentos Escala de Provisión Social adaptada para la Anticoncepción (Caudillo, 2016; Cutrona & Rusell, 1987) y la Escala de intención de uso de métodos anticonceptivos (Galavotti et al, 1995; Manjarres, 2019), estos fueron calculados mediante el Coeficiente de Confiabilidad Alfa de Cronbach, mostrando los siguientes resultados (Tabla 5)

Tabla 5

Consistencia interna de los instrumentos

Escala	reactivos	<i>alpha</i>	<i>n</i>
Provisión Social Adaptada para la Anticoncepción			
Familia	10	.94	94
Pareja	10	.97	91
Proveedor de Salud	10	.94	93

Nota: *alpha* = Alfa de Cronbach.

(continúa)

Tabla 5

Consistencia interna de los instrumentos (continuación)

Escala	reactivos	<i>alpha</i>	<i>n</i>
Intención de Uso de Anticonceptivos			
NH	3	.63	95
SMH	4	.69	95

Nota: *alpha* = Alfa de Cronbach.

Estadística Inferencial

A continuación, se muestran los resultados de las pruebas de estadística inferencial, las cuales fueron la prueba de coeficiente de Correlación de Spearman.

En relación al objetivo general que consiste en establecer la relación de los antecedentes maternos de la adolescente embarazada (edad, escolaridad y número de embarazos) y las normas subjetivas para el uso de métodos anticonceptivos (familia, pareja y proveedor de salud) con la intención de uso de métodos anticonceptivos (No hormonales, corta, mediana y larga duración) en la adolescente en el tercer trimestre de embarazo, se llevó a cabo la prueba de Correlación de Spearman, los resultados se muestran en la Tabla 6.

Se encontró una correlación significativa entre la escolaridad y la intención de uso de hormonales de corta y mediana duración ($r_s = .27, p < .01$), lo que indica que a mayor escolaridad mayor intención de uso de hormonales de corta y mediana duración. En cuanto a las normas subjetivas de la familia se encontraron correlaciones significativas con la intención de uso ($r_s = .31, p < .01$) y la intención de uso de no hormonales ($r_s = .20, p < .05$), esto quiere decir que cuando es mayor la percepción de aprobación por parte de la familia mayor es la intención de uso en general y de los método anticonceptivos no hormonales.

Con respecto a las normas subjetivas de la pareja se reportan correlaciones significativas con la intención de uso ($r_s = .25, p < .05$), lo que quiere decir que a mayor percepción de aprobación de las normas subjetivas de la pareja mayor será la intención de uso. Por último, en relación a las normas subjetivas del proveedor de salud se encontró correlaciones significativas con la intención de uso ($r_s = .22, p < .05$) y la intención de uso no hormonales ($r_s = .26, p < .05$), lo que indica que a mayor percepción de aprobación por parte del proveedor de salud mayor será la intención de uso y la intención de uso no hormonales.

Tabla 6

Correlaciones entre antecedentes maternos (edad, escolaridad, número de embarazos) y normas subjetivas para el uso de métodos anticonceptivos (familia, pareja, proveedor de salud) con las intenciones de uso de métodos anticonceptivos

Variable	Intención de uso	NH	SMH	DIU	Implante
Edad	-.11	.06	.07	.17	-.17
Escolaridad	.16	.02	.27**	.01	.08
Número de embarazos	.13	-.14	-.09	-.17	.18
Normas subjetivas familia	.31**	.20*	.13	.08	.07
Normas subjetivas pareja	.25*	.15	.14	.13	.03
Normas subjetivas proveedor de salud	.22*	.26*	.14	.17	.13

Nota: $n = 95$, * = $p < .05$, ** = $p < .01$, NH = No Hormonales, SMH = Hormonales de corta y mediana duración.

Capítulo IV

Discusión

El objetivo general del presente estudio fue establecer la relación de los antecedentes maternos de la adolescente embarazada (edad, escolaridad y número de embarazos) y las normas subjetivas para el uso de métodos anticonceptivos (familia, pareja y proveedor de salud) con la intención para uso de métodos anticonceptivos (No hormonales [NH], corta y mediana [SMH] y larga duración [LARC]) en la adolescente en el tercer trimestre de embarazo. Algunos conceptos de la Teoría de Acción Razonada y Conducta Planeada de Fishbein y Ajzen (1975; 1980; 1988; 1991), sirvieron de base para realizar el estudio. A continuación, se discuten los resultados obtenidos.

Se encontró que aquellas adolescentes embarazadas que tenían mayor nivel educativo presentaron mayor disposición de utilizar métodos anticonceptivos hormonales de corta y mediana duración como, las pastillas anticonceptivas, el parche anticonceptivos, el anillo vaginal e inyección. Este hallazgo es contrario a lo reportado por Chacko et al. (2016), quien estudió adolescentes en control prenatal, encontró que aquellas adolescentes que cursaron un menor nivel estudios eran quienes tenían mayores intenciones de utilizar métodos anticonceptivos hormonales de corta y mediana duración. Lo anterior puede deberse que en el estudio mencionado las adolescentes vivían en Estados Unidos y de acuerdo con Lindberg et al. (2018), en este país la cultura de la anticoncepción es más abierta y se les proporciona mayor información sobre los diferentes tipos de métodos anticonceptivos.

Asimismo, se encontró que aquellas adolescentes embarazadas que presentaron una expectativa percibida mayor de aprobación por parte de la familia presentaron mayor intención de uso de anticonceptivos en general e intención de uso de no hormonales. Lo que es similar a lo reportado por Quinn et al. (2016), quien en un estudio exploró los factores interpersonales asociados con el uso y mantenimiento de anticonceptivos en madres adolescentes afroamericanas y encontró que las adolescentes

que percibían apoyo de su familia tenían cuatro veces más probabilidad de uso y mantenimiento de anticonceptivos. Esto se puede deber a que el apoyo familiar durante el embarazo y después del parto se asocia con mejores resultados de embarazo para las adolescentes embarazadas (Bogat et al. 1998).

Las adolescentes embarazadas que presentaron una expectativa percibida mayor de aprobación por parte de la pareja tenían mayores intenciones de uso de anticonceptivos en general. Este hallazgo es similar al trabajo de Islam (2018), que estudió la asociación entre la participación de las parejas en la toma de decisiones y el uso de anticonceptivos en mujeres jóvenes, encontró que la intención de usar anticonceptivos es mayor cuando la pareja participa en la toma de decisiones e influye en el uso de anticonceptivos.

Asimismo, se encontró que las participantes que presentaron una expectativa percibida mayor de aprobación por parte del proveedor de salud reportaron mayores intenciones de uso de anticonceptivos en general y en la intención de uso de los no hormonales. Este resultado es similar al reportado por Nyarko (2015), en su estudio que examina las prevalencias y correlaciones del uso de anticonceptivos entre adolescentes femeninas encontró que aquellas adolescentes que habían asistido a una instalación de salud tenían más intención a usar métodos anticonceptivos. Esto también es similar al trabajo de Khan et al. (2012), quien examinó varios factores socio-económicos y demográficos asociados con el uso de anticonceptivos entre adolescentes que encontró que la visita con el proveedor de planificación familiar tiene un efecto significativo en la intención y uso de anticonceptivos en general.

En relación al objetivo específico uno que fue describir los antecedentes maternos de la adolescente embarazada se encontró que las participantes de este estudio se encontraban en adolescencia tardía y la mayoría tenía estudios de secundaria lo cual no concuerda con la edad por lo que pareciera ser que una gran parte de ellas no estudiaban al momento de quedar embarazadas o dejaron de estudiar. También se

encontró que en promedio este era su primer embarazo. Este hallazgo es similar a lo encontrado por Villalobos et al. (2015), quien caracterizó a las adolescentes que han tenido algún embarazo y analizó la asociación con el rezago educativo encontrando que aquellas adolescentes con antecedente de embarazo y las que experimentaban su primer embarazo, son quienes solo cursaron hasta el grado de secundaria, esto señala que existe una asociación con el rezago educativo y el embarazo en la adolescencia. Lo cual también concuerda con el estudio de Blanco et al. (2015), quien examinó los factores individuales, familiares y socio-culturales en la adolescente embarazada y encontró que aquellas adolescentes embarazadas tenían educación secundaria.

Sin embargo, es contrario a lo reportado por Bárcenas et al. (2019), quien estudió los factores que influyen en la deserción escolar en las adolescentes embarazadas, encontró que aquellas adolescentes embarazadas tenían escolaridad de 2º año de preparatoria y el principal factor por el cual dejan de estudiar es la falta de recurso económico, seguido por la pérdida de interés en los estudios y por último el embarazo. Lo anterior podría deberse a que en el estudio de Bárcenas el rango de edad abarcó hasta los 18 años de edad.

En base al objetivo específico dos que fue identificar las normas subjetivas para el uso de métodos anticonceptivos de la adolescente embarazada, se reporta que las participantes del estudio tenían una expectativa percibida mayor de aprobación por parte de la familia y esta expectativa de aprobación fue menor en la pareja. Estos hallazgos son similares al estudio de Kim et al. (2014), quien examinó el efecto del apoyo social recibido durante y después del embarazo entre madres adolescentes, encontró que aquellas madres adolescentes recibían más apoyo durante el embarazo. Este hallazgo también es similar al encontrado por Yurdakul (2018), quien examinó el nivel y la fuente del apoyo social percibido en adolescentes embarazadas y reportó que aquellas adolescentes embarazadas tenían alto apoyo social percibido por parte de la familia.

Sin embargo es contrario, con respecto a las normas subjetivas de la pareja donde en el estudio de Smith et al. (2016), quien comparó la formación familiar y el apoyo percibido de la pareja entre adolescentes embarazadas encontró que aquellas adolescentes embarazadas sentían apoyo de la pareja y fue mayor en el área de la asistencia tangible. Lo anterior podría deberse a que la mayoría de las participantes sienten apoyo por parte de la madre y no tanto por la pareja.

De acuerdo al objetivo específico tres que fue conocer las intenciones de uso de métodos anticonceptivos de la adolescente embarazada, se encontró que las adolescentes embarazadas del estudio tenían mayor disposición en general a utilizar métodos anticonceptivos en el posparto y los métodos en los que presentaban mayor disposición a utilizar fue el DIU e implante. Esto es similar a lo reportado por Tang et al. (2013), quien estudio las características asociadas con la intención a usar LARC entre mujeres en posparto, encontró que las adolescentes tenían mayores intenciones a utilizar LARC. Sin embargo, es contrario a lo que reporta Brito et al. (2018), en su estudio que describe el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes embarazadas reporta que las intenciones de uso en el posparto de las adolescentes es alta y están interesadas en los métodos hormonales de corta y mediana duración. Lo anterior podría deberse a que las participantes en el estudio de Brito reportaban una escolaridad menor.

Limitaciones

La principal limitación en el presente estudio fue el tamaño de la muestra, la cual fue de 95 participantes debido a la contingencia sanitaria ocasionada por el COVID-19, esto limitó la recolección debido a que el hospital donde se realizaba dicha recolección se cancelaron las citas en la consulta prenatal y además del riesgo que suponía andar fuera de casa. El acceso a las participantes también fue una limitante ya que algunas adolescentes acudían a la consulta sin la compañía del padre/madre/tutor y esto suponía una limitante para la firma del consentimiento informado.

Conclusiones

A mayor expectativa percibida de aprobación por parte de la familia y proveedor de la salud, la intención de uso de métodos anticonceptivos en general y la intención de uso de no hormonales, será mayor, mientras que a mayor expectativa percibida de aprobación por parte de la pareja, sólo la intención de uso de anticonceptivos en general, será mayor.

Las adolescentes que se embarazan en esta etapa dejan de estudiar al momento de embarazarse. Sin embargo, las adolescentes embarazadas que tiene más escolaridad, poseen mayor intención de uso de anticonceptivos de corta y mediana duración. Aunque, las adolescentes perciben una expectativa de aprobación mayor por parte de la familia, tienen mayor disposición a usar métodos anticonceptivos en el posparto y muestran más interés por los LARC lo cuales son los más recomendados para este grupo etario. Los hallazgos del presente estudio confirman los supuestos planteados en la Teoría de Acción Razonada y Conducta Planeada.

Recomendaciones

Aumentar el número de participantes en el estudio y profundizar en otros supuestos de la Teoría de Acción Razonada y Conducta Planeada.

Profundizar en la variable de normas subjetivas para el uso de métodos anticonceptivos ya que se obtuvieron más datos significativos en esta variable.

Es recomendable para futuras investigaciones realizar un seguimiento de la adolescente embarazada, ya que en este estudio se abordó antes del parto y sería interesante saber que conducta realizó después de la intención.

Implementar programas de intervención en los que se creen redes de apoyo e involucren a la familia y a la pareja de la adolescente embarazada, donde el personal de enfermería tenga un papel importante en la educación en la red de apoyo de la adolescente embarazada.

Referencias

- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Londres: Prentice Hall International.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. (2019). The theory of planned behaviour diagram. Recuperado de: <https://people.umass.edu/~ajzen/tpb.diag.html#null-link>
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1988). From intentions to actions. En I. Ajzen (ed.) *Attitudes, personality and behavior*. Chicago: The Dorsey Press.
- Bárcenas, H. M. R., Martínez, H. M., Vega, A. M. G., & Mejía, B. J. E. (2019). El embarazo adolescente en la deserción escolar de una comunidad indígena del noreste del estado de Guanajuato, México. *Horiz Enferm*, 30, 1,27-35.
http://dx.doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.30.1.27-35
- Blanco, L., Cedre, O., & Guerra, M. E. (2015). Factores determinantes del embarazo adolescente. *Odontol Pediatr*, 14(2), 107-119.
- Bogat, G. A., Caldwell, R. A., Guzmán, B., Galasso, L., & Davidson, W. S. (1998). Structure and stability of maternal support among pregnant and parenting adolescents. *Journal of Community Psychology*, 26(6), 549-568.
[doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6629\(199811\)26:6%3C549::AID-JCOP3%3E3.0.CO;2-7](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6629(199811)26:6%3C549::AID-JCOP3%3E3.0.CO;2-7)
- Brito, M. B., Alves, F. S. S., Souza, M. Q., & Requião, S. R. (2018). Low knowledge of contraceptive methods among pregnant teens in Brazil. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. doi: 10.1016/j.jpag.2017.12.008.
- Burns, N. & Grove, S. K. (2012). *Investigación en enfermería*. Madrid, España: Elsevier
- Caron, J. (1996). L'Échelle de provisions sociales: la validation québécoise du Social Provisions Scale, *Santé mentale au Québec*, 21(2), 158-180.

- Caudillo, O. L. & Benavides-Torres, R. A. (2016). Modelado de la conducta anticonceptiva en mujeres desde un abordaje con métodos mixtos (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.
- Center Disease Control (CDC) (2012). Sexual experience and contraceptive use among female teens in the United States 2006-2011. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2012; 61: 297-301.
- Chacko, R. M., Wiemann, M. C., Buzi, S. R., Kozinetz, A. C., Peskin, M., & Smith, B. P. (2016). Elección de la anticoncepción postparto: factores que predisponen a la adolescente embarazada a elegir el método menos efectivo sobre los métodos reversibles de larga duración. *Journal of Adolescent Health xxx*, 1-8.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2020). Proyecciones de la Población de México, Estados, Municipios y Localidades 2000-2030.
- Control prenatal con atención centrada en la paciente (2017). Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS.
- Correia, L., Martins, I., Oliveira, N., Antunes, I., Palma, F., & Alves, M. J. (2015). Elecciones anticonceptivas pre y post embarazo en la adolescencia. *North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology*-, 28: 24-28.
- Cutrona C. E. & Russell D., W. (1987). Advances in personal relationships. En Jones, Warren H. & Perlman, Daniel (Eds)-., *The provisions of social relationships and adaptations to stress* pp. 37-67.
- Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) (2016). Recuperado de: <https://www.gob.mx/conapo/articulos/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-enapea>
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Massachusetts: Addison-Wesley.
- Galavotti, C., Cabral, R. J., Lansky, A., Grimley, D. M., Riley, G. E., & Prochaska, J. O. (1995). Validation of measures of condom and other contraceptive use among

women at high risk for HIV infection and unintended pregnancy. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 14(6), 570–578.

Hernandez, L. E., Sappenfield, W. M., Goodman, D., & Pooler, J. (2012). Is effective contraceptive use conceived prenatally in Florida? The association between prenatal contraceptive counseling and postpartum contraceptive use. *Matern Child Health J*, 16:423e9.

Hubert, L. C., Estrada, M. F., Villalobos, H. A., Sánchez, P. F., & Barrientos, G. T. (2018). Trazando la ruta: embarazos subsecuentes en adolescentes. Instituto Nacional de las Mujeres.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2018). Consulta interactiva de registros administrativos de natalidad 1985-2018.

Instituto Nacional de las Mujeres (INMujeres) (2019). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Recuperado de: <https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454>

Instituto Nacional de las Mujeres (INMujeres). (2017). Análisis de edades para contraer matrimonio-documento de trabajo. (Comunicación personal-noviembre 2017).

Islam, A. Z. (2018). Factors affecting modern contraceptive use among fecund Young women in Bangladesh: does couples' joint participation in household decision making matter? *Reproductive Health*, 15:112. doi.org/10.1186/s12978-018-0558-8

Khan, M., Hossain, M. E., & Hoq, M. N. (2012). Determinants of contraception use among female adolescents in Bangladesh. *Asian Social Science*, . 8 (12). doi:10.5539/ass.v8n12p181

Kim, T. H. M., Connolly, J. A., & Tamim, H. (2014). The effect of social support around pregnancy on postpartum depression among Canadian teen mothers and

adult mothers in the maternity experiences survey, 1–9. Recuperado de:
<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/162>

Lavielle-Sotomayor, P., Jiménez-Valdez, F., Vásquez-Rodríguez, A., Aguirre-García, M., Castillo-Trejo, M., & Vega-Mendoza, S. (2014). Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(1), 38-43. Recuperado de
http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/738

Lindberg, L. D., Santelli, J. S., & Desai, S. (2018). Changing patterns of contraceptive use and the decline in rates of pregnancy and birth among U. S. Adolescents 2007-2014. *Journal of Adolescent Health*, 63: 253-256.
doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.05.017

Manjarres-Posada, N.I.; Pérez-Cavazos, D.N.; Esparza, S.P., & Benavides-Torres, R. A. (2019). Validación del Instrumento de Evaluación del Uso de Anticonceptivos (IEUA). Manuscrito en preparación. Documento electrónico.

Meglio, G. Di, Crowther, C., & Simms, J. (2018). Contraceptive care for Canadian youth. *Pediatrics & Child Health*, 2018, 271–277. Recuperado de:
<https://doi.org/10.1093/pch/pxx192>

Nyarko, S. H. (2015). Prevalence and correlates of contraceptive use among female adolescents in Ghana. *BMC Women's Health*, 15:60, 1-6. DOI 10.1186/s12905-015-0221-2

Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2015), Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. World population prospects: the 2015 revision. Age-specific fertility rates by major area, region and country, 1950-2100 [“File FERT/7”]. Nueva York: Naciones Unidas; 2015. Recuperado de: <https://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Fertility/>

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018). El embarazo en la adolescencia.
Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Ortiz, G. K. M., Benabe, E., Rivere, R. E., Negrón, I., & Romaguera, J. (2014).
Conocimiento y elección de la anticoncepción postparto entre adolescentes embarazadas. *PRHSJ*, 33 (3), 117-121.
- Perlman, D. & Cozby, P.C. (1985). *Psicología social*. (N. Soto, Trad.). México, D.F.: Nueva Editorial Interamericana (Trabajo original publicado en 1983).
- Peter, J., Mola, C., Matos, M., Coelho, F., Pinheiro, K., Da Silva, R., Castelli, R., Pinheiro, R., & Quevedo, L. (2017). Association between perceived social support and anxiety in pregnant adolescents. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 39:21–27 Associação Brasileira de Psiquiatria. Doi: 10.1590/1516-4446-2015-1806.
- Quinn, D. A., Mitchell, S. J., & Lewin, A. (2016). The role of teen mother's support relationship in maintenance of contraceptive use. *Pediatr Adolesc Gynecol*, xxx, 1-6. [dx.doi.org/10.1016/j.jpag.2016.08.008](https://doi.org/10.1016/j.jpag.2016.08.008)
- Reyes, R. L. (2007). *La teoría de acción razonada: implicaciones para el estudio de las actitudes*. México: Universidad Pedagógica de Durango.
- Reyes, D. J. & González. E. (2014). Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, (17), 98-123.
<https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2014.17.07.a>
- Secretaría de Salud (1987). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Recuperado de
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmgsam.html>
- Smith, P. B., Buzi, R. S., Kozinetz, C. A., Peskin, M., & Wiemann, C. M. (2016).
Impact of a group prenatal program for pregnant adolescents on perceived

partner support. *Child Adolesc Soc Work J*, 33:417–428. DOI 10.1007/s10560-016-0441-9.

- Tang, J. H., Dominik, R., Re, S., Brody, S., & Stuart, G. S. (2013). Characteristics associated with interest in long-acting reversible contraception in a postpartum population. *Contraception*, 88(1), 52–57. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2012.10.014>
- Villalobos-Hernández, A., Campero, L., Suárez-López, L., Atienzo, E. E., Estrada, F., & de la Vara-Salazar, E. (2015). Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *Salud Pública de México*, 57(2), 135–143.
- Weisband, Y. L., Keder, L. M., Keim, S. A., & Gallo, M. F. (2017). Postpartum intentions on contraception use and method choice among breastfeeding women attending a university hospital in Ohio: a cross-sectional study, *Reproductive Health*, 14(45); 1-8. Recuperado de: <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0307-4>
- Wilson, E. K., Fowler, C. I., & Koo, H. P. (2013). Postpartum Contraceptive Use Among Adolescents Mothers in Seven States. *JAH*, 52(3), 278-283. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.05.004>
- Yurdakul M. (2018). Perceived social support in pregnant adolescents in Mersin area in Turkey. *Pak J Med Sci*; 34(1):115-120. Recuperado de: [doi:https://doi.org/10.12669/pjms.341.14221](https://doi.org/10.12669/pjms.341.14221)

Apéndices

Apéndice A

Cédula de Datos Personales y Antecedentes Maternos

Folio: _____

Fecha: _____

Instrucciones: Por favor responda las siguientes preguntas.

1. Edad: _____ años

2. ¿Cuál fue el último grado de estudios que completaste?

Primaria 1° 2° 3° 4° 5° 6° Secundaria 1° 2° 3° Preparatoria 1° 2° 3° 4°

Universidad

3. Número de embarazos: _____

Apéndice B

Escala de Provisión Social Adaptada para la Anticoncepción

(Cutrona & Russell, 1987)

Estimada participante, a continuación se presentan enunciados del apoyo de su familia, pareja y proveedor 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 subraye 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 que queremos conocer cómo se siente con cada uno de los enunciados y no que piensa su familia, pareja o proveedor de salud.

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 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
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

3. 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
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

4. La relación con mi familia me hace sentir seguridad de que es menos probable de volver a embarazarme.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

5. 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
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

6. 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
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

7. 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
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

8. Siento un vínculo emocional fuerte con mi familia y esto me animará a usar anticonceptivos.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

9. Mi familia respeta mi decisión de usar anticonceptivos después del parto.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

10. Si yo pensaré 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
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

11. Con quién vives actualmente: _____

12. ¿Quién de tú familia sientes que te apoya más? _____

Apoyo de la Pareja

1. 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
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

2. 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
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

3. 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
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

4. La relación con mi pareja me hace sentir segura de que existen pocas posibilidades de volver a embarazarme.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

5. 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
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

6. 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
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

7. 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
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

8. Siento un vínculo emocional fuerte con mi pareja y esto me anima a usar anticonceptivos después del parto.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

9. Mi pareja respeta mi decisión de usar anticonceptivos después del parto.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

10. Si yo pensaré 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
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

11. Vives con el padre de tú bebé

Sí No

Apoyo del Proveedor de Salud

1. 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
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

2. 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
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

3. 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
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

4. La relación con mi médico/enfermera me hace sentir segura de que la posibilidad de volver a embarazarme sea baja.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

5. 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
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

6. 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
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

7. 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
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

8. Siento un vínculo emocional fuerte con mi médico/enfermera y esto me anima a usar anticonceptivos después del parto.

1= Totalmente en desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

9. 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
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

10. Si yo pensaré que he hecho mal uso de algún anticonceptivo podría contar con mí 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
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

11. Recibiste información sobre métodos anticonceptivos

Sí No ¿Dónde?_____

12. ¿Cuál fue el personal de salud que te orientó sobre métodos anticonceptivos?

Enfermera Médico Trabajador Social Psicólogo Otro

Apéndice C

Escala de Intención de Uso de Anticonceptivos (Galavotti et al. 1995)

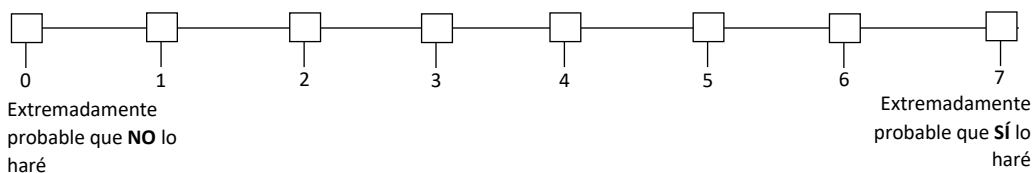
Instrucciones: Responde a las siguientes preguntas de acuerdo con una escala de 0 a 7 puntos, donde:

0 = Extremadamente probable que **NO** lo haré y 7 = Extremadamente probable que **SÍ** lo haré

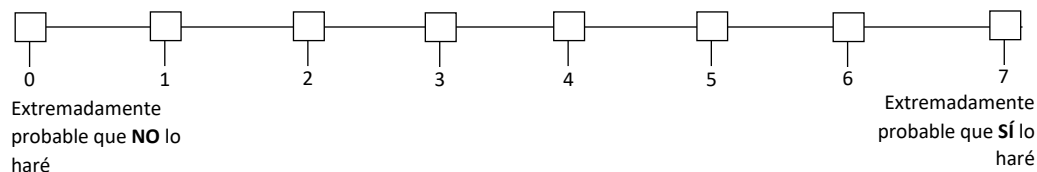
Marca con una X la opción más cercana a tu respuesta.

1. ¿Qué tan probable es que empieces a utilizar un método anticonceptivo cuando

nazca tú bebé?

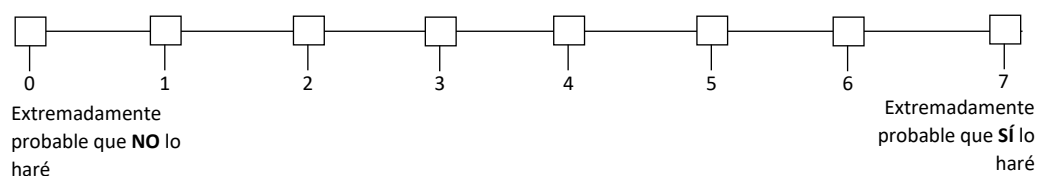


2. ¿Qué tan probable es que empieces a utilizar las **pastillas anticonceptivas** cuando nazca tú bebé?

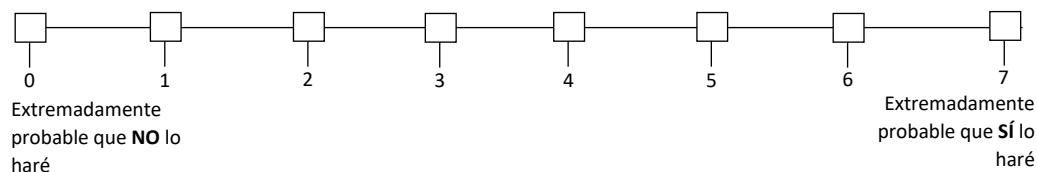


3. ¿Qué tan probable es que empieces a utilizar el **parche anticonceptivo** cuando

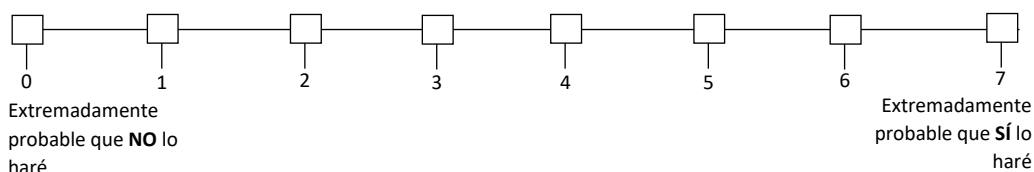
nazca tú bebé?



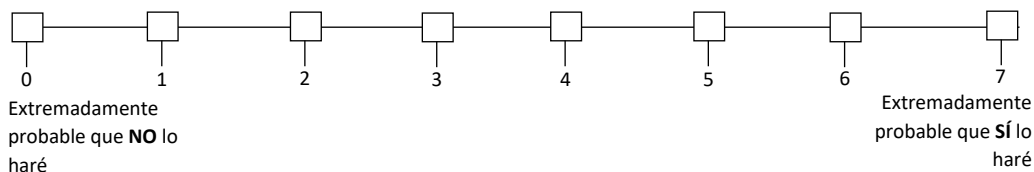
4. ¿Qué tan probable es que empieces a utilizar el **anillo vaginal** cuando nazca tú bebé?



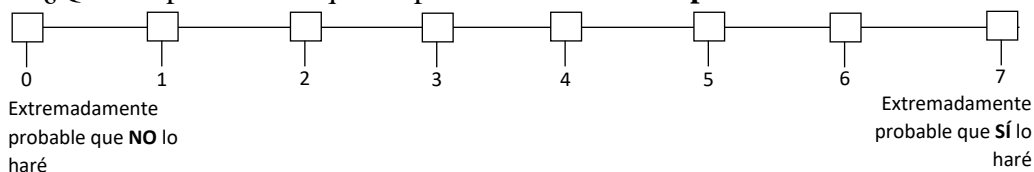
5. ¿Qué tan probable es que empieces a utilizar la **inyección** cuando nazca tú bebé?



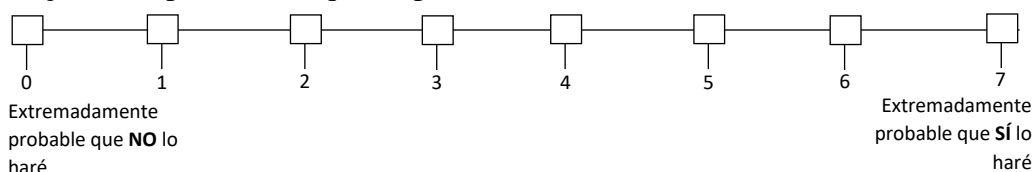
6. ¿Qué tan probable es que empieces a utilizar el **DIU** cuando nazca tú bebé?



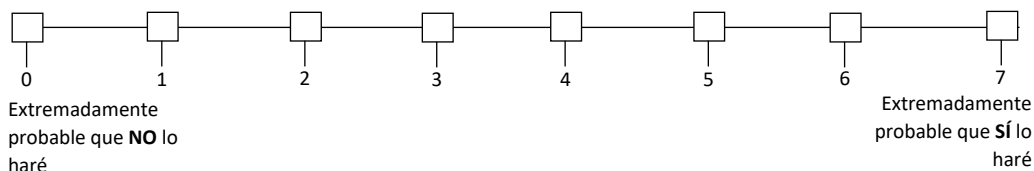
7. ¿Qué tan probable es que empieces a utilizar el **implante** cuando nazca tú bebé?



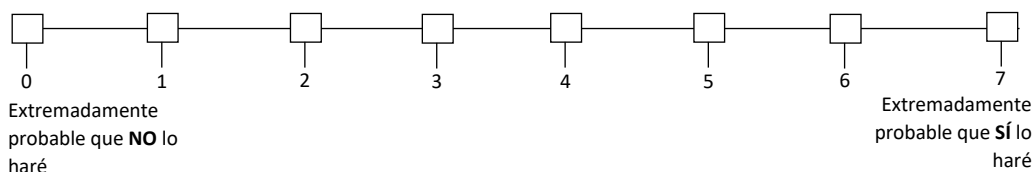
8. ¿Qué tan probable es que empieces a utilizar el **condón** cuando nazca tú bebé?



9. ¿Qué tan probable es que empieces a utilizar la **abstinencia** (no tener relaciones sexuales) como método anticonceptivo cuando nazca tú bebé?



10. ¿Qué tan probable es que empieces a utilizar el **coito interrumpido** (sacar el pene antes de la eyaculación) como método anticonceptivo cuando nazca tú bebé?



11. Habías usado métodos anticonceptivos.

Sí No ¿Cuál? _____

Consentimiento Informado para Padre/Madre/Tutor

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Folio: _____

Título de proyecto: Normas subjetivas e intenciones de uso de métodos anticonceptivos de adolescentes en el tercer trimestre de embarazo.

Autores/Estudiantes: Lic. Diego Ramón Medellín Moreno

Director de Tesis/Asesor: Raquel Alicia Benavides Torres, PhD

Estimado Señor/a:

Objetivo del estudio: Se está realizando un proyecto para fines científicos y la obtención del grado de Maestría en Ciencias de Enfermería. El objetivo de este estudio es conocer el apoyo de la familia, pareja y proveedor de salud en las intenciones de uso de métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas en el tercer trimestre. El estudio se está realizando en la consulta prenatal. La participación de su hija consiste en contestar unas preguntas en relación a este tema. Por lo que su hija dará algunos datos personales relacionados con su embarazo.

Criterios de selección: Su hija ha sido elegida para participar en este estudio de investigación porque es adolescente, está embarazada, es menor de 18 años, está en el tercer trimestre del embarazo y se encuentra llevando su control prenatal en este hospital.

Procedimiento del estudio: Si acepta que su hija participe en este estudio, se le pedirá que lea y conteste tres cuestionarios con respuestas honestas. El llenado de los cuestionarios será antes de pasar a su consulta de control prenatal, lo cual no interrumpirá con la misma, con una duración de 20 minutos en total.

Confidencialidad: El cuestionario tiene preguntas sobre métodos anticonceptivos, el apoyo de la familia, pareja y proveedor de salud e intenciones. Las respuestas serán privadas y anónimas. A nadie se le informará la situación en la cual se encuentra su hija en relación a este tema y usted tampoco podrá saber lo que ella contestó. El nombre de su hija no estará en los cuestionarios, en este caso se pondrá un folio. Los datos se guardarán por un año en un espacio seguro que estará disponible solo para el investigador y su director de tesis. Una vez pasado el tiempo establecido los datos de los cuestionarios serán destruidos.

Riesgos: La investigación tiene riesgo mínimo. Puede ser que su hija se sienta incómoda con algunas preguntas relacionadas con temas de métodos anticonceptivos ya que algunas preguntas serán muy personales. En caso de que esto ocurra, su hija podrá dejar

de contestar y continuar más tarde o dejar de participar sin que esto afecte en su consulta prenatal.

Beneficios: En este estudio no se obtendrán beneficios personales, sin embargo los resultados servirán para entender las intenciones de uso de métodos anticonceptivos y como las adolescentes perciben el apoyo de la familia, pareja y proveedores de salud en temas de métodos anticonceptivos. Su hija y usted no recibirán remuneración económica por participar, solo información acerca de los métodos anticonceptivos.

Preguntas: Si tiene dudas adicionales acerca de este estudio de investigación, su hija y usted tienen derecho de llamar a la Secretaría de Investigación al teléfono 83 48 89 43.

Renuncia o retiro: La participación de su hija en este estudio es voluntaria ya que si usted o ella deciden retirarse no tendrán ninguna sanción ni repercusión en el hospital donde lleva su control prenatal.

Conclusión: Por medio de este documento que ha leído y entiende por completo, se le dio la oportunidad para hacer preguntas y recibir respuestas que son satisfactorias. Está de acuerdo en que su hija participe en este estudio de investigación. Una vez que firme, entiende que una copia de este documento será guardada junto al archivo del estudio de investigación.

Consentimiento para participar en el estudio de investigación: El Lic. Diego Ramón Medellín Moreno me explicó y dio a conocer en qué consiste el estudio, así como que puedo optar libremente y sin repercusiones a que mi hija deje de participar en cualquier momento que yo lo desee.

Firma: _____ Fecha ____ / ____ / ____

Testigo 1: _____

Dirección: _____ Fecha ____ / ____ / ____

Testigo 2: _____

Dirección: _____ Fecha ____ / ____ / ____

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento:

_____ Fecha ____ / ____ / ____

Apéndice E

Asentimiento Informado para Menor de 18 años

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Folio: _____

Título de proyecto: Normas subjetivas e intenciones de uso de métodos anticonceptivos de adolescentes en el tercer trimestre de embarazo.

Autores/Estudiantes: Lic. Diego Ramón Medellín Moreno

Director de Tesis/Asesor: Raquel Alicia Benavides Torres, PhD

Mi nombre es Lic. Diego Ramón Medellín Moreno, soy estudiante de la Maestría en Ciencias de Enfermería en la Facultad de Enfermería.

Actualmente se está realizando un estudio para conocer el apoyo de la familia, pareja y proveedor de salud y las intenciones en el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas por lo que queremos pedirte que participes. Tu participación en el estudio consistirá en:

- Responder algunas preguntas acerca del apoyo que percibes de tu familia, pareja, proveedor de salud y las intenciones de uso de métodos anticonceptivos, esta actividad dura 20 minutos aproximadamente.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aunque cuando alguno de tus padres o tutor haya dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento del estudio ya no quieres continuar, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema, y será tu decisión continuar o no en el estudio.

Toda la información que nos proporciones nos ayudará a entender las intenciones de uso de métodos anticonceptivos y como las adolescentes perciben el apoyo de la familia, pareja y proveedores de salud en temas de métodos anticonceptivos.

Esta información será confidencial, no llevará tus datos personales ni identificación. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas, ni a tus padres, pareja o proveedor de salud, sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de investigación de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (X) en el cuadrado de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre. Si no quieres participar, no pongas ninguna (X), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre: _____

Testigo 1: _____

Dirección: _____

Fecha ____ / ____ / ____

Testigo 2: _____

Dirección: _____

Fecha ____ / ____ / ____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

Fecha: a _____ de _____ de _____.

Resumen autobiográfico

Lic. Diego Ramón Medellín Moreno

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

Tesis: NORMAS SUBJETIVAS E INTENCIONES DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE ADOLESCENTES EN EL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO

Biografía: Nacido en Monterrey, Nuevo León, México el 13 de Mayo de 1991; hijo del Sr. Ramón Medellín Juárez y Sra. Genoveva Moreno Moreno.

Educación: Egresado de la Licenciatura en Enfermería en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León en el año 2016.

Experiencia Profesional: Auxiliar de investigación durante un año en el cuerpo académico de Respuestas Humanas a la Salud y la Enfermedad.

Reconocimientos: Miembro de Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing.

Presentaciones: Póster en 7º Congreso Internacional de Enfermería en Acapulco, Guerrero, con el tema: “Normas subjetivas e intenciones de uso de métodos anticonceptivos de adolescentes en el tercer trimestre de embarazo”.

Servicios a la comunidad: Participante en campaña del día mundial del VIH/SIDA en Facultad de Enfermería, impartición de pláticas a adolescentes embarazadas sobre los métodos anticonceptivos en Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, pláticas a pacientes con diabetes mellitus tipo II en Centros de Salud de la jurisdicción 2 y 4, pláticas a adultos mayores con enfermedades crónicas en Clínica Universitaria San Rafael.

Investigación: Becario en el Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud, CIDICS, UANL, en la Unidad de Investigación en Enfermería.