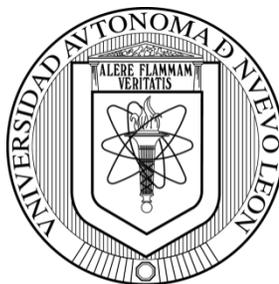


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



EMPODERAMIENTO DE USO DE ANTICONCEPTIVOS PARA PREVENIR EL  
EMBARAZO SUBSECUENTE EN ADOLESCENTES, ABORDAJE MÉTODOS  
MIXTOS

Por

MSN CLARISA LUNA FERRALES

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

FEBRERO, 2023

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



EMPODERAMIENTO DE USO DE ANTICONCEPTIVOS PARA PREVENIR EL  
EMBARAZO SUBSECUENTE EN ADOLESCENTES, ABORDAJE MÉTODOS  
MIXTOS

Por

MSN CLARISA LUNA FERRALES

Director de Tesis

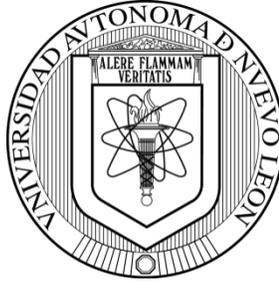
DRA. ROSALVA DEL CARMEN BARBOSA MARTÍNEZ

Como requisito parcial para obtener el grado de

DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

FEBRERO, 2023

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



EMPODERAMIENTO DE USO DE ANTICONCEPTIVOS PARA PREVENIR EL  
EMBARAZO SUBSECUENTE EN ADOLESCENTES, ABORDAJE MÉTODOS  
MIXTOS

Por

MSN CLARISA LUNA FERRALES

Co-Director de Tesis

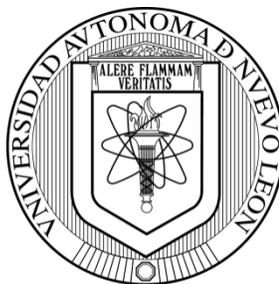
DRA. DORA JULIA ONOFRE RODRÍGUEZ

Como requisito parcial para obtener el grado de

DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

FEBRERO, 2023

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



EMPODERAMIENTO DE USO DE ANTICONCEPTIVOS PARA PREVENIR EL  
EMBARAZO SUBSECUENTE EN ADOLESCENTES, ABORDAJE MÉTODOS  
MIXTOS

Por

MSN CLARISA LUNA FERRALES

Asesor estadístico

DR. JOSÉ LUIS JASSO MEDRANO

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

FEBRERO, 2023

EMPODERAMIENTO DE USO DE ANTICONCEPTIVOS PARA PREVENIR EL  
EMBARAZO SUBSECUENTE EN ADOLESCENTES, ABORDAJE MÉTODOS  
MIXTOS

Aprobación de Tesis

---

DCE. Rosalva del Carmen Barbosa Martínez

Presidente

---

DCE. Rosalva del Carmen Barbosa Martínez

Director de Tesis

---

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD

Secretario

---

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez

1er. Vocal

---

DCE. María Aracely Márquez Vega

2do. Vocal

---

DCE. Natalia Isabel Manjarres Posada

3er. Vocal

---

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirectora de Posgrado e Investigación

## **Agradecimientos**

A la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis, directora de la Facultad de Enfermería (FAEN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León y a la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Subdirectora de Posgrado e Investigación de la FAEN, por las facilidades brindadas en el programa.

Al Dr. Martín Eduardo Sías Casas, exdirector de la Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua, por el apoyo y las facilidades brindadas, para realizar mis estudios de doctorado.

A la Dra. Raquel Alicia Benavides Torres, Coordinadora del programa de Doctorado, por compartir sus conocimientos, por ser un ejemplo de liderazgo en la enfermería mexicana, en la constante contribución al conocimiento, mi reconocimiento y admiración.

A mi directora de tesis la Dra. Rosalva del Carmen Barbosa Martínez, por todo su apoyo incondicional, su paciencia, por compartir sus conocimientos, por impulsarme a culminar mis estudios en este programa, por ser mi guía y sobre todo por su solidaridad.

A la Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez, como mi Co-Directora, por compartir sus conocimientos, su guía, por ser un modelo a seguir y transmitirme su interés por la metodología mixta, mi reconocimiento y admiración.

A la Dra. Elsa Vargas Rodríguez, por compartirme sus conocimientos, por ser una guía, por su entusiasmo en la investigación y compartir su experiencia, que a pesar de la distancia siempre estuvo al pendiente de mi progreso.

A la Dra. Natalia Manjarres Posada, por compartirme sus conocimientos y sus aportaciones a esta investigación.

A mis maestros del programa de doctorado, que contribuyeron a mi formación doctoral, les agradezco su dedicación, su disponibilidad y paciencia, su interés, su dirección, que con su ejemplo como docentes e investigadores, siempre me transmitieron el entusiasmo por el desarrollo académico y personal.

Les agradezco a mis compañeras de generación, 2019-2022 Mariana, Yeny, Italia, Pame, Fati, Tere y Diana les agradezco infinitamente su amistad, su apoyo incondicional, su empatía y entusiasmo, gracias por ser mi soporte en tiempo de crisis y compartir el mismo deseo de prosperar y generar nuevo conocimiento, por el progreso de la enfermería en México.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por la beca proporcionada en el periodo agosto-diciembre 2022, para culminar mis estudios de doctorado.

Agradecida infinitamente a las madres adolescentes, que me compartieron de su tiempo, de su experiencia de vida, de sus historias para realizar este proyecto.

Agradezco a todas aquellas personas que de una manera u otra contribuyeron directa o indirectamente al logro de mis objetivos.

A Dios por siempre estar a mi lado en este transitar, por darme la fortaleza para guiarme, siempre con pequeños milagros de todos los días, para lograr esta meta trazada, porque en tiempos tan difíciles de pandemia siempre nos cuidaste.

## **Dedicatoria**

A mí querida Andrea, por tu amor incondicional, por tu sonrisa y tus muestras de cariño, que aunque estás pequeña me diste siempre la fortaleza de continuar y no caer, para que te sientas orgullosa de tu mami.

A mi esposo Hector Soto Comparan, que siempre me apoyaste y me tuviste palabras de aliento, porque me ayudaste a mantener la cordura y no salirme de mi objetivo.

A mis padres que con su amor y apoyo incondicional, siempre me han alentado a seguir preparándome, siempre impulsándome a crecer y ser ejemplo para las generaciones que vienen, siempre presentes en mi corazón.

A todas las mujeres que siguen sus sueños, que salen a buscar la verdad a través de la ciencia, que luchan en contra de la corriente para su desarrollo, que tienen que vencer muchos obstáculos que por cuestión de género, el salto es más alto ya que el éxito incluye en algunas de ellas sacrifican tiempo a sus apreciables familias.

## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco Teórico	9
Teoría de Empoderamiento en Salud	9
Modelo de empoderamiento de uso de anticonceptivos en madres Adolescentes	17
Estudios Relacionados	35
Objetivo General	57
Objetivos específicos de tipo cuantitativo	57
Objetivo específico de tipo cualitativo	58
Objetivo específico de tipo mixto	58
Definición de Términos	58
Capítulo II	
Metodología	61
Diseño del estudio	61
Criterios de inclusión	62
Criterios de exclusión	63
Criterios de eliminación	63
Fase Cuantitativa	63
Población, muestra y muestreo	63
Descripción de los instrumentos	63
Fase Cualitativa	70
Población y muestra	70
Descripción de la guía de entrevista	70

## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Procedimiento para recolección de datos	71
Metainferencias	74
Consideraciones Éticas	76
Plan de análisis	79
Capitulo III	
Resultados	81
Resultados de la fase cuantitativa	82
Datos sociodemográficos	82
Correlaciones de las variables de interés	87
Estadística descriptiva de las variables y pruebas de normalidad	89
Estadística Inferencial	91
Resultados de la fase cualitativa	121
Categorías	125
Categoría 1: Estar embarazada	125
Subcategoría 1: Motivos del embarazo	125
Subcategoría 2: Algo inesperado	126
Subcategoría 3: Un suceso traumático	127
Subcategoría 4: Un conflicto familiar	129
Subcategoría 5: Lo mejor que me ha pasado	131
Categoría 2: Ser mamá	132
Subcategoría 1: Una etapa difícil	132
Subcategoría 2: Cambios en mi vida	134
Subcategoría 3: Complicaciones del bebé	135
Subcategoría 4: Apoyo a la madre adolescente	136
Categoría 3: Cómo me voy a cuidar	138

## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Subcategoría 1: Imposición de anticonceptivos	138
Subcategoría 2: Poder de elección	139
Subcategoría 3: Decisiones importantes	140
Subcategoría 4: Soporte de la pareja	140
Subcategoría 5: Cuidado profesional	141
Síntesis de resultados cualitativos	142
Resultados Mixtos	147
Perfiles narrativos de las madres adolescentes	150
Metainferencias	158
Modelo de la conducta anticonceptiva en madres adolescentes	
MOCAMA	160
Capítulo IV	
Discusión	163
Conclusiones	184
Limitaciones	186
Recomendaciones	187
Referencias	189
Apéndices	215
A. Preguntas filtro	216
B. Cédula de datos personales	217
C. Escala de bienestar psicológico	219
D. Evaluación del conocimiento anticonceptivo	221
E. Escala de autoestima	226
F. Escala de autoeficacia para el uso de anticonceptivos	227

## Tabla de Contenido

Contenido	Página
G. Creencias sobre la maternidad	229
H. Escala de apoyo social (familiar, pareja y profesional de salud)	230
I. Instrumento de empoderamiento en adolescentes subescala de poder sexual	236
J. Dimensión II intención de uso de anticonceptivos	237
K. Escala de conducta anticonceptiva	239
L. Entrevista semiestructurada a madres adolescentes	240
M. Consentimiento informado para la madre adolescente	245
N. Consentimiento informado para padre o tutor de la madre adolescente	247
Ñ. Carta de asentimiento informado para madres adolescentes	249
O. Consentimiento informado para madres adolescentes de forma virtual	251
P. Consentimiento para padres o tutores virtual de la madre adolescente en modalidad virtual	253
Q. Carta de asentimiento informado para madres adolescentes modalidad virtual	255
R. Tríptico de métodos anticonceptivos	257
S. Libro de códigos	258
T. Estadística descriptiva de Instrumentos	268

## Lista de figuras

Figura	Página
1. Teoría de empoderamiento en salud	14
2. Estructura teórica-conceptual-empírica de factores contextuales de la madre adolescente (primera parte)	25
3. Estructura teórica-conceptual-empírica de factores contextuales de la madre adolescente (segunda parte)	26
4. Estructura teórica-conceptual-empírica de factores interpersonales de la madre adolescente	29
5. Estructura teórica-conceptual-empírica de empoderamiento de uso de anticonceptivos	31
6. Estructura teórica-conceptual-empírica de la conducta anticonceptiva	33
7. Estructura del Modelo de empoderamiento en el uso de anticonceptivos en madres adolescentes	34
8. Modelo de empoderamiento de uso de anticonceptivos en madres adolescentes	35
9. Diagrama de rigor metodológico en Métodos Mixtos	62
10. Diagrama de flujo de los criterios de elegibilidad	75
11. Diseño transformativo concurrente DISTRAC del modelo de empoderamiento de uso de anticonceptivos en madres adolescentes	76
12. Plan de análisis	80
13. Representación gráfica de características individuales sobre el empoderamiento de uso de anticonceptivos	93
14. Representación gráfica de autoestima sobre el empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos	99

## Lista de figuras

Figura	Página
15. Representación gráfica del bienestar psicológico sobre empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos	101
16. Representación gráfica de conocimiento de anticonceptivos sobre empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos	103
17. Representación gráfica de autoeficacia anticonceptiva sobre empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos	104
18. Representación gráfica del deseo de ser madre sobre empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos	106
19. Representación gráfica de factores interpersonales sobre empoderamiento de uso de anticonceptivos	108
20. Representación gráfica de factores interpersonales sobre la intención de uso de anticonceptivos	109
21. Representación gráfica de factores interpersonales sobre el uso de anticonceptivos	110
22. Modelo final de factores contextuales y factores Interpersonales con el empoderamiento de uso de anticonceptivos	112
23. Modelo final de factores contextuales y factores interpersonales con el uso de anticonceptivos	115
24. Representación gráfica de empoderamiento de uso de anticonceptivos sobre la intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos	117

## Lista de figuras

Figura	Página
25. Representación gráfica de intención de uso de anticonceptivos sobre uso de anticonceptivos	118
26. Modelo de mediación, intención de uso de anticonceptivos con el empoderamiento de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos	120
27. Representación gráfica de asociación cuantitativa entre variables	121
28. Modelo de descripción de los factores relacionados en el uso de métodos anticonceptivos	146
29. Modelo de descripción de los factores relacionados en el no uso de métodos anticonceptivos	147
30. Gráfica de media total de la escala de conducta anticonceptiva	149
31. Modelo de conducta anticonceptiva en madres adolescentes MOEMA	162

## Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Características sociodemográficas	82
2. Características sociodemográficas escolares y laborales	83
3. Antecedentes ginecobstétricos	84
4. Datos ginecobstétricos de las madres adolescentes	85
5. Uso previo de anticonceptivos en madres adolescentes	85
6. Consistencia interna de los instrumentos	86
7. Correlaciones de variables de interés	88
8. Estadística descriptiva y resultado de la prueba Kolmogorov-Smirnov	89
9. Prueba de asociación de características individuales sobre el empoderamiento del uso de anticonceptivos	91
10. Modelo de regresión logística de características individuales sobre el empoderamiento de uso de anticonceptivos, categoría de referencia bajo	92
11. Modelo de regresión lineal, de las características individuales con el empoderamiento de uso de anticonceptivos	93
12. Prueba de asociación de las características individuales sobre la intención de uso de anticonceptivos	94
13. Modelo de regresión logística multinomial de características individuales, sobre intención de uso de anticonceptivos categoría de referencia alto	95
14. Modelo de regresión lineal de características individuales, sobre intención de uso de anticonceptivos	96
15. Prueba de asociación de las características individuales, sobre el uso de anticonceptivos	96

## Lista de Tablas

Tabla	Página
16. Modelo de regresión logística multinomial de características individuales, sobre uso de anticonceptivos categoría de referencia bajo	97
17. Modelo de regresión lineal de características individuales, con el uso de anticonceptivos	98
18. Prueba de asociación de autoestima sobre el empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos	98
19. Modelo de regresión lineal de autoestima sobre el empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos	99
20. Prueba de asociación de bienestar psicológico sobre empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos	100
21. Modelo de regresión lineal de bienestar psicológico sobre empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos	101
22. Prueba de asociación de conocimiento de anticonceptivos sobre el empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos	102
23. Modelo de regresión lineal de conocimiento de anticonceptivos sobre empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos	102

## Lista de Tablas

Tabla	Página
24. Prueba de asociación de autoeficacia anticonceptiva sobre empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos	103
25. Modelo de regresión lineal de autoeficacia anticonceptiva sobre empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos	104
26. Prueba de asociación de deseo de ser madre sobre empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos	105
27. Modelo de regresión lineal de deseo de ser madre sobre el empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos	106
28. Prueba de asociación de factores interpersonales sobre empoderamiento de uso de anticonceptivos	107
29. Prueba de asociación de factores interpersonales sobre la intención de uso de anticonceptivos	107
30. Prueba de asociación de factores interpersonales sobre uso de anticonceptivos	107
31. Modelo de regresión lineal múltiple de factores interpersonales con empoderamiento de uso de anticonceptivos	108
32. Modelo de regresión lineal múltiple, de factores interpersonales con la intención de uso de anticonceptivos	109
33. Modelo de regresión lineal múltiple, de factores interpersonales con el uso de anticonceptivos	110

## Lista de Tablas

Tabla	Página
34. Modelo de regresión lineal de factores contextuales y factores interpersonales sobre el empoderamiento de uso de anticonceptivos	111
35. Modelo de regresión lineal de factores contextuales y factores interpersonales con la Intención de uso de anticonceptivos, bootstrap	113
36. Modelo de regresión lineal de factores contextuales y factores interpersonales sobre el uso de anticonceptivos	114
37. Prueba de asociación de empoderamiento de uso de anticonceptivos, sobre la Intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos	116
38. Modelo de regresión lineal de empoderamiento de uso de anticonceptivos sobre la intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos	116
39. Prueba de asociación de intención de uso de anticonceptivos sobre el uso de anticonceptivos	117
40. Modelo de regresión lineal de la intención del uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos	118
41. Modelo de regresión lineal de empoderamiento de uso de anticonceptivos sobre la intención de uso de anticonceptivos	119
42. Modelo de regresión lineal de empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos sobre uso de anticonceptivos	119
43. Efecto indirecto, directo total y prueba de Sobel de intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos	120

## Lista de Tablas

Tabla	Página
44. Dirección de códigos similares I	123
45. Dirección de códigos similares II	124
46. Dirección de códigos similares III	124
47. Cuantificación de las subcategorías para la conducta anticonceptiva	148
48. Media de cada una de las participantes	150
49. Combinación de datos cuantitativos y cualitativos	155

## Resumen

MSN Clarisa Luna Ferrales  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
Facultad de Enfermería

Fecha de graduación: Febrero 2023

**Título del estudio:** EMPODERAMIENTO DE USO DE ANTICONCEPTIVOS PARA PREVENIR EL EMBARAZO SUBSECUENTE EN ADOLESCENTES, ABORDAJE MÉTODOS MIXTOS

**Número de páginas:** 309

Candidato para Obtener el Grado de Doctor en Ciencias de Enfermería

**LGAC:** Sexualidad responsable y prevención de ITS-VIH/SIDA

**Propósito y Método del estudio:** El objetivo del estudio fue explicar un modelo de empoderamiento en el uso de anticonceptivos desde un enfoque mixto, utilizando como sustento teórico la Teoría de Empoderamiento en salud de Shearer (2000) y la teoría fundamentada-hermenéutica. Se realizó un diseño concurrente transformativo, lo que permitió recolectar y analizar los datos simultáneamente para luego realizar las metainferencias del estudio. La población estuvo compuesta por madres adolescentes de entre 14 y 19 años de edad que acudían a los centros de salud de la ciudad de Chihuahua. Para responder al diseño metodológico mixto, se realizaron dos fases una cuantitativa (CUAN) y otra cualitativa (CUAL), para la primera fase cuantitativa se plantearon 14 objetivos que tenían como objetivo, describir los datos sociodemográficos y antecedentes ginecobstétricos de las madres adolescentes y establecer las asociaciones entre las variables del modelo desarrollado; los factores contextuales (Uso previo de anticonceptivos, anticonceptivos deseado, pareja sentimental, autoestima, bienestar psicológico, conocimientos de anticonceptivos, autoeficacia anticonceptiva y deseo de ser madre) y factores interpersonales (apoyo familiar, apoyo de la pareja y apoyo del personal de salud) en madres adolescentes, con el empoderamiento en el uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos. El diseño para la fase cuantitativa fue descriptivo, correlacional y transversal, con un muestreo no probabilístico, por medio del paquete estadístico NQuery Advisor, con un nivel de significancia de .05, un coeficiente de determinación de  $r^2=.09$  y una potencia de prueba del 90%, para un modelo de regresión lineal múltiple, con 14 variables, considerando una tasa de no respuesta de 23%, dando como resultado un tamaño de muestra de 330 participantes. Para la medición de 14 variables del estudio, se utilizaron una cedula de datos personales y diez instrumentos con escalas y subescalas, los cuales presentaron datos de validez y confiabilidad aceptables. La segunda fase denominada cualitativa tuvo un diseño descriptivo, las informantes fueron las madres adolescentes que participaron en la fase cuantitativa, lo cual cumplió con la muestra para las metainferencias, la muestra final estuvo conformada por nueve participantes, el muestreo fue por bola de nieve, las cuales llegaron a la comprensión de los significados. Para esta fase se realizó una guía de entrevista semiestructurada, donde se exploraron datos sociodemográficos, tres categorías principales que emergieron; el significado de la maternidad, métodos anticonceptivos y empoderamiento, que fueron audiograbadas previo consentimiento y en su caso asentimiento informado firmado, la duración de las

entrevistas fueron aproximadamente de entre 30 a 40 minutos, después se transcribieron en el software MAXQDA. Para las metainferencias se combinaron los datos cuantitativos y cualitativos se crearon perfiles narrativos y con la media de la variable uso de anticonceptivos que midió la conducta anticonceptiva.

**Resultados y conclusiones:** Los resultados CUAN, se encontró que la media de edad de las madres adolescentes fue de 17.6 años ( $DE=1.38$ ), la mayoría esta con pareja y sin ninguna actividad económica. Los antecedentes ginecobstétricos se encontró una media de edad del primer embarazo de 16.2 años ( $DE=1.38$ ). La mayoría si ha utilizado anticonceptivos, siendo el más utilizado el condón masculino y después el implante. En los modelos de regresión se encontró que un efecto negativo del uso previo de anticonceptivos y un efecto positivo del anticonceptivo deseado con el empoderamiento, se encontró un efecto positivo de uso previo de anticonceptivos con el uso de anticonceptivos. Un efecto negativo de autoestima con empoderamiento de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos. Un efecto positivo del bienestar psicológico con empoderamiento de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos. Existe una influencia positiva del conocimiento de anticonceptivos con empoderamiento de uso de anticonceptivos y con uso de anticonceptivos. Existe una influencia positiva de la autoeficacia anticonceptiva con el empoderamiento de uso de anticonceptivos, con la intención de uso de anticonceptivos y con el uso de anticonceptivos. Existe una relación positiva del deseo de ser madre con la intención de uso de anticonceptivos. Existe una relación positiva de apoyo familiar, apoyo de la pareja y apoyo del personal de salud con el empoderamiento. Existe una relación positiva del apoyo familiar sobre la intención de uso de anticonceptivos. Existe una relación positiva del apoyo de la pareja sobre el uso de anticonceptivos. Para el modelo de regresión lineal de factores contextuales con factores interpersonales se encontró una relación positiva con conocimiento de anticonceptivos, autoeficacia anticonceptiva y apoyo de la pareja con el empoderamiento de uso de anticonceptivos y una relación positiva con conocimiento y autoeficacia anticonceptiva, sobre el uso de anticonceptivos. Existe una relación positiva del empoderamiento de uso de anticonceptivos e intención de uso de anticonceptivos con el uso de anticonceptivos. Se considera la intención de uso de anticonceptivos como un mediador parcial para el uso de anticonceptivos. En la fase CUAL se identificaron tres categorías (Estar embarazada, ser mamá y cómo me voy a cuidar) y trece subcategorías (algo inesperado, un suceso traumático, un conflicto familiar, una etapa difícil, cambios en mi vida, apoyo a la madre adolescente, poder de elección, decisión importante, soporte de la pareja, cuidado profesional, motivos del embarazo, lo mejor que me ha pasado, complicaciones con el bebé). De acuerdo a las metainferencias del resultado mixto se incluye en el modelo la variable libertad de decisión, que influye en la conducta anticonceptiva. Este estudio permitió conocer una realidad de las madres adolescentes y comprender sus necesidades como grupo vulnerable, los hallazgos de este estudio son de gran importancia ya que aporta conocimiento y evidencia científica para la formulación de intervenciones enfocadas en la educación humana en sexualidad, para prevenir o postergar embarazos subsecuentes en adolescentes.

**FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS:** \_\_\_\_\_

## **Capítulo I**

### **Introducción**

El embarazo en la adolescencia y la maternidad, sigue siendo un desafío en comunidades con altos índices de pobreza, bajo capital social y acceso inadecuado a la anticoncepción (Bacher & Alzueta, 2019; Barona et al., 2017; Cox et al., 2019; Naranjo et al., 2018; Fondo de población de las naciones unidas [UNFPA], 2020a), es considerado como un problema de salud pública, por presentar mayor riesgo de complicaciones y muerte de la madre adolescente y su hijo (Flores et al, 2017; Galvão et al., 2018; Guerrero, 2020; Organización Panamericana de Salud [OPS], 2017a, 2019b).

El embarazo subsecuente en la adolescencia, la conducta anticonceptiva y el empoderamiento en el uso de anticonceptivos, son considerados fenómenos complejos de salud para su estudio por su multicausalidad, que pudiera conducir a la madre adolescente a tener prácticas de riesgo en el uso de anticonceptivos (Cox et al., 2019; Naranjo et al. 2018). Además, el embarazo en la adolescencia tiene repercusiones económicas y sociales, que incrementa el estado de vulnerabilidad de este grupo poblacional (Medina & Ortiz, 2018; OPS, Organización Mundial de la Salud [OMS], UNFPA, y Fondo de las naciones unidas para la infancia [UNICEF], 2016). Es por eso se considera necesario su abordaje ya que pudieran presentar conductas de riesgo que altere su bienestar y la de su hijo o hija.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es un periodo comprendido de entre los 10 y 19 años de edad. La OMS reporta que el 11 % de los nacimientos en el mundo se presentan en mujeres entre los 15 y 19 años de edad y las complicaciones relacionadas al embarazo y parto, son la principal causa de muerte en este grupo poblacional (OMS, 2018a). En América Latina y el Caribe, continúan siendo las subregiones con la segunda tasa más alta en el mundo de embarazos en adolescentes (OPS, 2019c). De acuerdo a Leftwich y Alves (2017) el 80% de los embarazos en adolescentes fueron no planeados y aproximadamente el 63% repitieron un embarazo

antes de los 18 meses posteriores al parto y más de un tercio reportó no haberlo planeado.

Mientras que en México en el año 2017 dos de cada diez nacimientos eran de una mujer menor de 20 años (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2017a), también la tasa de fecundidad en adolescentes se presenta por encima de la media global de 46 nacimientos por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años y para el año 2018 el 14.38% de adolescentes habían experimentado uno o más embarazos subsecuentes (Instituto nacional de la mujer [INMUJERES] & Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2018). Cerca del 20% y 25% de los embarazos en adolescentes, se encuentran en su segundo o tercer embarazo y esta situación no ha disminuido en los últimos 10 años (Sánchez-Pájaro et al., 2019).

En el caso del embarazo subsecuente, el riesgo de complicaciones se incrementa al doble en mujeres menores de 19 años y los hijos tienen mayor probabilidad de ser prematuros o de bajo peso al nacer que en los primeros nacimientos (INMUJERES & INSP, 2018). El embarazo subsecuente en la adolescencia, es considerado como la incidencia de dos o más embarazos antes de los 20 años (Aslam et al., 2017), es aquel que ocurre dentro de los 24 meses después de parir al primer o segundo hijo (OMS, 2019b; Ramos & Borges 2016).

Para el año 2017 en el estado de Chihuahua la razón de mortalidad materna fue de 71.4, la más alta en el país en menores de 19 años y en el 2018 reportó un 19.13% dentro de las entidades con mayor porcentaje de embarazo subsecuente en el país (INEGI, 2018). González y Hernández (2020) refiere que más de 50% de las madres adolescentes continúan siendo sexualmente activas en los primeros tres meses después del parto y más de la mitad no usan anticonceptivos. González, concluye que el 73.5% de las madres adolescentes, no utilizó algún método anticonceptivo en el posparto, identificándolo como un factor individual, donde refiere que la mayoría de las adolescentes, se consideran “olvidadizas” para el uso consistente de los métodos

anticonceptivos, incrementando así el riesgo de un embarazo y posibles complicaciones, en el parto y puerperio.

De acuerdo a la UNFPA (2020a), una de las estrategias que se ha establecido para la reducción del embarazo en la adolescencia, ha sido el uso de métodos anticonceptivos (MAC) modernos (Villalobos et al., 2020). México estableció la Estrategia Nacional de Prevención de Embarazo Adolescente (ENAPEA) 2020 (Méndez, 2020) y las Normas Oficiales Mexicanas como NOM 047-SSA-2015 y la NOM 005-SSA-1993, las cuales brindan consejería, en la promoción de conductas seguras, inclusión de anticoncepción sin prescripción médica y el programa de anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto. Estas estrategias, se han implementado en madres adolescentes para prevenir el embarazo y el embarazo subsecuente, con anticoncepción de larga duración sin embargo, aunque las adolescentes empiezan a utilizarlos, las tasas de fecundidad en esta población continúan siendo altas, padeciendo los efectos físicos, psicológicos y sociales del embarazo (Lewin et al., 2016).

En el reporte de Villalobos et al. (2020), refieren que entre el 2012 y 2018-2019 la proporción de las adolescentes de entre 12 y 19 años que no utilizaron métodos anticonceptivos, se redujo tanto en la primera como en la segunda relación sexual, además poco más de la cuarta parte de las mujeres, sigue sin usar algún método anticonceptivo, en cuanto al uso de anticonceptivos de larga duración (ARAP), la mayor prevalencia la encontraron en las mujeres adolescentes con un 12% considerado bajo, algunas de las razones por el escaso progreso en México, es que el uso de ARAP, está fuertemente relacionado con la unión conyugal o con un embarazo previo.

Según las OMS (2018a), veintitrés millones de adolescentes de 15 a 19 años han reportado insatisfecha su necesidad de disponer de métodos anticonceptivos modernos. A pesar de que algunas adolescentes conocen y desean utilizar los anticonceptivos se encuentran con muchos obstáculos para acceder a ellos como, leyes que restringen el suministro por la edad de la adolescente o su estado civil, la precaria sensibilización de

algunos profesionales de la salud para reconocer las necesidades de las adolescentes en cuestiones de salud sexual y reproductiva, la falta de recursos y las condiciones socioeconómicas en donde radican estas adolescentes (Norton et al., 2017).

Las dificultades por las que pasa un adolescente para el uso de anticonceptivos, radican en algunos contextos en el que se encuentran como, la presión de la familia o pareja para tener un hijo más o el deseo de ser madre, ya que la maternidad cumple con su expectativa de vida también, las experiencias negativas en el sector salud han favorecido al no uso y utilización incorrecta, así como los estigmas que rodean a la actividad sexual y el uso correcto de anticonceptivos (Darroch et al., 2016).

El conjunto de variables en el ámbito individual, relacional y social que se asocian en la incidencia del embarazo en la adolescencia, contribuyen a una vulnerabilidad mayor (OPS, 2019), pero estas variables no operan de manera aislada o de igual forma en contextos sociales diferentes, sino que son el resultado de la combinación e interacción entre varios elementos circunstanciales que lo pudieran explicar (Cruz et al., 2018; Stern, 2004). Sin embargo, también se pueden encontrar otras causas subyacentes que aún no han sido exploradas ni comprendidas (INMUJERES, 2020), lo que se sugiere seguir investigando la conducta anticonceptiva, en el uso de anticonceptivos de las madres adolescentes.

La evidencia muestra que el empoderamiento puede aumentar la demanda de anticoncepción satisfecha con métodos modernos, han sido pocos estudios han medido este proceso en múltiples esferas de la vida en la mujer, en la mujer joven y en la madre adolescente (James-Hawkins et al., 2018). Una extensa literatura ha explorado el concepto y la medición del empoderamiento, sin embargo sigue existiendo una falta de consenso sobre lo que representa el empoderamiento conceptualmente así como la relación del empoderamiento y el uso de anticonceptivos, en adolescentes y madres adolescentes (MacQuarrie, 2021; OPS, 2017b; Yount et al., 2015).

El empoderamiento ha sido abordado por diferentes disciplinas como la economía, antropología, sociología, enfoque de derechos, salud pública entre otros (Malhotra et al., 2002). Sin embargo, desde un enfoque de empoderamiento reproductivo o de uso de anticonceptivos, se ha relacionado con el empoderamiento de la mujer y esto es porque la reproducción está localizada en los cuerpos de las mujeres. Es decir la mujer soporta las consecuencias de los efectos de la reproducción, pero esto no quiere decir que el empoderamiento reproductivo solo se aplique a mujeres y niñas.

Se ha evidenciado, el beneficio en mujeres respecto a la toma de decisiones que generan un cambio en la conducta, que de acuerdo con Schutt et al. (2012), la autonomía de las mujeres ha probado, ser un factor central para el logro de numerosas metas demográficas, como el mejoramiento de la salud de la mujer y la reducción de la fertilidad en diversos países, de igual manera el empoderamiento ha mostrado una relación positiva con el uso de anticonceptivos.

Las niñas y mujeres empoderadas tienen más probabilidades de retrasar el matrimonio, planificar sus embarazos, recibir atención prenatal y dar a luz atendidas por un proveedor de salud capacitado (Asalou et al., 2017). Para Pratley (2016), la importancia de la participación de la pareja en la toma de decisiones compartidas con la madre adolescente, encuentra una significancia positiva en el uso de anticonceptivos y la comunicación entre esposa y esposo en relación a la planificación de la familia.

En un estudio realizado por Whitaker et al. (2014) encontraron que las adolescentes que expresaban control sobre sus vidas futuras, tenían menos probabilidades de quedar embarazadas, que aquellas que carecían de ambición. De acuerdo con De Castro et al. (2018), refieren que cuando la adolescente se empodera en la toma de decisiones, le favorece contar con conocimiento, actitud y herramientas que necesitan para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, como planificar su maternidad, ya que se ha visto que suelen posponer su embarazo utilizando algún

anticonceptivo, independientemente si tiene acceso o no a los servicios de salud, influyendo así en la conducta anticonceptiva de las adolescentes.

En el caso de un segundo embarazo, las estrategias difieren de la prevención del primero, la consejería anticonceptiva se presume ineficaz, insuficiente o inexistente, en algunos lugares los recursos de anticoncepción son limitados, los seguimientos y consejerías de pareja deficientes o inexistentes (INMUJERES & INSP, 2018). Por lo tanto, la madre adolescente requiere de nuevas estrategias, que realmente la empodere en la toma de decisiones, en el uso de anticonceptivos y pueda prevenir o postergar otro embarazo.

La conducta sexual en adolescentes ha sido objeto de diversos estudios disciplinares y multidisciplinarios. En países de ingresos altos como Estados Unidos, Nepal o Inglaterra, han reportado a través de estudios cuantitativos y cualitativos, algunos con metodología mixta, que existe una relación entre el empoderamiento y el comportamiento reproductivo-anticonceptivo (Allahverdizadeh, 2018; Borovac-Pinheiro et al., 2019; Conroy et al., 2016; Fortier & Foster, 2018, Hsu et al., 2010).

En un estudio realizado por Sebayang et al. (2019), refieren que la relación del empoderamiento de las madres adolescentes con la solicitud de consultas prenatales y métodos anticonceptivos, es en menor medida que con las mujeres adultas. Sin embargo, en población Mexicana esta relación no ha sido explorada. Para Yaya et al. (2018), refieren que el empoderamiento de uso de anticonceptivos, se relaciona positivamente con la cercanía a los centros de salud, cuando se determina los factores demográficos que impactan en la salud de la mujer y de las familias.

En México ha sido escasa la investigación desde la perspectiva de empoderamiento relacionado a la conducta reproductiva-anticonceptiva y las diferentes dimensiones, en mujeres adolescentes. En la literatura solo se encontraron algunos trabajos que aborden el empoderamiento y la salud sexual y reproductiva. Casique (2003a), realizó un estudio de empoderamiento con jóvenes de 20 años, Jacinto et al.

(2020), proponen que a través de la mentoría, se puede empoderar a las adolescentes en el uso de anticonceptivos y Cedeño (2006), que aborda el empoderamiento de la conducta anticonceptiva en mujeres adultas trabajadoras. Por lo que se requiere de indagar a profundidad en madres adolescentes, la conducta anticonceptiva, en diversos contextos en los que se encuentran.

Los modelos de empoderamiento identificados en la literatura, abordan las situaciones contextuales de una mujer adulta en la toma de decisiones o en adultos jóvenes, que no explican la relación entre empoderamiento y conducta anticonceptiva en madres adolescentes (Alva, 2018; Fernández & Calle, 2018; Nair, 2019; Pratley, 2016; Shakya et al., 2018). Es por eso que se requieren de estudios que aborden la situación contextual, que influye en una madre adolescente a repetir un embarazo, así como el nivel de empoderamiento en la toma de decisiones anticonceptivas.

Algunos estudios refieren que el embarazo subsecuente se ha asociado a factores contextuales de la madre adolescente y factores sociales, a los que se les atribuye un mayor riesgo para embarazo (Hubel & Moreland, 2020; Maravilla et al., 2019b). Como lo refiere en la teoría del empoderamiento de Shearer (2000a), existen factores contextuales y factores interpersonales de la mujer, que influyen en las conductas de salud, estos factores se pueden componer de aquellos caracteres particulares o individuales, inclusive que no estén descritos en la teoría, que influyen en el comportamiento de las personas.

Para este estudio se tomaron los constructos de los factores contextuales (individuales y cognitivos) y los factores interpersonales, que al relacionarse pueden explicar un comportamiento de empoderamiento. Por lo anterior expuesto, la conducta anticonceptiva en madres adolescentes no se ha explorado del todo, ya que acentúa en esta población su vulnerabilidad, como el embarazo subsecuente, situación que se ha descrito como de riesgo para la vida de ella y de sus hijos. En algunos trabajos se han estudiado algunas de las variables de uso de anticonceptivos (Caudillo-Ortega et al.,

2019; Manjarres, 2020) sin embargo no alcanzan a explicar la conducta anticonceptiva, desde el enfoque del empoderamiento en el uso de anticonceptivos de las madres adolescentes.

La conducta anticonceptiva en madres adolescentes es el resultado de los factores que atribuyen al uso o no uso de anticonceptivos. La relación del empoderamiento y la conducta anticonceptiva en adolescentes, no ha sido lo suficientemente explorada y también resulta un fenómeno complejo para su comprensión. Por lo que se considera necesario un abordaje integral desde la metodología mixta, ya que este enfoque permitirá una mejor visualización de este fenómeno en el comportamiento de las madres adolescentes, con la riqueza que puede aportar los datos cuantitativos, los datos cualitativos y la convergencia de los mismos.

En este sentido la Teoría del empoderamiento en salud, parece ser una teoría que favorece la comprensión de la conducta anticonceptiva a través del empoderamiento de la madre adolescente. La teoría del empoderamiento en salud Shearer (2000a), se ha utilizado para comprender conductas en salud como de algunas personas con problemas crónicos. Se considera necesario también probar la capacidad explicativa de esta teoría en la conducta anticonceptiva de las madres adolescentes mexicanas, ya que son escasos los estudios en esta población.

La prevención del embarazo subsecuente en adolescentes es tarea de todos, pero en particular del profesional de enfermería, ya que puede contribuir en su prevención, aportando a través de la investigación nuevo conocimiento, para establecer estrategias de cuidado más efectivas, que respondan a las necesidades de las madres adolescentes, identificando nuevos estilos conductuales de esta población y que estos resultados favorezcan a la formulación de intervenciones para la prevención del embarazo.

Por lo descrito anteriormente, el propósito de este estudio es explicar un modelo de empoderamiento en el uso de anticonceptivos en madres adolescentes a través de un diseño concurrente transformativo, que describa la realidad del uso de anticonceptivos,

además de explorar aquellos factores relacionados con la conducta anticonceptiva en el empoderamiento en madres adolescentes.

### **Marco Teórico**

Para el presente estudio se tomaron como marco de referencia los conceptos de la Teoría de Empoderamiento en Salud (TES) de Shearer (2000a). La TES, ofrece un marco para comprender y predecir la conducta que promueve la salud. A continuación, se describe la TES, posteriormente se presenta la técnica de subestructuración teórica, que fue utilizada para generar el modelo propuesto de empoderamiento en uso de anticonceptivos y el marco conceptual de la fenomenología hermenéutica para responder al enfoque mixto que se aborda este trabajo.

#### ***Teoría de empoderamiento en salud***

La TES, es una teoría de rango medio, que ofrece comprender y predecir la conducta en salud, sustentada en diferentes teorías: La teoría de seres humanos unitarios de Rogers (1970a), la de teoría de poder consiente de Barret (1986a) y el modelo de promoción en salud de Pender (1996). Esta teoría posee dos grupos de constructos que se relacionan hasta tener como resultado la conducta de empoderamiento en salud, el primero se refiere al proceso persona-entorno y considera dos conceptos; los factores contextuales (edad, ingreso, número de hijos) y los Factores interpersonales (apoyo social y apoyo profesional), se relacionan para dar las características generales de la persona. El segundo constructo se refiere a los patrones de salud, que considera un concepto denominado del empoderamiento en salud.

#### **Proceso persona-entorno.**

Se refiere a la cambio constante, único y evolutivo, del ser humano y su medio ambiente (Horvath, 1994). De acuerdo a Rogers (2010b) describe este cambio como una interacción armónica entre el hombre y su entorno, en otras palabras determina que los cambios de la persona y su entorno se dan de forma paralela, para entender su forma evolutiva del ser humano, es necesario ver al ser unitario como sistema abierto (persona)

y su relación con otro sistema abierto (entorno) así como, la asunción de que estos cambios son en forma cíclica que interactúan constantemente todos los seres humanos y su entorno (Bernal et al., 2020b). Schulze (2002), refiere que la persona-entorno tiene efecto multicausal, con influencia directa o indirecta sobre su persona y su comportamiento (Kaiser & Schulze, 2018), esta influencia estará determinada por el efecto del “entorno” hacia la “persona”, como aquellas circunstancias sociales, físicas o de otra índole que afectan o impactan en la conducta de la persona (Domínguez & Jiménez, 2017). En este constructo proceso de persona-entorno a su vez, se compone de dos conceptos: 1) Factores contextuales y 2) Factores interpersonales, que se encuentran vinculados por las características de la población de madres adolescentes y su relación con su entorno, que determinan una respuesta al empoderamiento.

#### *Factores contextuales.*

Se definen los factores contextuales como aquellas características personales e individuales, sociodemográficas y de salud que proporcionan un perfil de una mujer, como biológicos, psicológicos y sociales, que de acuerdo con el modelo de Pender, son predictores de una conducta. Desde la perspectiva Rogeriana, las variables demográficas y de salud son "definidas arbitrariamente, culturalmente infundida y cargado de valor" (Rogers, 1970a). Debido a que existen números factores personales únicos, para su estudio, deben de incluirse solo aquellos que son teóricamente relevantes para la explicación de un comportamiento que afecta a su salud (Pender, 1996).

Los factores contextuales incluyen características únicas de la mujer como; edad, bienestar psicológico, ingresos, educación, número de hijos, estado civil, tiempo de la unión situación laboral y raza / etnia y todos aquellos elementos que se pudieran incluir como atributo de la mujer. En algunos estudios del empoderamiento en la mujer de Shearer (2000a), reportan que solo el bienestar psicológico influyen en el empoderamiento en salud y las demás características propuestas en su teoría no tuvieron significancia, recomienda integrar otras variables propias de la mujer que ayuden a

explicar el comportamiento en salud. Para este estudio se define los factores contextuales de la madre adolescente, como los atributos personales de la madre adolescente, que la definen en su conducta sexual y reproductiva y que la conducen a la toma decisiones personales.

*Factores interpersonales.*

Se definen como factores interpersonales que en términos de interacción mutua, de apoyo y cambio recíproco se dan entre la mujer y los demás (Rogers, 1970), que sirve de fuente de crecimiento para la mujer (Hall, 1992). Algunos estudios han de mostrado el efecto de los sistemas de apoyo en las personas, y a su vez el impacto en el empoderamiento, logran un cambio positivo para su vida, estas relaciones pueden ser de apoyo de amistades, familiares, profesionales de la salud o cualquier persona significativa en la vida de las personas (Shearer, 2007c). Caracterizados por el *apoyo social* y *el apoyo profesional*. Para este estudio se define como factores interpersonales de la madre adolescente, como las relaciones que tiene la madre adolescente con otros personajes que la rodean como la familia, la pareja o el personal de salud y que de cierta manera influyen en la conducta anticonceptiva de la madre adolescente.

El *apoyo social* está constituido por las redes sociales, conformadas por los sujetos significativos cercanos al individuo que constituyen su ambiente social primario (Shearer, 2007c). El apoyo social suele estar compuesto por miembros de la comunidad, familia nuclear (madre), amigos, vecinos, compañeros de trabajo, pareja y los que considere significativos la persona, que fungen como elementos indispensables para la salud, ajuste y bienestar del individuo, ya que impactan de manera directa o indirecta en la conducta de la persona (Orcasita & Uribe, 2010), este tendrá un impacto en las decisiones de las madres adolescentes para su bienestar.

Para este estudio se integra el apoyo familiar que se define como: soporte emocional y económico de los padres, tías, abuelos, hermanos o primos hacia la madre adolescente, cualquier persona consanguínea que fortalece la toma de decisiones en el

uso de anticonceptivos, influyendo en la elección y sostenimiento de un anticonceptivo y apoyo de la pareja que se define como: soporte emocional y/o económico, con lazos fuertes para la toma de decisiones anticonceptivas y reproductivas, puede ser unión legalizada o no, pero la madre adolescente lo reconoce como compañero de vida, independiente de si es el padre o no del hijo, el cual favorece en la toma de decisiones en relación al uso correcto y sostenido de anticonceptivos

El *apoyo profesional*, en esta teoría se define como un proceso simultáneo y participativo entre la enfermera y la persona (Reed, 1997), donde la enfermera facilita, apoya, proporciona recursos y elimina obstáculos, mejorando así la conciencia de su patrón de salud y la capacidad para aprovechar sus recursos internos, en este proceso se reconocen las fortalezas, habilidades y atributos positivos de la mujer (Shearer, 2000a). En este caso se define como apoyo del personal de salud, cuyo acompañamiento en el uso y mantenimiento de anticonceptivos, educación sexual y reproductiva, por parte de los profesionales de la salud, a través de la mentoría, consultoría o aplicación de programas de salud sexual y reproductiva, que genera la confianza en la madre adolescente para elegir el método anticonceptivo que más le convenga.

### **Patrón de salud.**

Se define como una creencia transformadora en la propia capacidad para tener un sentido de poder sobre la salud y participar en la atención en salud. Tiene un sentido de poder en la mujer como el conocimiento, la participación en comportamientos de estilo de vida que promueven el cambio y salud, se manifiesta a través de la conciencia, las opciones, la libertad para actuar. Según Barrett (1990b) los conceptos de conciencia, elecciones, libertad e implicación están interrelacionados. Para Caroselli y Barret, (1998) la conciencia y la libertad de actuar intencionalmente "guían la participación en las elecciones y crean de cambio", la conciencia impregna todos los conceptos, mientras que la libertad de actuar es esencial para el sentido de poder porque se relaciona con

cuán poderosas son las elecciones de la mujer El patrón de salud incluye el concepto de empoderamiento en salud.

*Empoderamiento en salud.*

El concepto empoderamiento de la salud, se define como una creencia transformadora en la capacidad que tiene una persona, para tener un sentido de poder sobre su salud haciéndolo participe en el cuidado a su salud (Shearer, 2000a). El empoderamiento de las mujeres se operacionaliza en términos de sentido de poder y de conductas que promueven la salud. En relación al poder, se incluyen algunos términos como el conocimiento, la participación que promueven comportamientos que promueven el cambio y la salud.

En este sentido el poder se manifiesta a través de la conciencia, las opiniones, elecciones, la libertad para actuar y la disposición de generar nuevos cambios en su salud (Barrett. 1986a). Las conductas y el estilo de vida que promueve la salud, es el otro indicador para operacionalizar el empoderamiento en la mujer, este se refiere a los comportamientos que promueven la salud (Pender, 1996). Para este estudio se define empoderamiento en el uso de anticonceptivos, como la capacidad de la madre adolescente de tomar sus propias decisiones en el uso de anticonceptivos libres de coerción o violencia, para su salud sexual y reproductiva, puede estar acompañada o no, pero si lo está demuestra la capacidad de negociar con su pareja el método anticonceptivo que mejor les convenga.

De modo que los dos constructos teóricos del empoderamiento en salud de Shearer (2000a), como el proceso persona entorno y el patrón de salud y los conceptos de factores contextuales, factores interpersonales y empoderamiento en salud, en las mujeres se asocian positivamente, afirmando el principio de integridad de Rogers, lo que sugiere que el empoderamiento de la salud involucra a ambos constructos, los factores contextuales y los factores interpersonales, los cuales explican teóricamente el comportamiento de empoderamiento en salud.

Esta teoría cuenta con cuatro supuestos teóricos.

1.- El empoderamiento no es externo al individuo y no se puede otorgar u obligar a una persona.

2.- El empoderamiento es una relación mutua entre el individuo y el medio ambiente.

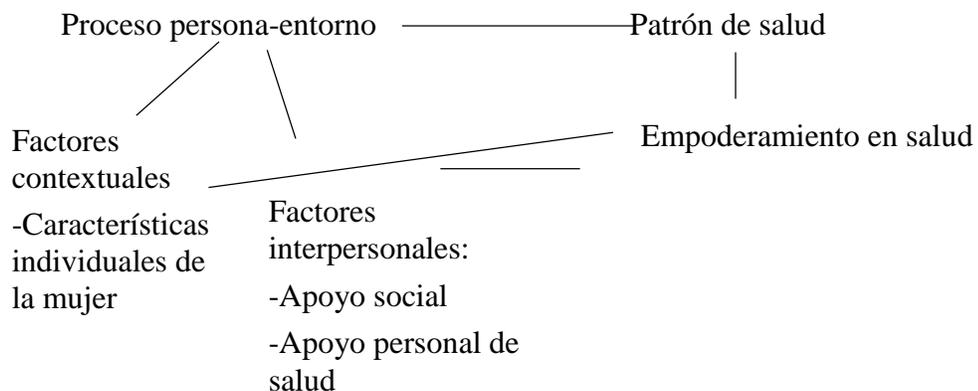
3.- El empoderamiento es un proceso continuo, no es un resultado estático.

4.- El empoderamiento se ve facilitado por el conocimiento de enfermería y la práctica basada en la evidencia.

En la figura 1, se muestra la Teoría de Empoderamiento en salud de Shearer (2000a). A continuación, se detallan los constructos y conceptos que emanan de este modelo. Este modelo se ha utilizado en diferentes estudios con poblaciones vulnerables como adultos mayores, adolescentes embarazadas, enfermedades crónicas, rehabilitación cardíacas entre otras (Shearer et al., 2010; Shearer, 2007b; Spencer & McLaren, 2017).

Figura 1

*Teoría de Empoderamiento en Salud (Shearer, 2000a)*



De acuerdo a Shearer (2000a) y Pender (2011), los conceptos pueden estar limitados y se sugieren que se pueden cambiar, a lo que sea teóricamente relevante para explicar o predecir el comportamiento del individuo, por lo que el investigador tiene la

libertad de elegir nuevos conceptos o constructos que apoyen al desarrollo teórico para el estudio de los fenómenos en el comportamiento de las personas.

De modo que, para explicar el empoderamiento en el uso de anticonceptivos en madres adolescentes, se requiere de conceptos específicos que expliquen su conducta anticonceptiva como son; uso previo de anticonceptivos, anticonceptivo deseado, pareja sentimental, autoestima, bienestar psicológico, conocimiento de anticonceptivos, autoeficacia anticonceptiva, deseo de ser madre, apoyo familiar, apoyo de la pareja, apoyo del personal de salud, empoderamiento en uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos, ya que la literatura refiere que estos factores son predictores en la toma de decisiones, que pudiera llevar al empoderamiento de la madre adolescente en su conducta anticonceptiva.

### **Fenomenología Hermenéutica**

En la metodología cualitativa, la fenomenología es un movimiento cuyo objetivo es la investigación directa y la descripción de los fenómenos que se experimentan de manera consiente, sin teorías sobre su explicación causal, libre de supuestos y de prejuicios. Este planteamiento no busca abordar nuevos contenidos sino redefinir el proceso global del conocimiento y de los modos de relación efectiva entre el sujeto y el objeto que allí tienen lugar, para que puedan advertirse los contenidos fenomenológicos.

La fenomenología se opone al modo directo del positivismo, el cual es un modo riguroso de pensar la realidad, como lo es también la propia fenomenología y otras concepciones es decir un modo científico de conocer la realidad (Prado et al., 2013). Es una forma de investigación, cualitativa que busca estudiar los fenómenos de la manera como son percibidos o experimentados y ofrece un medio para identificar los elementos esenciales o las esencias de la experiencia (Madjar & Walton, 1999).

La fenomenología descriptiva refleja el interés y necesidad de captar, describir y comprender la intencionalidad del sujeto investigado y el sentido de su experiencia en la situación concreta en que se encuentre. El enfoque descriptivo permite poner entre

paréntesis el conocimiento del investigador, conducir entrevistas y extraer significados desde las narrativas. La descripción fenomenológica es, ante todo, acumulación de cuanto se ha recogido (Dew, 2007).

El enfoque fenomenológico de investigación surge como una respuesta al radicalismo de lo objetivable. Fundamentado en los estudios de las experiencias de vida de las personas, relacionado a un evento o suceso, desde su propia perspectiva es decir desde el sujeto. Este enfoque analiza desde lo más profundo o de los aspectos más complejos que un ser humano experimenta, más allá de lo que se pueda cuantificar. El objetivo de este enfoque de acuerdo a Husserl (1992) busca explicar la naturaleza de las cosas, su esencia y la veracidad del propio fenómeno. Busca comprender desde la experiencia vivida en toda su complejidad, busca la toma de la conciencia y los significados (Fuster, 2019).

Para llevar a cabo una investigación fenomenológica, es necesario conocer las vivencias de las personas por medio de las historias, relatos y sus anécdotas, esta particularidad es fundamental, ya que le permite al investigador comprender la naturaleza del movimiento del contexto e incluso transformarla, cuestiona sobre las experiencias de vida de un individuo y se aproxima a la comprensión de la persona con alguna situación en especial, como lo puede ser una situación personal, una enfermedad o un padecimiento (Benner, 1985).

De acuerdo a Tuohy et al. (2013), la fenomenología se refiere a un conglomerado de métodos de investigación relacionados con la filosofía que guía, el estudio de las experiencias y de los fenómenos, esta filosofía contempla a la persona dentro o integrada en un entorno, el mundo moldea a la persona y la persona moldea al mundo. Mediante esta filosofía el investigador recoge información de las personas que han vivido la experiencia y trata de generar una combinación de la esencia de la experiencia (Cresswell & Poth, 2018). Desde la hermenéutica, se busca comprender al otro, no solo

del discurso sino también de lo que lo rodea, la hermenéutica es un tipo de investigación fenomenológica de tipo interpretativa congruente con la perspectiva de Heidegger.

### **Modelo de Empoderamiento de uso de anticonceptivos en madres adolescentes**

El modelo generado lleva por nombre Modelo de empoderamiento de uso de anticonceptivos en madres adolescentes (MOEMA), el cual propone una serie de conceptos y sus relaciones, que pretende explicar la conducta anticonceptiva, para el empoderamiento de uso de anticonceptivos en madres adolescentes. De acuerdo a la teoría madre de empoderamiento en salud de Shearer (2000a), se emplearon los constructos y proposiciones, factores contextuales, factores interpersonales y empoderamiento en salud, donde se derivaron los principales conceptos propuestos y se establecieron las relaciones entre variables, otorgando una base teórica.

Para la realización de esta teoría, se empleó el proceso de subestructuración, como estrategia que permitió la evaluación y la congruencia entre lo teórico y operacional en una investigación. Cumpliendo con la metodología de subestructuración se siguieron los cuatro pasos propuestos por Dulock y Holzemer (1991). En el primer paso se realizó la búsqueda y revisión de la literatura, donde se identificaron los conceptos, en el segundo paso se especificaron las relaciones entre los conceptos, en el tercer paso se ordenaron jerárquicamente los conceptos de acuerdo al nivel de abstracción y en el cuarto paso se realizó un esquema donde se ilustraron las relaciones entre las variables (Figura 7).

En el primer paso se realizó una revisión de la literatura para conocer el estado del arte, la identificación de los principales conceptos, las disciplinas que han abordado el empoderamiento en general, después se identificaron aquellos trabajos que se relacionaban con el empoderamiento, uso de anticonceptivos y conducta anticonceptiva a nivel internacional y nacional-local así como, algunas teorías y modelos que estudiaron el fenómeno de interés. Se encontraron algunas teorías de empoderamiento como: la

teoría del empoderamiento personal de enfermería-paciente de Spencer (2013) y la teoría de empoderamiento psicológico de Becker et al. (2004) entre otros.

El segundo paso se identificó la teoría madre, esta teoría ha abordado fenómenos de empoderamiento en salud de mujeres, como en el trabajo de Curtis (2011) en adolescentes embarazadas, en otro estudio se encontró el abordaje con adultos mayores y en personas con problemas crónicos (Shearer, 2007c). Esta teoría puede ser adaptada a una situación específica como es el caso de las madres adolescentes, que de acuerdo a la OMS el empoderamiento en niñas y adolescentes, es una estrategia internacional para reducir las tasas de fecundidad a nivel mundial (OMS, 2014). Se muestran las relaciones entre los constructos factores contextuales de la madre adolescente, factores interpersonales de la madre adolescente y empoderamiento, para la explicación de la conducta anticonceptiva en el uso de anticonceptivos.

El tercer paso se ordenaron jerárquicamente los constructos con los conceptos, factores contextuales (características individuales: uso de anticonceptivos, anticonceptivo deseado y pareja sentimental y características cognitivas: autoestima, bienestar psicológico, conocimiento de anticonceptivos, deseo de ser madre), factores interpersonales (apoyo familiar, apoyo de la pareja y apoyo del profesional de salud) y en la conducta anticonceptiva (empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos)

Finalmente en el cuarto paso, una vez identificados los conceptos y las relaciones entre ellos, se redefinieron a partir de la revisión de literatura adaptando nuevas definiciones y se graficaron en un esquema los conceptos y sus relaciones para la explicación de la conducta anticonceptiva de la madre adolescente (Figura 7).

### ***Factores contextuales de la madre adolescente***

Los factores contextuales se transformaron en el concepto de factores contextuales de la madre adolescente, que se definen como aquellas características personales e individuales de la madre adolescente, presentes y pasadas que influyen en

la conducta anticonceptiva. Se integran los conceptos características individuales (uso previo de anticonceptivos, anticonceptivo deseado y pareja sentimental) y características cognitivas (autoestima, bienestar psicológico, conocimiento de anticonceptivos, autoeficacia anticonceptiva y deseo de ser madre), ya que se ha reportado que la interrelación de alguno de estos conceptos, influyen en la conducta anticonceptiva de las mujeres jóvenes.

Desde la perspectiva socio ecológica define que, dentro del embarazo en la adolescencia los factores o características individuales, son aquellas que se determinan por el conocimiento, la actitud y la escolaridad, que se interrelacionan a su vez por otros factores contextuales como culturales, económicos y sociales que actúan sobre la fecundidad, pero la actitud frente al uso de métodos anticonceptivos depende tanto del conocimiento, la experiencia previa, si es que la hay, la ideación de un anticonceptivo, la accesibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva, que no solo se limite a brindar información, sino que se garantice el acceso de los métodos anticonceptivos a las adolescentes y madres adolescentes (Flórez & Soto, 2019).

#### ***Uso previo de anticonceptivos***

Este concepto se integra al modelo y se define como, la experiencia previa en el uso de algún método anticonceptivo desde que inicia su vida sexual y reproductiva, pueden ser de corta o larga duración, que refuerzan la conducta anticonceptiva, puede ser uno o varios métodos. Algunos estudios han demostrado que el uso previo de anticonceptivos puede influir en la conducta anticonceptiva (Caudillo et al., 2019; Albuquerque et al., 2017). El utilizar más de un método anticonceptivo previamente por las adolescentes, existe la posibilidad de que se utilicen de manera correcta y sostenida y se evite así embarazos no planeados (Alano & Hanson, 2018).

#### ***Anticonceptivo deseado***

Este concepto se integra al modelo y se define como, la preferencia de la madre adolescente por algún método anticonceptivo, que tiene en mente para su vida

reproductiva. Los adolescentes generalmente no piensan en anticoncepción, pero cuando idean algún método, existe la probabilidad de evitar un embarazo o postergar uno si es que lo lograron obtener, algunos estudios indican que la planeación de un anticonceptivo es positivo a lograr evitar un embarazo y las que no reciben el método deseado tienen más probabilidades de usar métodos anticonceptivos menos efectivos o no usar ninguno, lo que pone en riesgo a la madre adolescente para cursar con un embarazo no planeado (Coleman-Minaham et al., 2018; OlaOluron et al., 2020). Por lo tanto el método anticonceptivo deseado o ideado influye de una manera positiva o negativa en la conducta anticonceptiva de las madres adolescentes (Ibitoye et al., 2022; Soin et al., 2022; Walker et al., 2019).

### ***Pareja sentimental***

Este concepto se integra al modelo y se define como la persona que la madre adolescente elige como compañero de vida presente, puede ser el padre o no de su hijo, y puede influir de manera negativa o positiva en las elecciones de algún anticonceptivo. Algunos reportes afirman que la pareja sentimental, es importante a la hora de tener relaciones pero también al momento de elegir un método anticonceptivo (García-Barón et al., 2022). Otro aspecto importante es que la pareja sentimental presente, puede influir en la toma de decisiones de la madre adolescente para el uso de anticonceptivos, ya sea de manera positiva o negativa (Andia, 2017).

### ***Autoestima***

Este concepto se integra al modelo y significa uno de los procesos auto referenciales primordiales sobre el que se construye la personalidad, y uno de los más potentes predictores del grado de ajuste psicológico durante la adolescencia y la adultez (Ramos & Borjes, 2016). Para Shea y Tronick (1988) define la autoestima en la madre adolescente como, la que describe un factor psicológico básico, moderador de los efectos biológicos y sociales que afectan a las mujeres en su adaptación a la maternidad, asociada con la evaluación de la adolescente y su habilidad materna.

La autoestima es la evaluación que efectúa y mantiene comúnmente el individuo en referencia a sí mismo: expresa una actitud de aprobación o desaprobación (Rosenberg, 1965; Murk, 1999). En la madre adolescente se puede cursar una baja autoestima, si cursa con autoestima baja puede presentar ideaciones suicidas ligadas a la depresión y ansiedad (Govender et al., 2019), que nace de la inseguridad, el temor, el rechazo, las bajas aspiraciones en la vida o déficit en el control de las emociones y una conducta sexual temprana sin (Cancino & Valencia, 2015).

La baja autoestima femenina se caracteriza en parte por la desvalorización, la inseguridad y el temor, la desconfianza en una misma, la timidez, el auto boicot y la dependencia vital respecto de los otros, por otro lado, si cursa con una autoestima alta se caracteriza también por la seguridad, la autovaloración, la confianza en las capacidades y habilidades propias.

### ***Bienestar psicológico***

Este concepto se agrega al modelo propuesto ya que se identificó, que la estabilidad psicológica, influía en la toma de decisiones en anticoncepción. Se define como la combinación de sentirse saludable física y emocionalmente de la madre adolescente, donde le da un propósito en la vida y un significado y expresa el sentirse positiva (Pertuz, 2019). Se ha demostrado que los adolescentes con mejor actitud mental más favorable hacia la anticoncepción también usaron anticonceptivos de manera más consistente en la edad adulta (Guzzo et al., 2018).

Una vez que adolescente se convierte en madre, inicia en su dinámica de vida nuevos roles a desempeñar, que no estaban contemplados, a parte de las modificaciones físicas y sociales que atraviesa la nueva madre adolescente, surgen nuevas interrogantes en la estabilidad mental para la crianza de un hijo. El bienestar psicológico es un indicador de calidad de vida basado en el contexto y el nivel de satisfacción en el que se encuentra la persona e incluye los ámbitos y funciones para el desarrollo humano (Méndez et al. 2017). Es por esto que el bienestar psicológico juega un papel importante

en la toma de decisiones de la madre adolescente y que puede influir en la elección de algún método anticonceptivo.

### ***Conocimiento de anticonceptivos***

Este concepto se agregó al modelo, los conocimientos de anticonceptivos de las madres adolescentes, son los que se refieren a la fisiología reproductiva; modo de uso, mecanismos de acción, efectos secundarios, eficacia y contraindicaciones de los métodos anticonceptivos; incluye el conocimiento de las Infecciones de transmisión sexual y anticoncepción de emergencia (Haynes et al., 2017). En México un elevado porcentaje de adolescentes no tiene un adecuado nivel de conocimiento y tienden cada vez a iniciar relaciones sexuales más tempranas, desprovistos de información acerca de su sexualidad y de sus responsabilidades (Pérez-Blanco & Sánchez Valdivieso, 2020).

La madre adolescente, conoce al menos algún método anticonceptivo, si es que tuvo la experiencia de pasar por algún ambiente hospitalario, por su eficacia la capacidad de evitar un embarazo, por su seguridad identifica la capacidad del método para alterar positivamente o negativamente su salud, por su reversibilidad reconoce la recuperación de la capacidad reproductiva al interrumpir el método, por su facilidad o complejidad que el adolescente identifique, por su costo, recomendables o preferentes para adolescentes identifica las características de los métodos, abstinencia, métodos naturales, métodos de barrera, hormonales, dispositivos, permanentes, la anticoncepción de emergencia y el método de doble o combinado (Peláez-Mendoza, 2016).

### ***Autoeficacia anticonceptiva***

Significa la creencia de las personas en su propia capacidad para practicar comportamientos particulares, determinando los comportamientos que una persona elige, su grado de perseverancia y la calidad del desempeño, este concepto lo propone Bandura (2001), en su teoría cognitiva social, ofreciendo una explicación del comportamiento humano. Otros autores han utilizado este concepto como Pender (2011), definiéndolo

como el juicio de la capacidad personal para organizar y llevar a cabo un curso de acción en particular.

De acuerdo con Gómez et al. (1996) propone un concepto de autoeficacia anticonceptiva, que consiste en la percepción de una persona con relación a su capacidad o prevenir el riesgo al contacto sexual, como una infección de transmisión sexual, embarazo no planeado a través de comportamientos sexuales y contraceptivos que eviten el riesgo inminente. Para los adolescentes la autoeficacia anticonceptiva es importante para el desarrollo de conductas de autocuidado y de protección, ya que de esta manera las conductas y los hábitos que se crean en esta etapa en la adultez son más difíciles de modificar (Orcasita et al, & Uribe, 2010). Para este trabajo la autoeficacia anticonceptiva se define como la creencia de la madre adolescente empoderada para tomar una decisión sobre su capacidad para utilizar métodos anticonceptivos en la prevención o postergación de un embarazo no planeado.

### ***Deseo de ser madre***

Desde una perspectiva freudiana dentro de la maternidad se podría entender el deseo de ser madre, como algo que se va construyendo psíquicamente a muy temprana edad, a partir de los apuntalamientos sexuales otorgados por los imaginarios sociales de llegar a un feminismo maduro, con la idea firme de procrear a un hijo, parece construirse algo de un imaginario que proviene de lo simbólico, porque se instituye como un ideal el convertirse en madre y desempeñar los diferentes roles maternos (Blaessinger, 2012).

Desde otro punto de vista, el deseo de ser madre recae en el hijo donde la mujer es construida como femenina. Es un ideal de la mujer de convertirse en madre donde el hijo –el niño– se constituye como significante para la madre –mujer. Si la madre se encuentra en una relación considerada madura, el deseo de repetir un embarazo se vuelve un embarazo planeado, con la plena conciencia de ejercer su derecho de decidir por otro lado, se puede considerar que las madres adolescentes se sienten “insatisfechas” e “incompletas” como mujeres, pero una vez que se embarazan y pasan por la

experiencia del parto nuevamente se reconocen como personas ya maduras y responsables: esto significa que, según ellas, transitan a la vida adulta a través de su maternidad.

Los investigadores postulan que la maternidad durante la adolescencia puede constituir una respuesta adaptativa a las desventajas acumuladas. Es decir, quedar embarazada puede ser una decisión racional directamente asociada con las limitadas opciones disponibles y las adolescentes pueden considerar el embarazo y la maternidad como una buena alternativa ante la falta de otras oportunidades (Estrada et al., 2018).

De acuerdo a Sipsma et al. (2011), reportan que es común asumir que los embarazos entre las adolescentes generalmente no son intencionales y simplemente son el resultado de un uso inconsistente o nulo de anticonceptivos. Si bien, los embarazos de adolescentes, son en gran parte involuntarios o no planeados, varios estudios han encontrado una proporción de 24% a 64% de las adolescentes, sienten algún deseo de quedar embarazadas e idealizan la maternidad como parte de su plan de vida a corto plazo, las adolescentes cursan con actitudes de ambivalencia por quedar embarazadas, ya sea de primera o de segunda ocasión, lo que sugiere la importancia de abordar en futuros estudios estos sentimientos para comprender las conductas sexuales de riesgo, lo que las lleva a un uso inconsistente de anticonceptivos o en definitiva, el no uso de ningún método anticonceptivo (Sipsma et al., 2011).

Para este modelo el deseo de ser madre, se encuentra dentro de un proyecto de vida y una proyección a futuro de parir de la madre adolescente, que pudiera estar acompañada de los deseos de la pareja por la paternidad y compartir el ideal, ya que algunas veces sienten la necesidad de encajar en un contexto que es regulado por las normas sociales en las que se encuentren, también pudieran estar influenciados a continuar con los comportamientos generacionales de la familia, que cursaron también por embarazos adolescentes por lo tanto, la maternidad intencional se pudiera interpretar como un embarazo planeado (Figura 2 y 3).

Figura 2

*Estructura teórica-conceptual-empírica de factores contextuales de la madre adolescente (primera parte)*

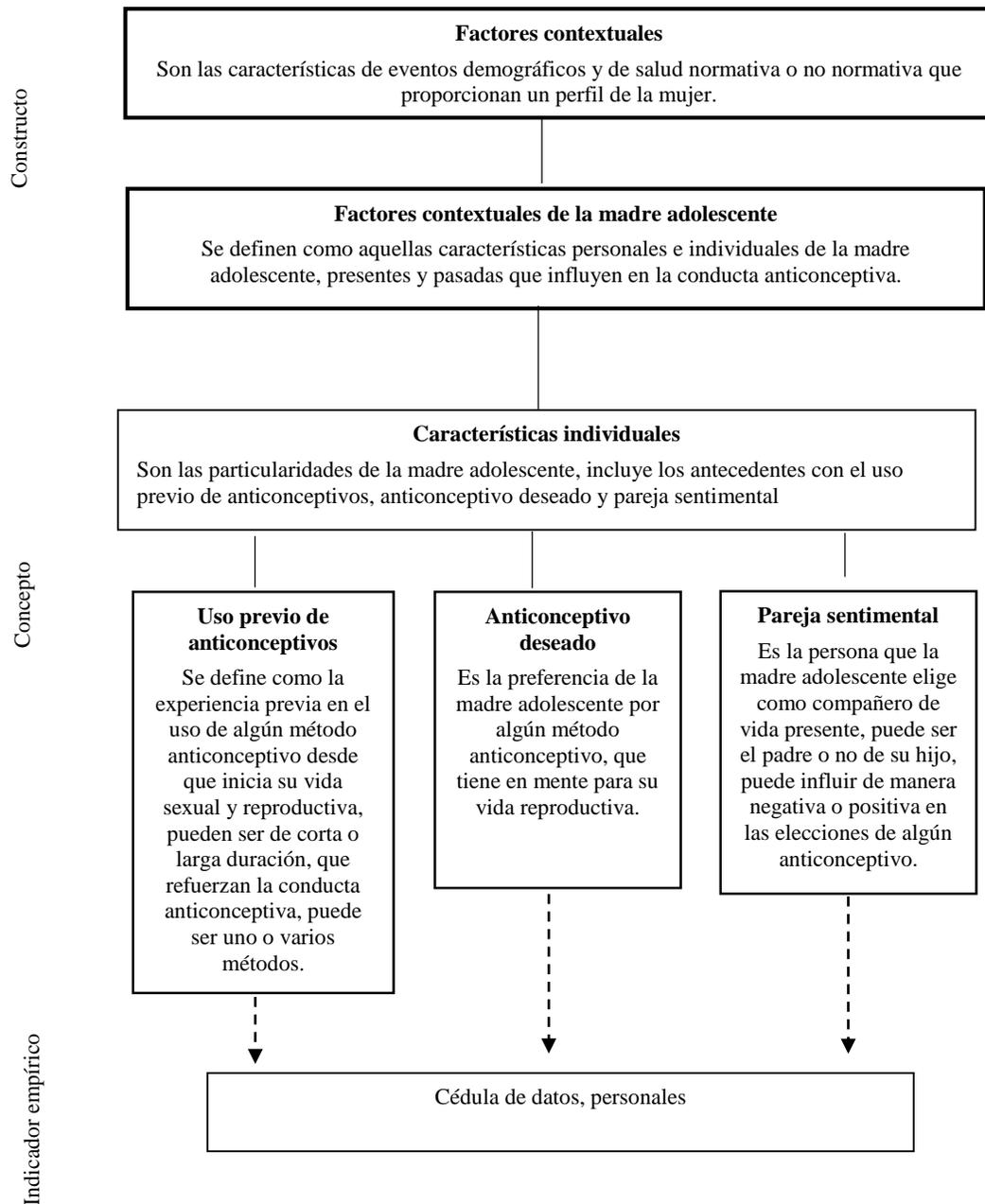
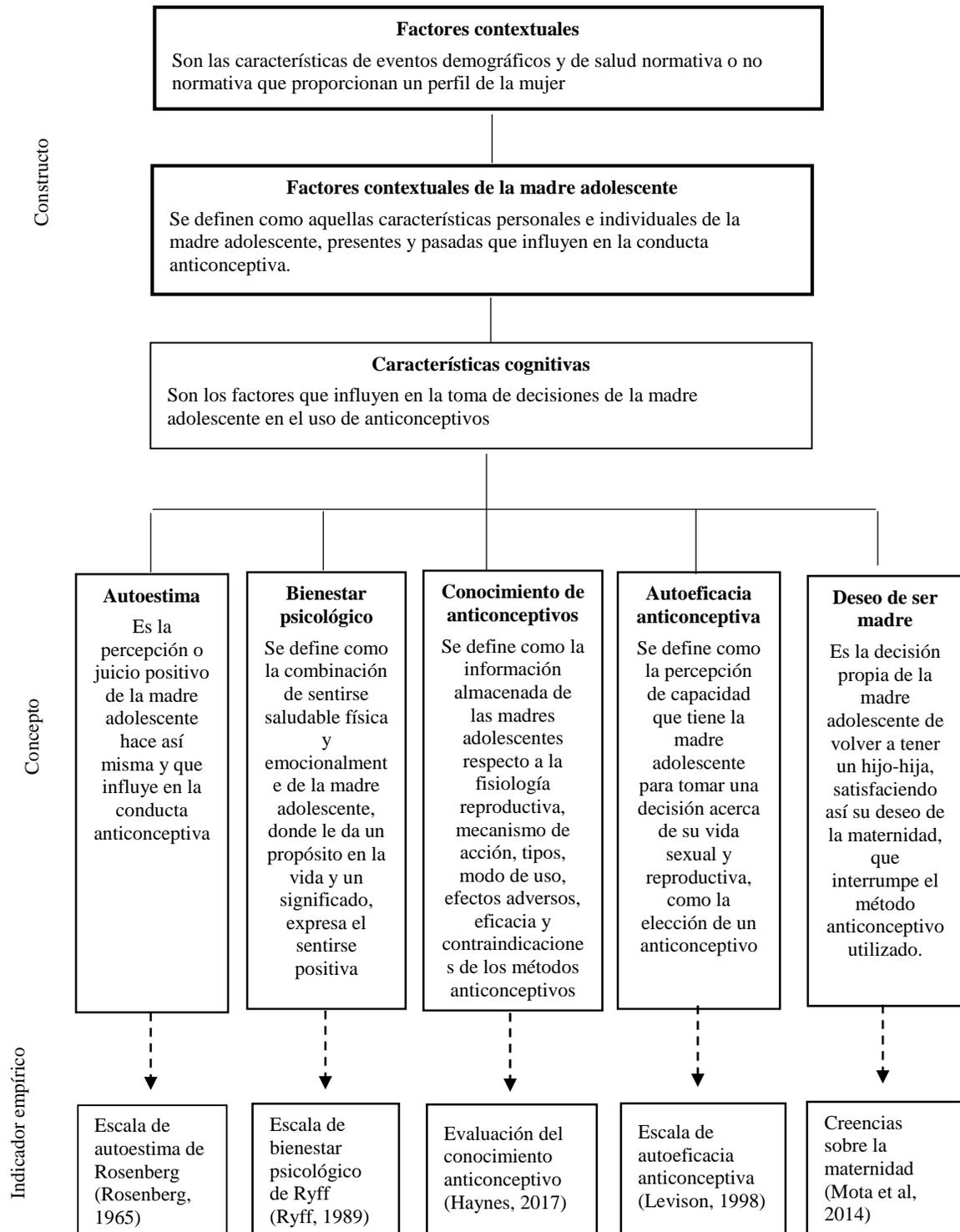


Figura 3

*Estructura teórica-conceptual-empírica de factores contextuales de la madre adolescente (segunda parte)*



### ***Factores interpersonales de la madre adolescente***

Los factores interpersonales se transformaron en el concepto de factores interpersonales de la madre adolescente. Estos se definen como las relaciones que tiene la madre adolescente con otras personas como la familia, la pareja o el personal de salud, que de cierta manera influyen directa o indirectamente en la conducta anticonceptiva de la madre adolescente. Lo que compone el apoyo social percibido de la madre adolescente puede ayudar a enfrentar los sucesos de vida estresantes y proteger de la depresión, ya que se asocia con bajos niveles de estrés y depresión en jóvenes mexicanos.

### ***Apoyo familiar***

El apoyo social se transformó en los conceptos de apoyo familiar y apoyo de la pareja, ya que para la madre adolescentes estas dos figuras son de suma importancia para la toma de decisiones. El apoyo familiar se define como el soporte emocional y económico de padres, tías, abuelos, hermanos o primos hacia la madre adolescente, cualquier persona consanguínea que fortalece la toma de decisiones en el uso de anticonceptivos, influyendo en la elección y sostenimiento de un anticonceptivo. Este concepto funge como mediador de las conductas de riesgo, es aquel donde la adolescente tiene un vínculo afectivo de protección que favorece a la reconstrucción emocional de la madre adolescente. Para Widman et al. (2016) sostienen que la fuente de información en la que más confían los jóvenes es la de su familia. Así como Gómez y Duran (2017), señalan que entre madres e hijas, la comunicación tiene un efecto protector sobre la conducta vinculada a la conducta anticonceptiva.

Las relaciones familiares constituyen un factor protector, en la medida en que sus integrantes tengan sus necesidades satisfechas biológicas, psicológicas y sociales y tengan también un sistema permeable o flexible ante la situación de la madre adolescente, esta relación favorecerá a un vínculo afectivo que estimule a la adolescente a establecer metas en la vida. (Cadrazo-Urquijo et al., 2018). Govender et al. (2019)

refieren que las adolescentes que fueron apoyadas por sus madres y tienen lazos afectivos con ellas o con otros miembros de la familia, como tías o madrinas o alguna amistad de género femenino cercana mayor, redujeron significativamente un embarazo subsecuente (Reese & Halpern, 2017).

### ***Apoyo de pareja***

Se define como soporte emocional y/o económico, con lazos fuertes para la toma de decisiones anticonceptivas y reproductivas, puede ser unión legalizada o no, pero la madre adolescente lo reconoce como compañero de vida, el cual favorece en la toma de decisiones en uso correcto y sostenido de anticonceptivos. El deseo de realización como pareja culminado en la paternidad es otro factor que influencia en la conducta anticonceptiva como el uso de anticonceptivos (María & Kishimoto, 2017).

Algunas investigaciones refieren que las intenciones y los comportamientos de los hombres tendrán una influencia directa en las decisiones de sus parejas femeninas, como si tener relaciones sexuales o si usar métodos anticonceptivos y qué tipo de anticoncepción, sin embargo a nivel mundial, se sabe poco sobre la experiencia de los jóvenes varones en relación con los embarazos de sus parejas, lo que deja sin respuesta algunas preguntas sobre las perspectivas de las parejas masculinas (Guo et al., 2019; Linderberg & Kust, 2014). Caudillo et al. (2019), refiere que cuando las mujeres perciben apoyo por parte de su pareja para utilizar métodos anticonceptivos, manifiestan un uso correcto y sostenido de los métodos anticonceptivos. Se ha observado que en entornos desfavorecidos o donde el uso de anticonceptivos no tiene una aceptación cultural, el apoyo de la pareja es un factor que puede incrementar el uso de estos métodos (Adarve-Hidalgo et al., 2016). El apoyo de la pareja influye en la conducta anticonceptiva.

### ***Apoyo del personal de salud***

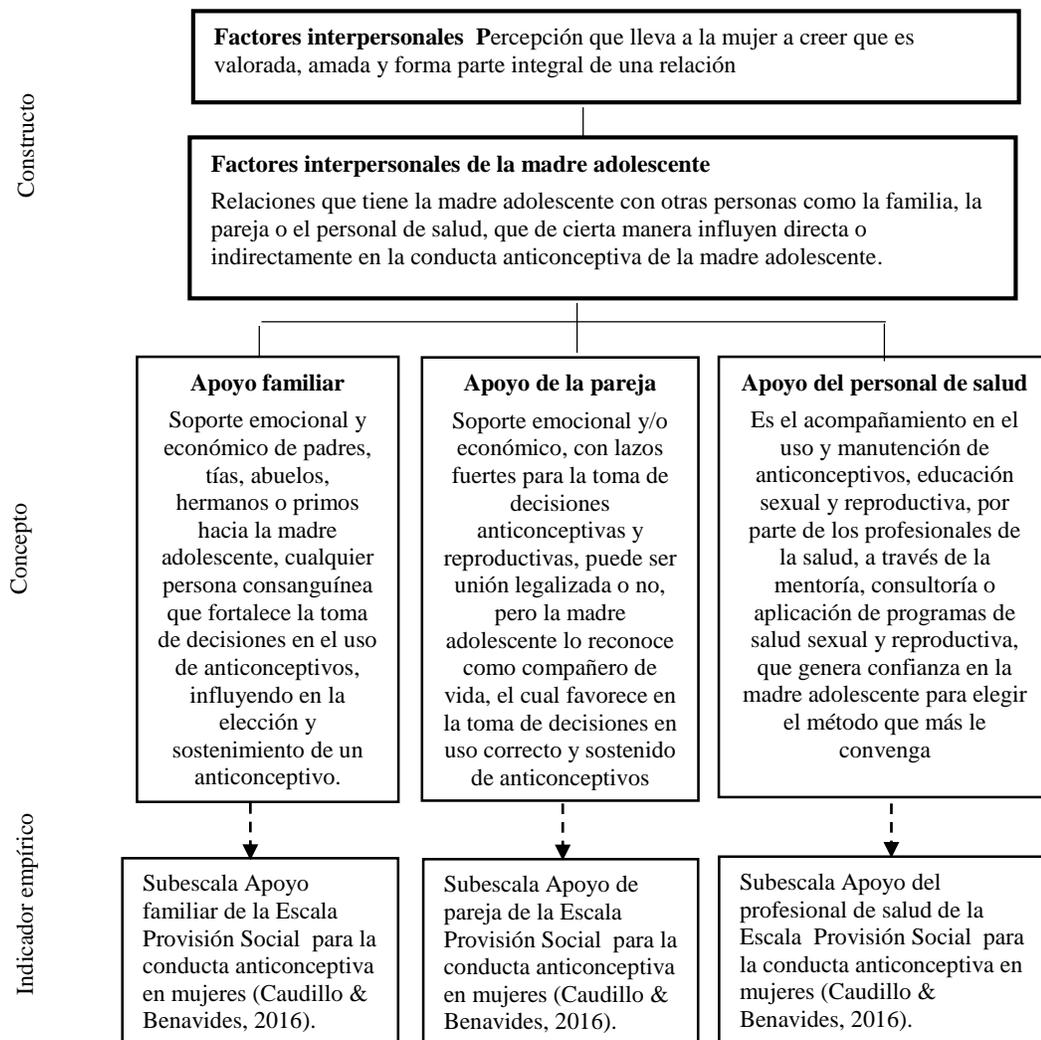
El apoyo profesional se transformó en apoyo del personal de salud, se define como el acompañamiento en el uso y manutención de anticonceptivos, educación sexual

y reproductiva, por parte de los profesionales de la salud, a través de la mentoría, consultoría o aplicación de programas de salud sexual y reproductiva, que genera confianza en la madre adolescente para elegir el método que más le convenga

Para Costillas-Caño et al. (2018), el asesoramiento anticonceptivo por el personal de salud, debe de establecer un vínculo con la mujer para elaborar un plan de cuidados personalizado que, cubra sus necesidades reproductivas, en la toma de decisiones compartidas, esta estrategia tiene un gran potencial para empoderar a la mujer en el uso de anticonceptivos (Figura 4).

Figura 4

*Estructura teórica-conceptual-empírica de factores interpersonales de la madre adolescente*



### ***Empoderamiento de uso de anticonceptivos***

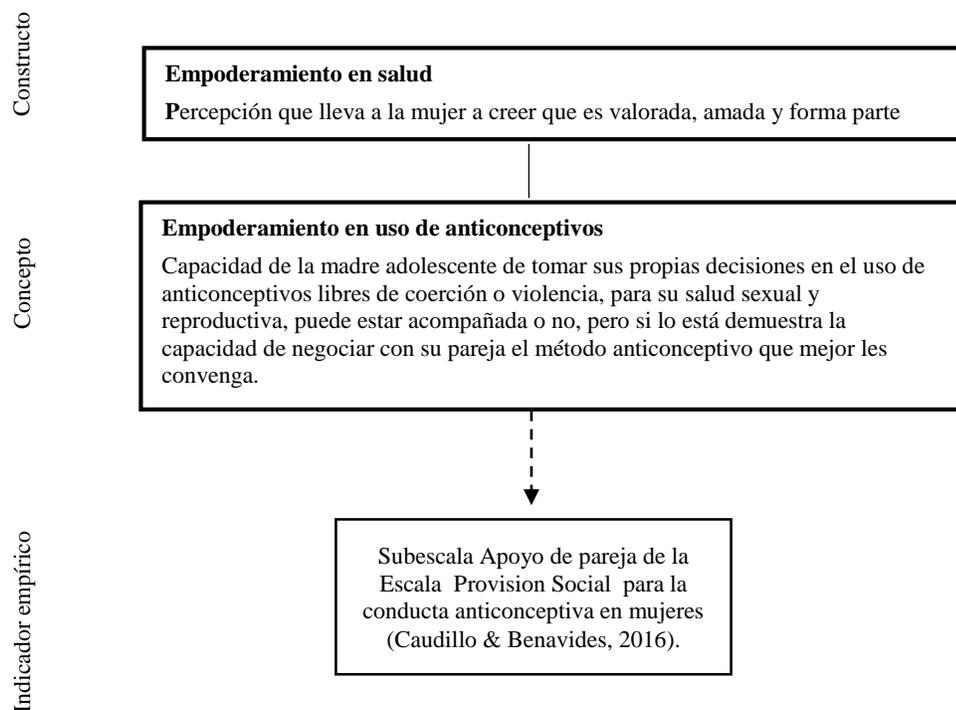
El empoderamiento en salud se transformó en el concepto empoderamiento en el uso de anticonceptivos, el cual se define como, medio para favorecer su salud sexual y reproductiva, con la libertad de elección y decisión en el método anticonceptivo, libertad de elección en el número de hijos, actitudes libres, responsables y sin riesgos que propician el autocuidado de la salud, su sexualidad y su capacidad reproductiva.

Promueve y reconoce sus fortalezas, intereses, habilidades y derechos para contribuir al desarrollo de la madre adolescente, donde ella es actora de su propia vida. La investigación ha considerado el papel del empoderamiento de las mujeres y el uso de anticonceptivos en general, de manera positiva en el uso de métodos anticonceptivos, así como en la determinación que pudiera ser en el no uso de anticonceptivos, con la finalidad de planear su embarazo, pero con la determinación de continuar con el uso de anticonceptivos una vez que culminara su embarazo y por lo tanto la libertad de planificar el número de hijos a tener (James-Hawkins et al., 2016).

Algunos trabajos (Asalou et al., 2017; Pratley, 2016; Sebayang, et al., 2019; Yaya et al., 2018) muestran que las mujeres empoderadas tienen más probabilidades de elegir y usar anticonceptivos, ya que se sienten con la libertad no opresiva, de elegir el método anticonceptivo que más les favorezca, se siente libre de negociar el uso de anticonceptivos con su pareja que puede o no elegirlos junto con la asesoría y el acompañamiento del personal de salud.

Para Shearer (2000a), el empoderamiento de las mujeres no solo se centra en el poder de la mujer para participar en la toma de decisiones y generar un cambio, sino en los comportamientos motivados por un deseo inherente de promover la salud personal, de una manera consiente y libre, sin ataduras u opresiones, estas decisiones se centran en optimizar el poder de la persona, que también la dota de habilidades para negociar con alguna otra persona, una situación relacionada a su salud y a la de su familia (Figura 5).

Figura 5

*Estructura teórica-conceptual-empírica de empoderamiento de uso de anticonceptivos****Conducta anticonceptiva***

Este constructo se integra al modelo, lo componen la intención de uso de anticonceptivos y el uso de anticonceptivos, se define como el comportamiento de la madre adolescente en el uso y manejo de métodos anticonceptivos de corta o larga duración, correcto y sostenido, que puede estar influenciada por otras personas o condiciones ante una vida sexual y reproductiva.

***Intención del uso de anticonceptivos.***

Este concepto se integra al modelo y se define como el deseo o ideación de algún método anticonceptivo que planea la madre adolescente utilizar en el futuro próximo. Es la determinación de la voluntad por la madre adolescente en la utilización de cualquier método anticonceptivo, con la finalidad de no volverse a embarazar o postergar un

embarazo, realiza búsqueda asesoría en el uso de métodos anticonceptivos, puede llegar a adquirirlos, es la primera fase del uso de métodos anticonceptivos, puede presentar inconsistencia del uso del anticonceptivo (Ajzen, 2019).

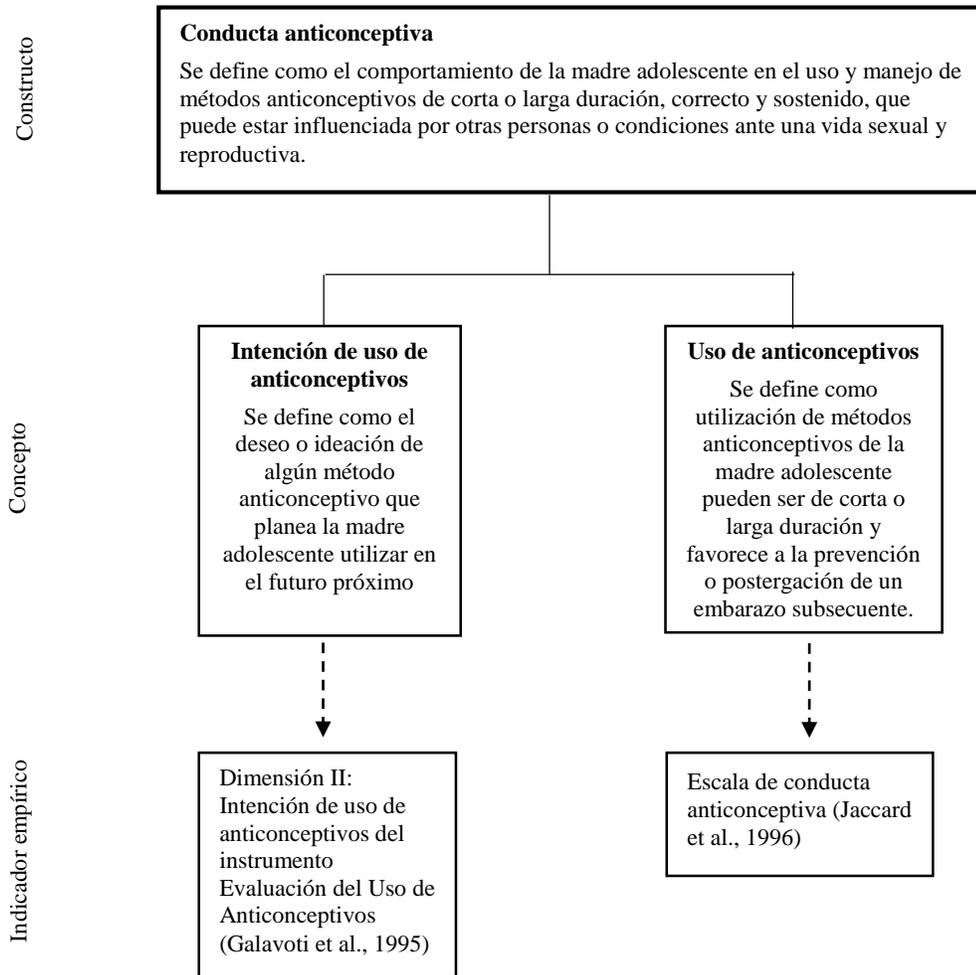
### ***Uso de anticonceptivos***

Este concepto se integra al modelo, considerado como la variable resultado, se define como la utilización de métodos anticonceptivos de la madre adolescente pueden ser de corta o larga duración y favorece a la prevención o postergación de un embarazo subsecuente.

De acuerdo a Jaccard et al. (1996) el uso de anticonceptivos, es el comportamiento hacia la utilización de anticonceptivos, referido en cuatro aspectos principales, la elección anticonceptivo como la decisión que toma la madre adolescente acerca del uso de un anticonceptivo y el método a utilizar; la consistencia en el uso de métodos, es la proporción de veces que una madre adolescente usa un método anticonceptivo, todas las veces que participa en una relación sexual durante un periodo de tiempo específico; la precisión en el uso del método, es el uso correcto de un método anticonceptivo, cada vez que una madre adolescente tiene en una relación sexual; y la continuidad en el uso de método, es el momento en el que las madres adolescentes tendrán un método más preferido y que identificarán como su método principal (Jaccard et al., 1996) por más de 30 días y menos de 6 meses (Manjarres, 2020).

Utiliza y mantiene el uso de anticonceptivos para la prevención primeramente de un embarazo subsecuente como, la abstinencia, los métodos naturales ritmo, moco cervical, temperatura basal y sintotérmico, los métodos de barrera como, los condones masculinos y femeninos, capuchón cervical espermicidas y diafragmas, la anticoncepción hormonal combinada, combinada oral, combinada transdérmica, combinada vagina, inyectables combinados y terapia hormonal con gestágenos, dispositivos intrauterinos, esterilización, anticoncepción de emergencia y método de protección combinado (ver figura 6).

Figura 6

*Estructura teórica-conceptual-empírica de la conducta anticonceptiva*

En la figura 7 se muestra el esquema de la estructuración teórica-conceptual-empírica del modelo de empoderamiento en el uso de anticonceptivos en madres adolescentes, seguido de la figura 8, donde se muestra el modelo final propuesto.

Figura 7. Estructura del Modelo de empoderamiento en el uso de anticonceptivos en madres adolescentes.

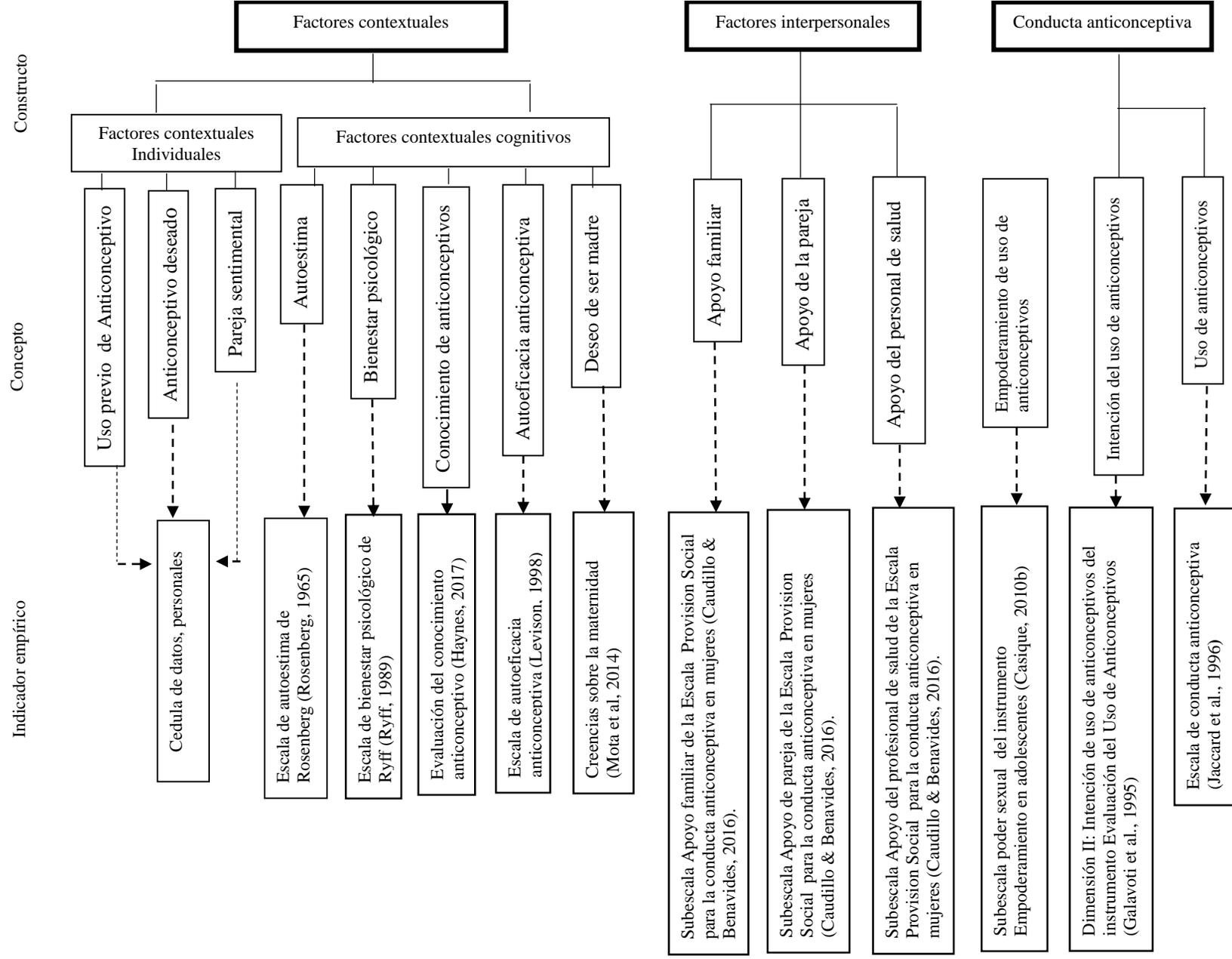
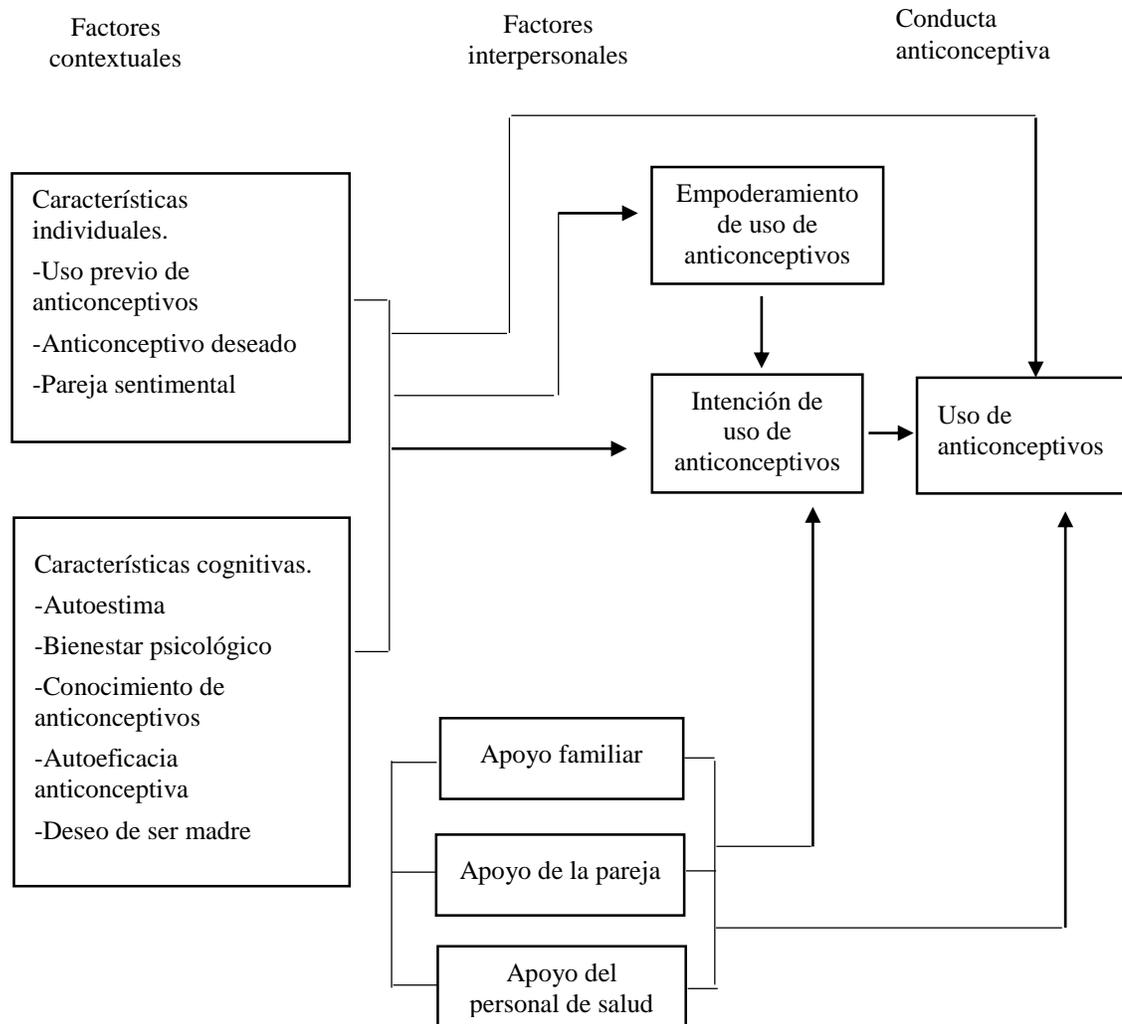


Figura 8

*Modelo de empoderamiento de uso de anticonceptivos en madres adolescentes*



### Estudios Relacionados

A continuación, se presentan los estudios relacionados de acuerdo a las variables de estudio. Factores contextuales individuales (uso previo de anticonceptivos, anticonceptivo deseado y pareja sentimental), factores contextuales cognitivos (autoestima, bienestar psicológico, conocimiento de anticonceptivos, autoeficacia anticonceptiva, deseo de ser madre), Factores interpersonales (apoyo familiar, apoyo de la pareja y apoyo del personal de salud), empoderamiento en uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivo y uso de anticonceptivos.

### ***Factores contextuales de la madre adolescente***

#### **Factores contextuales individuales (Uso previo de anticonceptivos, anticonceptivo deseado y pareja sentimental).**

La variable uso previo de anticonceptivos ha evidenciado que tiene relación en la conducta anticonceptiva, como lo reportan Albuquerque et al. (2017), en un estudio realizado en población brasileña tipo transversal, observacional y correlacional, con adolescentes multíparas, encontraron que el no uso de anticonceptivos previos, es un factor de riesgo para el embarazo repetido rápido, ( $OR\ 7.4; 95\% IC, [1.56-3.49]$ ), y en relación al no haber planeado su embarazo previo, resulto ser un factor protector para el uso de anticonceptivos ( $OR\ 0.19; 95\% IC, [0.05-0.78]$ ), el porcentaje de embarazos repetidos o subsecuentes fue elevado, la no utilización de métodos anticonceptivos previos, aumento las posibilidades de embarazo repetido.

Caudillo et al. (2016) realizaron un estudio tipo mixto, donde en la fase cuantitativa diseño fue tipo descriptivo, correlacional y transversal, con mujeres de 18 a 24 años de edad y una muestra de 220, para determinar si el uso previo de anticonceptivos influía en la conducta anticonceptiva, como resultado obtuvo que existía significancia entre el uso previo de anticonceptivos con la conducta anticonceptiva  $R^2=.15, F_{[1,218]}=5.243, p<.02$ , reportando que existe mayor probabilidad de que una mujer utilice anticonceptivos de manera correcta y sostenida cuando ha utilizado más métodos anticonceptivos previamente.

Galvão et al. (2018) en un estudio de casos y controles realizado en Brasil, con adolescentes menores de 19 años, que habían dado luz por segunda vez, reportan que el bajo uso de anticonceptivos previamente, está relacionado con el embarazo subsecuente, la mayoría de las mujeres refirieron un uso irregular (82.6%) y tendieron a tener una mejor relación con la madre que con el padre.

La variable anticonceptivo deseado, se ha visto que tiene relación sobre el uso de anticonceptivos, como lo reportan Ayma y Huaman (2016), en un estudio descriptivo

para determinar los aspectos que se relacionan en la toma de decisiones en métodos anticonceptivos desde la perspectiva de género reportando que el 53% de las participantes estaban utilizando el anticonceptivo deseado, lo cual influía en la conducta anticonceptiva, para continuar con ese método.

Walker et al. (2019) investigaron la asociación de las características del anticonceptivo deseado en adolescentes y mujeres jóvenes con el anticonceptivo utilizado. Reportan que las mujeres adolescentes y jóvenes tienen preferencias anticonceptivas variadas, que están asociadas con la demografía y las experiencias de salud reproductiva. El uso de métodos anticonceptivos que coinciden con sus preferencias por parte de mujeres adolescentes y jóvenes puede mejorar la satisfacción y el compromiso con la atención.

Soin et al. (2022), realizaron una revisión sistemática sobre las preferencias de los anticonceptivos en mujeres jóvenes y encontraron que varios factores sociales, culturales y específicos del método, influyen en los valores y preferencias de una persona joven en torno a los métodos anticonceptivos. Comprender sus valores y preferencias puede ayudar a los proveedores y programas a mejorar la atención anticonceptiva para los jóvenes.

En síntesis, el anticonceptivo deseado es una ideación de anticonceptivo que las adolescentes pudieran preferir para su vida para su vida reproductiva, generalmente está influida por información no formal, una amistad o por algún familiar, esta ideación de anticonceptivo pudiera influir en la conducta anticonceptiva para la utilización correcta y sostenida, sobre todo si es el que se encuentra en su sistema de salud. Las adolescentes idealizan el anticonceptivo pensando que es el que mejor les conviene y si es el que está a disponibilidad en su centro de salud, es el elegirán para utilizarlo.

La variable pareja sentimental, se ha identificado que la presencia de la pareja sentimental tiene influencia en las adolescentes para la decisión y uso de anticonceptivos y por consecuencia un impacto en la conducta anticonceptiva. OlaOlorun et al. (2020)

realizaron un estudio en Nigeria, para identificar los factores que respaldan las decisiones anticonceptivas de las mujeres para lograr sus objetivos reproductivos, en presencia o ausencia de su pareja, buscaron identificar los determinantes a nivel individual/de pareja y comunitario de un espectro de prácticas anticonceptivas, desde el no uso hasta el uso encubierto y uso manifiesto de métodos anticonceptivos. Encontraron que las mujeres que tenían pareja tuvieron (*OR* 5,01 95% *IC*: [3,24–7,76]) un mayor riesgo de no usar anticonceptivos.

Mejía et al. (2019) reportaron en un estudio realizado en Colombia, para identificar el uso de anticonceptivos de las mujeres que tenían pareja, el estudio fue observacional de tipo descriptivo, transversal en el primer semestre del año 2018. Los participantes fueron 11 gestantes de 15 a 19 años y sus respectivas parejas entre 16 y 24 años. Los resultados sobre el uso de los métodos anticonceptivos fue que 86,36 % (19 adolescentes) estaba de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos, quienes los utilizaban lo hacían por decisión de pareja y acuerdo mutuo.

Dulanto-Ramos et al. (2022), en un estudio realizado en Perú, con adolescentes de entre 15 y a 9 años de edad, sobre el no uso de métodos anticonceptivos, encontraron que 24.4% de las adolescentes no utilizaban anticonceptivos y la presencia de la pareja, presento una asociación significativa para las variables no tener pareja de la adolescente (*OR* 2,49; *IC*; [1,99-3,11]) y no tener hijos (*OR* 2,73; *IC* [2,22-3,35]). Concluyeron que el no tener pareja y no tener hijos fueron factores asociados para el no uso de métodos anticonceptivos.

En síntesis, la presencia de la pareja sentimental en la vida de las adolescentes, podría influir en la conducta anticonceptiva, ya que propicia o disminuye el uso de anticonceptivos en las mujeres adolescentes, en algunas con pareja sentimental estable, pudieran sentir que tienen una relación formal, por lo tanto dejan de utilizar algún anticonceptivo, pudiendo poner en riesgo para un embarazo no planeado. Por otro lado

el no tener pareja sentimental en las adolescentes y no tener relaciones sexuales las podría alejar de usar algún anticonceptivo y esto afecta a la conducta anticonceptiva.

**Características cognitivas (Autoestima, Bienestar psicológico, Conocimiento de anticonceptivos, Autoeficacia anticonceptiva, deseo de ser madre)**

La variable autoestima se ha evidenciado, que influye en la decisión de uso de anticonceptivos. Galvão et al. (2018), realizaron un estudio con el objetivo de evaluar los riesgos sociales, obstétricos y psicológicos relacionados al embarazo subsecuente. La muestra fue de 90 mujeres distribuidas en tres grupos menores de 19 años. Reportando que las adolescentes que han presentado embarazos subsecuentes, tienden puntajes de autoestima más baja y uso de anticonceptivos más ineficaz que las adolescentes embarazadas por primera vez y personas adultas. En comparación con los adolescentes de primer parto, tenían menor nivel de escolaridad (*OR* 4,03; *IC* [1,37 - 11,8]), más abandono escolar (*OR* 8,16; *IC* [2,36 -28,2]) y consumo de drogas (*OR* 4,97; *IC* [1,39 - 17,8]). Se encontraron como factores de mayor riesgo para la repetición del embarazo cuando se comparan adolescentes y adultos. Además, las adolescentes con más de una gestación tenían menor autoestima y mayor susceptibilidad a embarazos no planeados, afirmando así una vida caótica con el abandono de la escuela, conducta sexual de riesgo y uso de drogas, estos factores de riesgo afectan la conducta anticonceptiva.

Ramos y Borges (2016), refieren en un estudio cuali-cuanti para determinar la autoestima global y materna en madres adolescentes de niños menores de un año, reportaron que, todas las dimensiones puntuaron en valores bajos de autoestima materna, excepto la aceptación parental que presentó valores altos en la mayoría de los registros, la dimensión aceptación del bebé e imagen corporal y salud después del parto fue baja para el 100 % de las madres estudiadas, en la autoestima global prevalecieron niveles medios y altos (media 15,09) y en la autoestima materna niveles bajos (97,1 %), lo cual las conducía aun uso nulo o ineficaz de anticonceptivos.

Otivo (2020), realizó un estudio en Perú, sobre el nivel de autoestima en madres adolescentes, de un grupo de madres adolescentes de entre 16 y 17 años de edad, los resultados fueron que el 75,0% de adolescentes tienen un nivel de autoestima baja, seguido de quienes tienen un nivel de autoestima media con 15,0% y solamente el 10,0% tienen un nivel de autoestima elevada, lo cual se corroboró con una prueba estadística de  $t$  para una muestra  $t(-8,110)$ ,  $p < .01$ .

En síntesis la autoestima es crucial para cumplir un programa de anticoncepción, el ser madre adolescente trae consigo situaciones afectivas que alteran la toma de decisiones en el uso de anticonceptivos, tienen una mayor susceptibilidad de tener embarazos no planeados, situación que desfavorece a la madre adolescente, incrementado su vulnerabilidad y afectando la conducta anticonceptiva.

En cuanto a la variable Bienestar psicológico, se ha evidenciado la relación en la toma de decisiones y empoderamiento en el uso de anticonceptivos. Un estudio realizado por Toffol et al. (2019), en Helsinki con 182 adolescentes de por lo menos 18 años, donde evaluaron las relaciones entre el uso de anticonceptivos, satisfacción con el método, síntomas relacionados con el sueño y bienestar psicológico, encontraron que más de un tercio de ellas (37.4%) estaban planeando cambiar o discontinuar sus anticonceptivos, el (28,6%) estaban comenzando la anticoncepción, y (34%) daban seguimiento al método que utilizaba, todas reportaron síntomas psicológicos al inicio del estudio (cansancio nerviosismo  $n=6$ ; somnolencia  $n=5$ ; despertar temprano y depresión  $n=4$ ). Las mujeres con síntomas de problemas psicológicos son vulnerables a presentar inconsistencia con el uso de anticonceptivos.

En otro estudio realizado por Toffol et al. (2012), midieron la asociación de uso de anticonceptivos hormonales (pastillas y DIU Mirena) y la psicopatología, El uso de anticonceptivos hormonales no está asociado con una influencia negativa en la salud mental. La media del uso de anticonceptivos orales fue de  $M= 8.6$  años,

( $DE= 5,6$ , rango [0.25-30]). La correlación de uso de anticonceptivo hormonal con pensamientos de miedo y mareos fue ( $r=-0.033$ ;  $p<.05$ ), con irritabilidad ( $r=-0.068$ ,  $p<.05$ ), pérdida de interés por las personas ( $r=-0.054$ ,  $p<.05$ ), sensación de verse fea ( $r=-0.041$ ,  $p<.05$ ) y pérdida de apetito ( $r=-0.052$ ,  $p<.01$ ). El uso actual de anticonceptivos orales parece estar asociado con un mejor estado de ánimo, mientras que las asociaciones entre la duración del uso de la anticoncepción hormonal y los efectos sobre la salud mental no están claras.

Lewandowski et al. (2020), realizaron un estudio en Alemania con adolescentes de entre 15 y 17 años, para ver si existía relación entre la anticoncepción hormonal con la calidad de vida relacionada a su salud y los problemas de salud mental. Hubo una tendencia hacia una mayor tasa de prescripción de fármacos psicotrópicos en los participantes que tomaban anticonceptivos orales en comparación con los que no recibían anticonceptivos hormonales (17,8 % frente a 14,4 %;  $p = 0,052$ ), el resultado fue que la anticoncepción hormonal no se relacionó con la calidad de vida relacionada con la salud ni con el bienestar mental

En Síntesis a pesar de haber pocos estudios relacionados al uso de anticonceptivos y la relación con bienestar psicológico, se ha podido identificar la importancia de la salud mental en el uso de anticonceptivos, ya que una buena salud mental podría permitir tomar buenas decisiones al momento de elegir el método que mejor le convenga y esto afecta de manera directa o indirecta a la conducta anticonceptiva.

En cuanto al conocimiento de anticonceptivos, en un estudio realizado en Etiopia por Dadi et al. (2020) reportaron que, el 52% de las mujeres tenían un buen poder de decisión en el uso de anticonceptivos modernos, las mujeres jóvenes de 18 a 20 años ( $OR = 8,59$   $IC [1,61-45,80]$ ) y un mejor conocimiento de la planificación familiar ( $OR = 3,04$   $IC [1,49-6,22]$ ), estos resultados fueron estadísticamente significativos asociados con el poder de decisión de las mujeres casadas sobre el uso de planificación

familiar. Concluyendo que las mujeres jóvenes de entre 18 a 20 años y el conocimiento, aumentó la probabilidad de que tuvieran poder de decisión para el uso de anticonceptivos modernos

En un estudio de Ávila (2019) reporta que el nivel de conocimiento de las madres adolescentes y uso de métodos anticonceptivos fue regular en un 62.2%, deficiente un 20.4%, y bueno solo un 17.3%, mientras que el uso de métodos anticonceptivos fue adecuado un 54.1% e inadecuado un 45.9%, concluyeron que si existe relación entre el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos de madres adolescentes, con un nivel de significancia ( $p < 0.01$ ), concluyeron que la intervención educativa por enfermería y la promoción de la salud es fundamental sobre todo en la etapa de la adolescencia, para orientar a las madres adolescentes en la toma de decisiones adecuadas para su salud.

Felicia (2016), realizó un estudio sobre el nivel de conocimiento y uso de anticonceptivos en madres adolescentes de edad promedio de 18 años, reporta el nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos fue “Medio” en el 43% de las madres adolescentes, “Bajo” en el 32% y “Alto” en el 25%. El 63.8% de madres adolescentes usan métodos anticonceptivos, mientras que el 36.2% no usan. La mayoría de las madres adolescentes recibió información acerca de los métodos Anticonceptivos (93.6%) del Centro de Salud (53.2%) y utilizó el inyectable trimestral (31.9%). Existe relación entre el nivel de conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos  $p < 0.011$  por lo tanto, el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos se relaciona de manera significativa con su uso en madres adolescentes.

Vázquez (2019), reporta en un estudio sobre la aceptación de los anticonceptivos hormonales parenterales en puérperas adolescentes, que el 74% (37) tienen edades entre 17 y 19 años, el 48% (24) son solteras, el 74% (37) tienen estudios de nivel secundaria, el 84% (42) son ama de casa, el 54% (27) tiene un nivel de conocimiento bueno y aceptación del método anticonceptivo hormonal parenteral, con una ( $p < 0,01$ )

concluyen que el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos hormonales parenterales tiene relación con la aceptación del método.

En síntesis, la falta de información, la desinformación, la falta de conocimiento y otros factores sociales, pueden influir en el uso de anticonceptivos e influir en la conducta anticonceptiva en madres adolescentes. Una mujer con conocimiento tendrá mejores oportunidades de elegir libre e informada, sobre el tipo de anticonceptivo a utilizar, para su vida sexual y reproductiva, será entonces cuando este conocimiento la otorgue de poder para tomar las decisiones que mejor le convengan a ella y a su familia.

Para la variable autoeficacia anticonceptiva, se ha evidenciado su relación con el uso de anticonceptivos. Caudillo et al., (2019) en un estudio mixto sobre las conductas anticonceptivas reporta que las actitudes para la conducta anticonceptiva (CA) se asocian con la conducta anticonceptiva ( $F_{[4,215]}= 12.155, p < .001$ ), explicando la varianza en un 18.4%; asimismo, los beneficios, las barreras y la autoeficacia que se asocian con la CA. Las variables explicaron la varianza en un 14.1% de la conducta anticonceptiva ( $F_{[4,215]}= 8.787, p < .001$ ). Las mujeres que reportaron su actitud positiva, se percibieron con una capacidad mayor para utilizar anticonceptivos de manera correcta y sostenida.

Hamidi et al. (2018), refieren en un estudio para medir la asociación de la autoeficacia con el uso de anticonceptivos recetados, el uso de anticonceptivos recetados fue mayor entre aquellos con alta autoeficacia ( $OR 1,75; 95\% IC [1,29-2,37]$ ). Las mujeres con alta autoeficacia para la anticoncepción, tuvieron un mayor uso de métodos anticonceptivos recetados en comparación con los métodos de venta libre.

Kahsay et al. (2018) reportan en un estudio que la autoeficacia percibida para usar anticonceptivos ( $OR 1,26; 95\% IC [1,17-1,65]$ ) se asociaron positivamente con la voluntad y la capacidad de elección de anticonceptivos.

Así mismo Tip et al. (2020) reportan, que para describir las percepciones y comportamientos en la anticoncepción, como autoeficacia en el postparto, el 56 ( $n=31$ )

de los participantes utilizaron métodos anticonceptivos con receta y el 44% ( $n=24$ ) utilizaron métodos sin receta. Aquellos que percibían que el uso de anticonceptivos y los cuidados previos a la concepción eran beneficiosos tenían más probabilidades de utilizar un procedimiento y anticoncepción con receta ( $OR$  1,52; 95%  $IC$  [1,07, 2,17]).

En síntesis, la autoeficacia anticonceptiva en las madres adolescentes las puede hacer sentir capaz de elegir un método anticonceptivo de preferencia, que le permita elegir el correcto, tiene una relación positiva con el sostenimiento de uso de anticonceptivos, para que evite la interrupción del anticonceptivo, de acuerdo de a estos estudios el comportamiento anticonceptivo está relacionada al grado de autonomía en las madres adolescentes, en la mayoría de estos estudios refieren ser madres que han acudido a servicios de salud, por lo tanto la autoeficacia anticonceptiva se relaciona con la conducta anticonceptiva en la madre adolescente.

La variable deseo de ser madre, es un factor que puede propiciar el embarazo subsecuente, donde aleja o interrumpe la posibilidad de uso de anticoncepción. Estrada et al., (2018) en un estudio realizado en cinco países de América Latina Cuba, República Dominicana, El Salvador, México y Panamá, reportan que la proporción de adolescentes que informaron que deseaban su último embarazo osciló entre el 79,3% en Cuba y el 37,6% en Panamá; aproximadamente la mitad de las adolescentes en México, El Salvador y República Dominicana deseaban su último embarazo. El análisis multinivel muestra que el deseo de embarazarse era más probable entre las mujeres adolescentes que tenían menos educación ( $OR$  0,97; 95%  $IC$ , [0,96 -0,98]), mayor ( $OR$  1,39; 95%  $IC$ , [1,04 - 1,09]), casada o conviviendo con una pareja ( $RP$  0,70, 95%  $IC$ , [0,53 - 0,93]) y paridad baja ( $RP$  0,67; 95%  $IC$ , [0,58 - 0,76]), concluyendo que las adolescentes con menor nivel educativo, mayores, casadas o en convivencia y con baja paridad tenían más probabilidades de desear un embarazo.

Conroy et al. (2016) realizaron un estudio de tipo cualitativo, con el propósito de analizar las percepciones de las madres adolescentes en la toma de decisiones y

conductas que favorezcan a la prevención de un embarazo repetido. La muestra se conformó por de 16 madres adolescentes. Los resultados descritos fueron que algunas mujeres, tenían la clara intención de volverse a embarazar dentro de los 12 meses de vida de su primer hijo. Refieren que estar en control en la toma de sus propias decisiones las hace sentir más fuertes y empoderadas.

Obregón et al. (2020) reportan un estudio que tenía el propósito de medir si existía un efecto del empoderamiento y autoconcepto sobre las creencias de la maternidad, como una necesidad social y sentido de la vida. La población fueron 296 mujeres, los resultados fueron que si existió un efecto, identificó que la idea tradicional sobre el rol de la mujer en la maternidad se mantiene en nuestra sociedad, genera felicidad y propósito a las mujeres, los resultados muestran las diferencias respecto a las actitudes, hacia la maternidad se encuentran en mujeres quienes desean ser madres por primera vez o desean ser madres subsecuente en comparación con mujeres quienes no desean tener otro o ningún otro hijo, las mujeres que desean ser madres tienen mayor empoderamiento.

En síntesis, en algunas madres adolescentes la maternidad es su único estímulo para lograr su proyecto de vida, cumplir con las normas sociales que le rigen y ceder ante el deseo de la paternidad de su pareja. Las adolescentes con menor nivel educativo, mayores, casadas o en convivencia con su pareja y baja paridad, tienen más probabilidades de desear un embarazo. La ideación de ser madre está presente y fija, termina interrumpiendo el uso de anticonceptivos y afecta así a la conducta anticonceptiva.

### ***Factores interpersonales de la madre adolescente***

#### **Apoyo familiar.**

El apoyo de la madre a la madre adolescente en el uso de anticonceptivos sigue siendo crucial para la prevención de un embarazo subsecuente. Quinn et al. (2017), realizaron un estudio longitudinal en seis centros de atención primaria con familias

afroamericanas, con el objetivo de identificar factores que podrían prevenir la interrupción de anticonceptivos en madres adolescentes, al examinar hasta qué punto las relaciones interpersonales importantes de una madre adolescente (con su propia madre y con el padre de su bebé) predicen el mantenimiento exitoso del uso de anticonceptivos a lo largo del tiempo. Prediciendo que los niveles más altos de apoyo percibido estarían asociados con el mantenimiento exitoso del uso de anticonceptivos a lo largo del tiempo. Las adolescentes que percibieron algún apoyo emocional de sus propias madres tenían casi cuatro veces más probabilidades de mantener el uso de anticonceptivos (*OR* 5 3,74) y las adolescentes que vivían con sus propias madres tenían 5 veces más probabilidades de mantener el uso de anticonceptivos a lo largo del tiempo (*OR* 5.49).

Govender et al. (2019), realizaron un estudio para establecer la prevalencia y el riesgo en adolescentes para repetir un embarazo en Sudáfrica. La muestra la conformaron 326 adolescentes de entre 13 y 19 años. Reportaron que las adolescentes que percibían tener soporte emocional de sus madres fueron significativamente más bajas para un embarazo repetido ( $p < .05$ ) y fue similar con aquellas adolescentes que percibían tener soporte emocional de las tías tuvieron significativamente un nivel más bajo ( $p < .05$ ), un hallazgo en este estudio fue que las adolescentes que reportaron uso de anticonceptivos en los últimos 12 meses tuvieron un alto riesgo de repetir un embarazo ( $p < 0.001$ ), concluyendo que las adolescentes utilizan los anticonceptivos inconsistentemente.

Reese y Halpern (2017), realizaron un estudio para examinar factores distales como la escuela, familia, amigos y religión y la asociación con embarazos repetidos rápidos en adolescentes. Con una muestra de 20,745 adolescentes en 7° y 12° grado de escolaridad. Reportaron que si la madre adolescente que tuvo una mejor relación con sus padres, redujo el momios radio odds (*OR* 0.83; 95% *CI* [0.71-.099]) de embarazo. Como factor protector la familia que tiene mejor comunicación con la madre adolescente y que

abordan temas como la sexualidad y métodos anticonceptivos, reducen el riesgo de un embarazo subsecuente rápido.

En contraste con el apoyo familiar también se reporta que la relación familiar a veces pudiera favorecer al embarazo subsecuente. Wall-Wieller et al. (2016) realizaron un estudio para examinar la influencia de una hermana mayor adolescente que pasa o pasó por un embarazo, hacia las hermanas menores. Los resultados mostraron que las adolescentes con hermanas mayores que fueron madres en su adolescencia tuvieron un factor de riesgo (*OR* 3.38; 99% *CI* [2.77-4.13]) más alto que las adolescentes que sus hermanas mayores no se embarazaron en la adolescencia. Las madres de adolescentes que tuvieron a su primer hijo antes de los 20 presentaron (*OR* 1.57; 99% *CI* [1.30-1.89]) más alto, que las adolescentes con madres que no se embarazaron antes de los 20 años. Si la adolescente se encontraba en la escuela y tenían una hermana con historia de embarazo en la adolescencia el factor de riesgo se redujo a (*OR* 2.48; 99%; *CI* [2.01-3.06]).

Aslam et al. (2017) realizaron una revisión sistemática de estudios con métodos mixtos para identificar las mujeres jóvenes que tenían más factores de riesgo para un embarazo subsecuente, explorando la percepción y sus razones para repetir un embarazo. Revisaron 53 estudios cualitativos, encontraron que los factores contextuales, como bajo apoyo familiar, educacional o vocacional y una vida caótica, están relacionados al factor de riesgo.

En síntesis el apoyo familiar influye para la conducta anticonceptiva, puede fungir como factor protector o de riesgo, en el embarazo subsecuente. En algunos casos la relación de la familia con la madre adolescente fortalece los lazos emocionales, que favorece a la elección, el uso correcto y sostenido de algún método anticonceptivo y esta situación dota a la madre adolescente de poder de decisión en el uso de anticonceptivos. La familia tiene un papel importante en la conducta anticonceptiva, puede ser soporte

para la adolescente, pero también puede influir de manera negativa, ya sea por sus creencias que pasan de generación en generación.

### **Apoyo de la pareja.**

En un estudio de tipo mixto realizado por Lewis et al. (2012) sobre el apoyo de la pareja con madres adolescentes en el uso de anticonceptivos, encontraron que el papel de la pareja en el uso de métodos anticonceptivos no dependientes del coito (es decir, anticonceptivos orales, anticoncepción intrauterina y acetato de medroxiprogesterona de depósito), fue de apoyo en gran medida el uso de métodos anticonceptivos no dependientes del coito, pero los mecanismos de apoyo variaron enormemente, desde la promoción de los métodos para facilitar que los participantes continúen con el método elegido. Las parejas de madres adolescentes juegan diferentes roles en las decisiones anticonceptivas en el posparto, por lo tanto, tienen el potencial tanto de inhibir como de facilitar el uso de anticonceptivos no dependientes del coito.

Conroy et al. (2016), realizaron un estudio cualitativo con mujeres de entre 15 y 21 años, para determinar las percepciones de las madres adolescentes para prevenir o repetir un embarazo, reportaron la participación de la pareja en las decisiones de uso de anticonceptivos y describieron un enfoque colaborativo en la toma de decisiones respecto al método con una participación mutua, por el contrario reportan algunas madres adolescentes no consideraban importante la inclusión de su pareja y ellas eran las que tomaban la decisión del método a utilizar. La toma de decisiones con respecto a buscar o prevenir un embarazo repetido rápido es compleja para las madres adolescentes.

Por otro lado, la relación con la pareja pudiera poner en riesgo de embarazo subsecuente a la madre adolescente. Reyes (2017), realizó un estudio cuantitativo con el objetivo de conocer las características del embarazo subsecuente en adolescentes. La muestra fue de 113 adolescentes menores de 19 años. Los resultados mostraron que el 86.7% se encontraban casadas o en unión libre, 77.9% de las parejas sexuales de las

adolescentes tenían 20 años o más, 58.4% las parejas actuales eran también los padres del primer hijo y el 31.9% de las madres subsecuente tenían 15 años al momento del segundo parto.

González (2016) realizó un estudio con el propósito de describir la magnitud del embarazo repetido en adolescentes. Reporta que un 65.4% estaba casada o convivía con el progenitor, reafirmando que la situación de pareja, casarse o convivir con el progenitor del primer hijo aumenta el riesgo de repetir embarazo, el 73.5% no utilizó métodos anticonceptivos después del parto.

Villalobos-Hernández et al., (2015) aplicaron una encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012) a 1790 adolescentes de entre 12 a 19 años, reportando que el 20.5% tenía vida sexual activa, de ese porcentaje 52% habían estado embarazadas alguna vez en su vida ( $p < 0.05$ ), las adolescentes con embarazo previo que viven con su pareja tiene ocho veces más posibilidad de haber experimentar un embarazo no planeado ( $OR\ 84, 95\% IC: [5.6-212.5]$ ).

Burke et al. (2018) aplicaron una encuesta para identificar el perfil de salud materno-infantil, así como datos relacionados con la fertilidad y la planificación familiar. La muestra fue de 629 mujeres entre 15 y 22 años, que al menos tenían dos hijos. Reportaron que las jóvenes que viven en zonas rurales tienden a embarazarse después de 12 o 24 meses después de haber parido y desean una familia amplia en poco tiempo. Que la probabilidad de embarazo reincidente aumenta con la experiencia de la paridad y la influencia de las parejas en la no implementación de un método anticonceptivo.

En síntesis el papel que juega la pareja cuando brinda apoyo, en el uso de anticonceptivos en la madre adolescente, es crucial para la elección del método y el continuo curso de una planificación familiar, favorece al esparcimiento de hijos si esa fuera la elección de la madre o de ambos. Una pareja instruida va a ser participe en la toma de decisiones, pero de una manera positiva que no interrumpa los ideales

reproductivos de la madre adolescente. La pareja puede influenciar a la madre adolescente al no uso de anticonceptivos, así que la influencia que pudiera tener en ella es elevada para poner en riesgo su vida reproductiva, en algunos de los casos sus derechos sexuales y reproductivos se ven alterados por las decisiones por lo tanto afecta a la conducta anticonceptiva de la madre adolescente.

### **Apoyo del personal de salud.**

Lin et al. (2019), establecieron un programa de tutoría llamado Maikuru diseñado para enseñar a madres jóvenes menores de 20 años a afrontar los retos de la vida diaria, prevenir un embarazo durante la adolescencia. El objetivo del estudio fue examinar el logro educativo, empleo y embarazos de estas madres adolescentes de 1 a 5 años después de este programa, como resultados obtuvieron un (37%) de un total de 51 participantes, de los que respondieron todos se encontraban estudiando o ya se habían graduado, (63%) estaban empleados, nueve madres habían dado a luz a otro hijo; solo dos (10,5%) se identificaron con menos de 20 años en ese momento. Todos los participantes informaron su percepción positiva del programa y lo recomendaría a otras madres adolescentes.

Kaewkiattikun (2018), refiere en un estudio que pretendía comparar el uso de LARC y la consejería anticonceptiva en el posparto inmediato y convencional e identificar los factores predictivos del uso de LARC en el posparto. Con una muestra de 233 adolescentes en posparto, el uso de LARC fue 87 de 118 (73,7%) en el grupo de consejería en el posparto inmediato y 49 de 115 (42,6%) en el grupo de consejería en el posparto convencional ( $OR\ 3,780; 95\% IC [2,18-6,57] p < 0,001$ ). Un factor de predicción significativo para el uso de LARC en adolescentes posparto fue el asesoramiento posparto inmediato ( $OR\ 3,67; 95\% IC [2,10 a 6,41] p < 0,001$ ), por lo tanto la consejería en anticoncepción en el posparto inmediato dio lugar a un aumento significativo en el uso de LARC en adolescentes, en comparación con el asesoramiento anticonceptivo posparto convencional (4 a 6 semanas). Las madres adolescentes que

recibieron asesoramiento posparto inmediato tuvieron 3,67 veces más probabilidades de utilizar LARC que las que recibieron consejería posparto convencional.

En un estudio cualitativo de Igras et al., (2019) en Madagascar, refieren que los nuevos padres adolescentes, tienen confianza en los servicios de salud, en los sistemas de salud donde la enfermera o partera son grandes influyentes para su cuidado, en contraste la relación con la pareja después del embarazo comúnmente refieren poca comunicación escasa e inician una vida caótica en pareja por la inmadurez emocional, pero a pesar de estar en una relación forzada por el embarazo estaban claramente consientes de los beneficios de los servicios de salud, la pareja funge como promotor del uso o no uso de los servicios de salud, al cuidado de la madre adolescente.

Frederiksen et al. (2018) realizaron una revisión sistemática de programas preventivos basados en la clínica, de embarazos repetidos en adolescentes, para sintetizar y evaluar la evidencia de la efectividad de programas preventivos del embarazo subsecuente en adolescentes en clínicas. Se revisaron múltiples artículos encontrando solo cinco artículos que se enfocaban en prevención de embarazos repetidos en adolescentes, cuatro de ellos fueron positivos ( $n=2$ ) o nulos ( $n=2$ ) y uno estudio adicional que describe los lugares que referencian a los adolescentes a otros servicios. Concluyendo que los programas preventivos para embarazos reincidentes son pocos.

Lewin et al. (2019) reportan un estudio con el objetivo de determinar la efectividad de las intervenciones médicas en casa para padres adolescentes para reducir embarazos repetidos no deseados dentro de los primeros 2 años del posparto. Con una muestra de 98 afroamericanos, menores de 20 años que recibieron la intervención en áreas pediátricas por el seguimiento de sus hijos. Como resultados obtuvieron que en una regresión logística los grupos de madres que recibieron la intervención fueron la mitad de las madres que recibieron cuidados primarios y que repitieron un embarazo dentro los primeros dos años del posparto ( $OR=0.55$ ,  $p<.05$ ). El efecto mayor de la intervención de menor tasa de embarazo repetido fue relacionado con las altas tasas de

uso de anticoncepción. La depresión estuvo asociada con los altas probabilidades de un embarazo repetido.

En síntesis el apoyo del personal de salud es ambivalente, por un lado funge de soporte y guía en la elección del método anticonceptivo para las madres adolescentes, favoreciendo a la cercanía de los centros de salud, sobre todo aquellos que implementan programas dirigidos al adolescente. Por otro lado el trato irrespetuoso vulnera los derechos sexuales y reproductivos de las madres adolescentes, alejándola del derecho a una salud reproductiva de libre elección.

### **Empoderamiento en uso de anticonceptivos.**

Osuafor et al., (2018) realizaron un estudio en Mahikeng, para explorar los factores sociodemográficos asociados con la toma de decisiones de las mujeres casadas para usar métodos anticonceptivos. El resultado reveló que el 57% de las participantes utilizaba actualmente métodos anticonceptivos y el 45% afirmó haber tomado una decisión conjunta sobre el uso de métodos anticonceptivos. De acuerdo al análisis multivariado se encontraron asociaciones significativas con las mujeres que tenían educación secundaria (*OR* 2,37; 95% *IC* [1,02-5,52]) tenían más probabilidades de afirmar que toman decisiones solas sobre el uso de anticonceptivos, en comparación con el marido que toma las decisiones, así mismo como estudiante (*OR* 1,36; 95% *IC* [1,03-1,78]). Las decisiones sobre el uso de anticonceptivos se asociaron con la educación, la ocupación, la religión, la duración de la unión y el idioma del hogar. Resaltaron que se requiere de empoderar a las mujeres para que usen métodos anticonceptivos para satisfacer su deseo de fertilidad el cual debe tener como objetivo mejorar su estatus socioeconómico y la comunicación conyugal.

Gallardo (2019), reporto en un trabajo realizado en Perú, con el objetivo de identificar la asociación entre el uso de métodos anticonceptivos y factores de empoderamiento, reportando el 66% de las participantes tuvieron un nivel intermedio de poder de decisión respecto a la toma de decisiones en hogar, sobre la atención en salud,

sobre que cocinar, sobre las grandes compras y la administración del dinero. Respecto al nivel bajo de poder de decisión, el 24% se encontraron en la categoría de no autónomas, es decir que necesitan del permiso de su pareja para poder salir sola o con los hijos, hacer otras cosas y usar métodos anticonceptivos. Finalmente refiere que se encontró una asociación significativa entre el empoderamiento y el uso de anticonceptivos, siendo la decisión y autonomía las que ejercen un efecto en los distintos aspectos del uso de anticonceptivos.

Mahendra et al. (2019) realizaron un estudio en Indonesia, donde reveló que 63,8% de las mujeres que usaban anticonceptivos, ellas lo habían decidido, el 30,1% había decidido en conjunto con su pareja o proveedor de salud y el 6,1% no participó en la toma de decisiones. En el patrón de toma de decisiones y los factores a nivel individual, tuvieron una asociación significativa con el uso de LAPM, las que no fueron predictoras fueron las variables de nivel comunitario, en comparación con las mujeres que habían tomado su propia decisión sobre el uso de anticonceptivos, en las mujeres que habían tomado una decisión conjunta con su pareja o proveedor de salud, el uso de LAPM fue 2,3 veces mayor (*OR* 2,3; 95% *IC* [2,0-2,7]), y más de tres veces mayor en mujeres que no participan en el proceso de toma de decisiones (*OR* 3,1; 95% *IC* [2,3-4,1]).

En síntesis, la relación del empoderamiento de uso de anticonceptivos con el uso de anticonceptivos, es crucial para el poder de decisión de la mujer en el uso de métodos anticonceptivos, para su bienestar sexual y reproductivo. Es importante que la mujer tome sus propias decisiones en cuanto a anticoncepción se refiera, elija en libertad y de manera informada decida que método utilizar, el empoderamiento de uso de anticonceptivos se relaciona con la conducta anticonceptiva, ya que el uso correcto y sostenido de los anticonceptivos dependerá del poder de decisión de la mujer.

### **Intención de uso de anticonceptivos.**

Wuni et al. (2018) reportan en un estudio sobre el uso e intención de anticonceptivos en 590 mujeres puérperas en Ghana, en relación a la intención, si hablaban sobre planificación familiar (PF) durante la visita a la clínica ( $R^2$  1.12; 95% IC [0.99-1.26]), cliente hablaba de planificación familiar con su pareja ( $R^2$  1.20; 95% IC [1.08-1.34]), deseo de espaciar a los hijos ( $R^2$  .35; 95% IC, [1.17-1.55]), uso anticonceptivo anterior ( $R^2$  1.15; 95%, IC [1.05-1.27]) y uso anticonceptivo actual ( $R^2$  1.11; 95%, IC [1.01-1.22]) fueron predictivos de la intención de las mujeres de usar anticonceptivos en el futuro, en resumen las mujeres que discutían PF con sus parejas y el uso de anticonceptivos anteriores, eran determinantes significativos tanto del uso actual como de las intenciones futuras de usar la anticoncepción.

Kumar et al. (2020) reportan en un estudio con mujeres casadas desde los 15 años, la intención de utilizar anticonceptivos entre las mujeres que no utilizaban ningún método era del 41%, cuando los trabajadores de la salud contactaban y discutían sobre la planificación familiar, en comparación con sólo el 20% cuando no existía tal contacto con los trabajadores de la salud. El análisis multivariado sugiere que el contacto con los trabajadores de la salud tiene efectos positivos significativos en la intención de usar anticonceptivos ( $OR$  3,05 95% IC [2,85–3,27]  $p < 0.001$ ).

Loewenberg et al. (2017) realizaron un estudio con mujeres en el posparto, evaluaron la intención anticonceptiva y realizaron una correlación de mujeres que planearon ofrecer lactancia materna y las que no, en una muestra total de 100 mujeres, reportaron que 91% de las mujeres tienen la intención de usar métodos anticonceptivos, 24% el DIU, 23% el condón, 12% métodos anticonceptivos orales combinados y el resto otros métodos y 39% piensa usar un método anticonceptivo a la semana seis y posteriormente usarlo seis meses. La intención de usar anticoncepción antes de los seis meses posparto se incrementa con la edad de las mujeres ( $OR$  1.2, 95% IC [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, 95% *IC* [1.0-25.5]) tienen mayor probabilidad de no tener intención a usar métodos anticonceptivos antes de los seis meses posparto.

En síntesis, la intención de uso de anticonceptivos influye en la toma de decisiones de las mujeres, tener una idea sobre que método cree la mujer que le conviene y que en el futuro llegue a utilizarlo, puede influir en la conducta anticonceptiva, por supuesto que puede estar influenciada su decisión por actores externos a ella, pero finalmente la idea es personal y dependerá de la mujer si la concreta o no.

#### **Uso de anticonceptivos.**

En un estudio realizado por Villalobos-Hernández et al. (2015), con 1790 mujeres de 12 a 19 años de edad con inicio de vida sexual y antecedente de embarazo, refieren que el uso de anticonceptivos como el condón en adolescentes sin embarazo previo fue de 75.4 y 66.6%, en la primera y última relación sexual, respectivamente y el no uso de anticonceptivos entre las adolescentes con embarazo previo es de 47.6 y 43.8%, en la primera y última relación sexual ( $p < 0.05$ ). En factores individuales que propician el embarazo se encuentra la deserción educativa, donde reportan que, de las adolescentes con inicio de vida sexual sin experiencia de embarazo, 36.1% tiene rezago educativo y el porcentaje aumenta a 74.9% en caso de las que alguna vez tuvieron embarazo ( $p < 0.05$ ) y por otro lado la cohabitación con la pareja el 83.1% de las adolescentes con antecedente de embarazo esta o ha estado unida. Concluyendo que las adolescentes con embarazos previos que viven con su pareja tienen ocho veces más la posibilidad de haber experimentado un embarazo ( $R^2$  8.4, 95% *IC* [5.6-12.5]) en relación con las que no viven con su pareja.

En un estudio cuanti-cualitativo sobre anticoncepción y maternidad realizado por Cogna y Binstok (2018), referente al uso efectivo reportaron que el 74,2% de las encuestadas refiere usar un método anticonceptivo “siempre” y un 12,2% “la mayoría de

las veces”. Los métodos más utilizados fueron la píldora (40,7%) y el preservativo (37,0%). Solo el 13,2% utilizaba un método de mediana o larga duración (inyectable o dispositivo intrauterino). Los principales motivos reportados por quienes “nunca” usaban métodos (13,6%) fueron estar buscando un embarazo (27,6%) y la oposición de la pareja (27,6%). Las entrevistas revelaron dificultades con el uso de los métodos y déficits en la consejería anticonceptiva.

Bucknall y Bick (2020), realizaron un estudio de tipo cualitativo para describir la experiencia de las madres adolescentes en el uso de anticonceptivos, refieren que cada embarazo que se presentó de adolescentes, no fue planeado y se explica por los participantes el rechazo a uso de anticonceptivos reversibles de acción prolongada y el uso inconsistente, la información errónea sobre los anticonceptivos reversibles de acción prolongada contribuyó a su rechazo y la consejería de anticonceptivos por parte del personal influyó para mantenerse en el uso de anticonceptivos. Inicialmente se priorizó la maternidad sobre otros objetivos de la vida para darle sentido al segundo embarazo. El dar de alta a las madres adolescentes de la Clínica de Family Nurse Practitioner (por sus siglas en inglés) puede provocar la desconfianza y alejamiento con el personal de salud. Se propuso el apoyo de pares y el contacto con profesionales de la salud a través de las redes sociales como “peldaños” fuera del servicio.

En síntesis, en el uso de anticonceptivos, los métodos más utilizados por las madres adolescentes fueron la píldora y el preservativo, a menor porcentaje mediana o larga duración (inyectable o dispositivo intrauterino). La información errónea sobre los anticonceptivos reversibles de acción prolongada contribuyó a su rechazo y la consejería de anticonceptivos por parte del personal influyó para el mantenimiento del uso de anticonceptivos. Inicialmente, se priorizó la maternidad actual sobre otros objetivos de la vida para darle sentido y prevenir así un segundo embarazo. La detección de necesidades sexuales y reproductivas en los adolescentes sigue estando en la agenda del personal de salud para favorecer al uso sostenido de anticonceptivos.

## **Objetivo General**

Explicar un modelo de empoderamiento en el uso de anticonceptivos, medir la relación entre los factores contextuales individuales (Uso previo de anticonceptivos, anticonceptivos deseado, pareja sentimental), factores contextuales cognitivos (autoestima, bienestar psicológico, conocimientos de anticonceptivos, autoeficacia anticonceptiva y deseo de ser madre) y factores interpersonales (apoyo familiar, apoyo de la pareja y apoyo del personal de salud) en madres adolescentes, con el empoderamiento en el uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos, a través de un diseño concurrente transformativo, para describir la realidad del uso de anticonceptivos, además de explorar aquellos factores relacionados con la conducta anticonceptiva en el empoderamiento.

## **Objetivos específicos de tipo cuantitativo**

- 1.- Describir los datos sociodemográficos de los participantes.
- 2.- Determinar la relación de los factores contextuales individuales (uso previo de anticonceptivos, anticonceptivo deseado y pareja sentimental) y los factores cognitivos (autoestima, bienestar psicológico, conocimiento de anticonceptivos, autoeficacia anticonceptiva y deseo de ser madre), sobre el empoderamiento en el uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos.
- 3.- Determinar la relación de los factores interpersonales (apoyo familiar, apoyo de la pareja y apoyo del personal de salud), sobre el empoderamiento en el uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos.
- 4.- Determinar la relación entre el empoderamiento de uso de anticonceptivos con la intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos.
- 5.- Determinar la relación de la intención de uso de anticonceptivos con el uso de anticonceptivos.
- 6.- Medir el efecto mediador de la intención de uso de anticonceptivos entre el empoderamiento de uso de anticonceptivos y el uso de anticonceptivos.

**Objetivo específico de tipo cualitativo**

- 1.- Explorar los factores relacionados con el empoderamiento en el uso de anticonceptivos en madres adolescentes.
- 2.- Describir los aspectos afectivos, cognitivos y contextuales en base a su conducta anticonceptiva desde las voces de las madres adolescentes.
- 3.- Develar la postura onto-epistemológica de los factores relacionados con el empoderamiento en el uso de anticonceptivos en madres adolescentes.

**Objetivos específico mixto**

- 1.- Integrar la convergencia de los factores que influyen en el empoderamiento de uso de anticonceptivos en madres adolescentes.

**Definición de términos**

*Factores contextuales de la madre adolescente.* Se definen como los atributos personales de la madre adolescente que la definen en su conducta sexual y reproductiva, que la conducen a la toma de decisiones personales y que la definen como persona y se dividen en características individuales y cognitivas.

*Características individuales.* Son las particularidades de la madre adolescente que incluye los antecedentes con el uso previo de anticonceptivos, anticonceptivo deseado y pareja sentimental.

*Uso previo de anticonceptivos.* Se define como la experiencia previa en el uso de algún método anticonceptivo desde que inicia su vida sexual y reproductiva, pueden ser de corta o larga duración, que refuerzan la conducta anticonceptiva, puede ser uno o varios métodos.

*Anticonceptivo deseado.* Es la preferencia de la madre adolescente por algún método anticonceptivo, que tiene en mente para su vida reproductiva.

*Pareja sentimental.* Es la persona que la madre adolescente elige como compañero de vida presente, puede ser el padre o no de su hijo, puede influir de manera negativa o positiva en las elecciones de algún anticonceptivo.

*Características cognitivas.* Son las particularidades de la madre adolescente, para el procesamiento del pensamiento que puede influir en la toma de decisiones en el uso de anticonceptivos, incluye autoestima, bienestar psicológico, conocimiento de anticonceptivos, autoeficacia anticonceptiva y deseo de ser madre.

*Autoestima.* Es la percepción o juicio positivo de la madre adolescente hacia sí misma y que influye en la conducta anticonceptiva.

*Bienestar psicológico.* Es la combinación de sentirse saludable física y emocionalmente de la madre adolescente, donde le da un propósito en la vida y un significado, expresa el sentirse positiva.

*Conocimiento de anticonceptivos.* Es la información almacenada de las madres adolescentes respecto a la fisiología reproductiva, mecanismo de acción, tipos, modo de uso, efectos adversos, eficacia y contraindicaciones de los métodos anticonceptivos.

*Autoeficacia anticonceptiva.* Es la percepción de capacidad que tiene la madre adolescente para tomar una decisión acerca de su vida sexual y reproductiva, como la elección de un anticonceptivo.

*Deseo de ser madre.* Es la decisión propia de la madre adolescente de volver a tener un hijo-hija, satisfaciendo así su deseo de la maternidad, que interrumpe el método anticonceptivo utilizado.

*Factores interpersonales de la madre adolescente.* Son las relaciones que tiene la madre adolescente con otros personajes que la rodean, como la familia, la pareja o el personal de salud y que de cierta manera influyen en la conducta anticonceptiva de la madre adolescente

*Apoyo familiar.* Soporte emocional y económico de los padres, tías, abuelos, hermanos o primos hacia la madre adolescente, cualquier persona consanguínea que fortalece la toma de decisiones en el uso de anticonceptivos, influyendo en la elección y sostenimiento de un anticonceptivo.

*Apoyo de la pareja.* Soporte emocional y/o económico, con lazos fuertes para la toma de decisiones anticonceptivas y reproductivas, puede ser unión legalizada o no, pero la madre adolescente lo reconoce como compañero de vida, independiente de si es el padre o no del hijo, el cual favorece en la toma de decisiones en relación al uso correcto y sostenido de anticonceptivos.

*Apoyo del personal de salud.* Es el acompañamiento en el uso y manutención de anticonceptivos, educación sexual y reproductiva, por parte de los profesionales de la salud, a través de la mentoría, consultoría o aplicación de programas de salud sexual y reproductiva, que genera la confianza en la madre adolescente para elegir el método que más le convenga.

*Conducta anticonceptiva.* Es el comportamiento de la madre adolescente en el uso y manejo de métodos anticonceptivos de corta o larga duración, correcto y sostenido, que puede estar influenciada por otras personas o condiciones ante una vida sexual y reproductiva.

*Empoderamiento de uso de anticonceptivos.* Capacidad de la madre adolescente de tomar sus propias decisiones en el uso de anticonceptivos libres de coerción o violencia, para su salud sexual y reproductiva, puede estar acompañada o no, pero si lo está demuestra la capacidad de negociar con su pareja el método anticonceptivo que mejor les convenga.

*Intención de uso de anticonceptivo.* Deseo o ideación de algún método anticonceptivo que planea la madre adolescente utilizar en el futuro próximo.

*Uso de anticonceptivos.* Utilización de métodos anticonceptivos de la madre adolescente pueden ser de corta o larga duración y favorece a la prevención o postergación de un embarazo subsecuente.

## **Capítulo II**

### **Metodología**

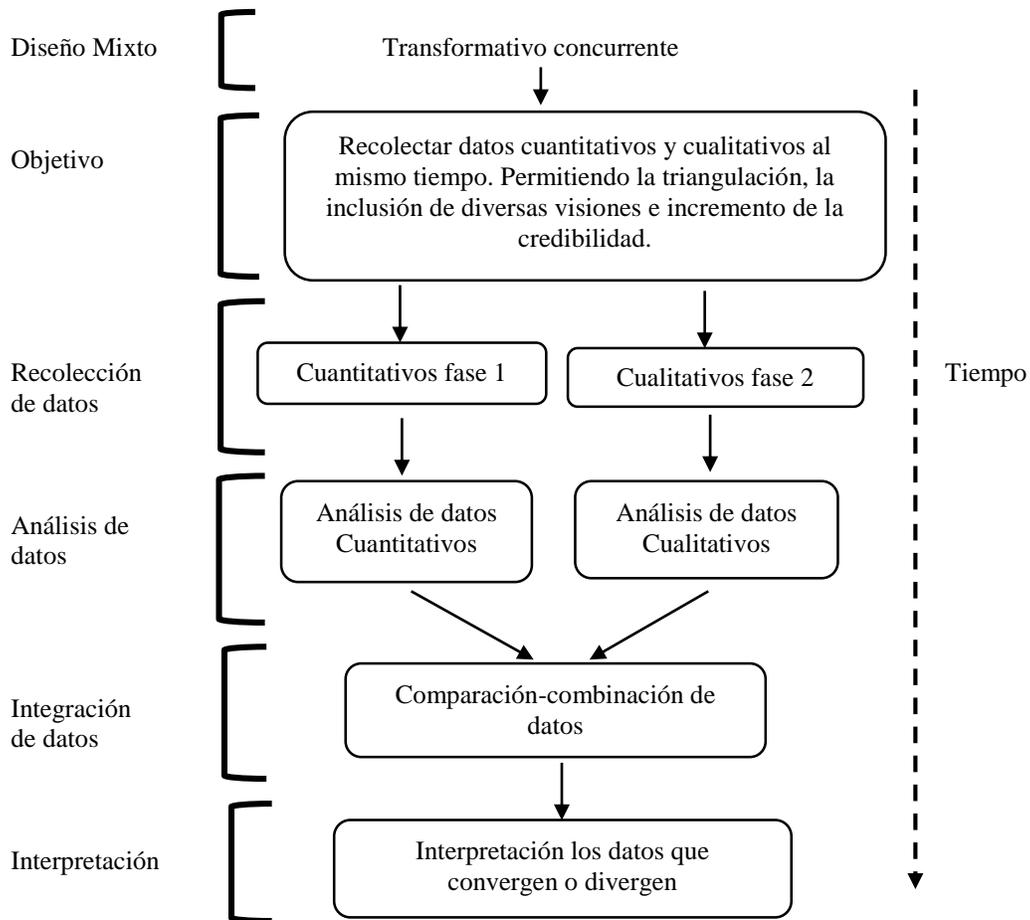
En este capítulo se presenta para el abordaje del fenómeno en estudio, el plan de diseño de estudio con un enfoque de métodos mixtos (MM). Enseguida se describe el método concurrente transformativo, que se realizó en dos fases; la fase cuantitativa y la fase cualitativa, después en ambas fases se describen la población, muestra, muestreo, criterios de inclusión, exclusión y eliminación e instrumentos/guías, consideraciones éticas y propuesta de análisis de los datos obtenidos de ambas fases.

#### **Diseño del estudio**

El diseño del presente estudio, fue con un enfoque de método mixto concurrente transformativo (DISTRAC). Que permitió profundizar y comprender la conducta anticonceptiva identificada en el empoderamiento en el uso de anticonceptivos de las madres adolescentes. Esta metodología combinó procedimientos cuantitativos (CUAN) y cualitativos (CUAL), contribuyendo ambas metodologías al estudio en la misma fase de investigación (Creswell, 2014, Maggetti, 2020; Schoonenboom & Johnson, 2017), se realizó en forma paralela en el mismo lapso de tiempo y la integración se ejecutó en la fase de análisis.

En este estudio se utilizaron las fortalezas de los enfoques CUAN + CUAL combinándolas para dar soporte al abordaje Mixto, desde lo CUAN el abordaje teórico fue en base a la teoría de empoderamiento en salud de Shearer (2000a) y desde el enfoque CUAL la perspectiva fue desde la fenomenología hermenéutica la cual fue utilizada para explorar la experiencia vivida de las madres adolescentes en el uso de anticonceptivos, con el propósito metodológico de contrastar y comparar los resultados de acuerdo a la metodología mixta (Teddlie & Tashakkori, 2009) (Figura 9).

Figura 9  
 Diagrama de rigor metodológico en Métodos Mixtos



### Criterios de Inclusión

Para este estudio los criterios de inclusión fueron aquellas madres adolescentes con un hijo o más, que tengan entre 12 y 19 años de edad, que estuvieran usando o no algún método anticonceptivo, residentes de la Ciudad de Chihuahua, que asistían al programa de servicios amigables, en los centros de salud de la Secretaría de Salud, con mayor afluencia de la jurisdicción sanitaria número uno, correspondiente al municipio.

**Criterios de exclusión**

Madres adolescentes que estuvieran embarazadas al momento del abordaje.

**Criterios de eliminación**

Madres adolescentes que no hayan completado el 100% de los instrumentos. Al momento de la entrevista se observaron no colaborativa (participativa). Madres adolescentes que refirieron haber cursado por un abuso sexual producto de su embarazo o con algún problema psiquiátrico.

**Fase Cuantitativa**

En el presente estudio se realizó un diseño descriptivo, correlacional y transversal, ya que describe la varianza del estudio, así mismo se observan las reacciones entre ellas y la medición se realizó en un solo tiempo, se determinaron las variables en el modelo propuesto predicen el empoderamiento en el uso de anticonceptivos (Grove & Gray, 2019).

**Población, muestra y muestreo**

Con una población de madres adolescentes de entre 12 y 19 años de edad y un muestreo no probabilístico, en base a los registros del programa de servicios amigables de la jurisdicción sanitaria número uno, de la Secretaria de Salud, del municipio de Chihuahua, Chihuahua. La muestra se calculó por medio del paquete estadístico NQuery Advisor, con un nivel de significancia de .05, un coeficiente de determinación de  $r^2=.09$  y una potencia de prueba del 90%, para un modelo de regresión lineal múltiple, con 14 variables, considerando una tasa de no respuesta de 23%, dando como resultado un tamaño de muestra de 330 participantes.

**Descripción de los Instrumentos**

A continuación se describen los instrumentos que se utilizaron en la fase cuantitativa de acuerdo a las variables establecidas en el modelo: Preguntas filtro, para los factores contextuales (uso previo de anticonceptivos, anticonceptivo deseado, pareja sentimental, autoestima, bienestar psicológico, conocimiento de anticonceptivos,

autoeficacia anticonceptiva y deseo de ser madre), factores interpersonales (apoyo familiar, apoyo de la pareja y apoyo del personal de salud) y empoderamiento en el uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos. En total se aplicaron 12 instrumentos, en formato papel y lápiz, auto aplicable con tiempo libre de llenado (aproximadamente 30 min).

Se realizaron cuatro preguntas filtro para verificar que las participantes cumplieran con los criterios de inclusión establecidos, tales como la edad, si actualmente está embarazada y si es su primer embarazo (Apéndice A). Estas preguntas filtro son de opción dicotómica y fueron llenadas por el encuestador.

#### *Factores Contextuales de la madre adolescente individuales y cognitivos*

Se utilizó la cédula de datos personales para la obtención de datos sociodemográficos de las participantes y para medir tres variables del presente estudio (uso previo de anticonceptivos, anticonceptivo deseado y pareja sentimental). La cédula de datos personales fue elaborada por la autora del presente estudio, está conformada por cuatro preguntas abiertas y nueve de opción múltiple, dando un total de 13 preguntas (Apéndice B).

La variable *Uso previo de anticonceptivos*, fue medida con el apartado de uso de anticonceptivos, que incluye aspectos tales como, si ha utilizado un método anticonceptivo, qué tipo y tiempo de uso. Un ejemplo de pregunta es ¿has utilizado algún método anticonceptivo? y un ejemplo de respuesta es “sí he utilizado un método anticonceptivo” (Apéndice B).

La variable *Anticonceptivo deseado*, fue medida con la pregunta ¿qué método anticonceptivo deseabas? de la cédula de datos personales, con opción de respuesta múltiple. Un ejemplo de respuesta es “inyecciones” (Apéndice B).

La variable *Pareja sentimental*, fue medida con la pregunta ¿Cuál es tu estado civil actual? y ¿actualmente con quien vives? de la cédula de datos personales, con opción de respuesta múltiple. Un ejemplo de respuesta es “actualmente estoy casada” y

“vivo con mi pareja actual” (Apéndice B).

Para medir la variable *Autoestima*, se utilizó la Escala de Autoestima de Rosenberg, elaborada por Rosenberg (1965), es el instrumento psicológico más utilizado para medir la autoestima en adolescentes, que valoran sentimientos de respeto y la autopercepción, traducida al castellano por Echeburua en 1995. Consta de 10 preguntas; de las cuales cinco están enunciadas de manera positiva y cinco de manera negativa. Con esquema de respuesta tipo Likert con cuatro opciones; que van desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 4 (totalmente de acuerdo).

Para evaluar ésta escala, deben invertirse los ítems enunciados negativamente (2, 5, 8, 9, 10) y realizarse sumatoria de puntajes. La puntuación total oscila entre 10 y 40, en donde a mayor puntuación mayor autoestima. Esta escala ha sido validada para la población española con un Alfa de Cronbach de .87 (Vázquez & Bellido, 2013), también ha sido validada en población argentina con una Alfa de Cronbach de .70 (Góngora & Casullo, 2009) (Apéndice C).

Para medir la variable *Bienestar psicológico* se utilizó la escala de Bienestar Psicológico de Ryff, elaborada por Ryff (1989). En el presente estudio se utilizó la adaptación en la población mexicana realizada por García et al. (2016). Esta escala permite valorar el grado de bienestar general de una persona a partir de la información subjetiva acerca de su nivel de satisfacción, en distintos ámbitos de su vida, para empoderar a la persona.

Esta escala es autoaplicable y se compone de 20 preguntas, con escala de respuesta tipo Likert de cuatro puntos, desde 0 (totalmente en desacuerdo) hasta 4 (totalmente de acuerdo). Para la interpretación de la escala se realizó sumatoria de puntajes; utilizando las siguientes categorías: de 0 a 44 significa bajo bienestar psicológico, de 45 a 67 bienestar psicológico normal y de 68 a 80 alto bienestar psicológico. Un ejemplo de pregunta es ¿en general, me siento seguro y positivo conmigo? y un ejemplo de respuesta es “totalmente de acuerdo, en que me siento seguro

y positivo conmigo”. En cuanto a la validez y confiabilidad de adaptación, la escala ha reportado Alfa de Cronbach de .82 (García et al., 2016) (Apéndice C).

Para medir la variable *Conocimiento de anticonceptivos*, se utilizó el Cuestionario de Evaluación de Conocimiento Anticonceptivo, elaborado por Haynes et al. (2017), que evalúa la información que tienen las personas acerca de fisiología reproductiva, mecanismos de acción, eficacia, conceptos erróneos, anticoncepción de emergencia, entre otros. Contiene un total de 25 preguntas de opción múltiple con única respuesta. Un ejemplo de pregunta es ¿cuál de las siguientes opciones puede hacer que los métodos anticonceptivos no funcionen bien?, un ejemplo de respuesta es “todas las anteriores”. La evaluación de la escala se obtiene calculando el promedio total de las preguntas de cero a cien. La validez de contenido se ha reportado sin diferencias significativas y con una confiabilidad test-re-test de  $r.79$  (Apéndice D).

La variable de *Autoeficacia anticonceptiva*, se midió con la escala Autoeficacia anticonceptiva (Contraceptive Self-efficacy scale [Levinson et al., 1998]), este instrumento tiene como objetivo evaluar las percepciones de las adolescentes sobre su capacidad para asumir la responsabilidad de comportamientos sexuales y anticonceptivos en diferentes situaciones.

La escala consta de 17 preguntas, un ejemplo de pregunta es ¿cuándo estoy con una pareja, siento que puedo ser responsable de lo que pase sexualmente con él? y un ejemplo de respuesta es “casi verdadero que yo siento que puedo ser responsable de lo que pase sexualmente con él”. Las respuestas son de tipo Likert de 5 puntos, que van desde 1(no completamente verdadero para mí) hasta 5 (completamente verdadero). Los rangos de respuesta fluctúan de 17 hasta 85, donde a la mayor puntuación, mayor autoeficacia percibida de la adolescente para utilizar un método anticonceptivo (Apéndice F). Este instrumento ha sido probado en mujeres chinas, francesas, brasileñas y canadienses con Alfa de Cronbach de .73, se ha reportado en población mexicana un Alfa de Cronbach de .77 (Flores-Arias, 2017).

La variable *Deseo de ser madre* se midió con la escala de creencias sobre la maternidad, elaborada por Mota et al. (2014). El objetivo de esta escala es evaluar las creencias de las mujeres mexicanas sobre la maternidad. Se compone de 13 preguntas, con opción de respuesta de tipo Likert, que van desde 0 (totalmente en desacuerdo) hasta 6 (totalmente de acuerdo); un ejemplo de pregunta es ¿lo más importante para una mujer es ser madre? y un ejemplo de respuesta es “totalmente de acuerdo en que lo más importante para una mujer es ser madre”.

Para evaluar esta escala, se realizó la sumatoria de puntajes, en donde a mayor puntuación, significa que las participantes tienen mayores creencias de que al convertirse en madres, tienen mayor sentido de la vida y una mayor aceptación social. Se ha reportado para esta escala, un Alpha de Cronbach de .83 (Mota et al., 2014) (Apéndice G).

#### *Factores Interpersonales de la madre adolescente*

La variable *Apoyo familiar* se midió con la subescala apoyo familiar de la escala de Provisión Social, elaborada por Cutrona y Russell (1987). Para el presente estudio se utilizó la versión adaptada en español llamada Escala de provisión social para la conducta anticonceptiva en mujeres, realizada por Caudillo y Benavides (2016). Esta escala tiene como objetivo medir la percepción del apoyo de la familia, de la pareja y proveedores de la salud para la conducta anticonceptiva en mujeres. Este instrumento reportó un Alpha de Cronbach global de .94 (Apéndice H).

La subescala de apoyo familiar consta de 24 afirmaciones con opciones de respuestas de tipo Likert, las respuestas van desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo). Un ejemplo de afirmación es “puedo confiar en mi familia para que me ayude a usar anticonceptivos si necesito ayuda” y un ejemplo de respuesta es “totalmente de acuerdo en que puedo confiar en mi familia para que me ayude a usar anticonceptivos si necesito ayuda”. Para evaluar esta subescala, se realizó sumatoria de puntajes, con una puntuación máxima de 120 puntos y mínima de 24, en donde, a mayor

puntuación, mayor percepción de apoyo familiar para el uso de métodos anticonceptivos.

La variable *Apoyo de la pareja* se midió con la subescala apoyo de pareja de la escala de provisión social para la conducta anticonceptiva en mujeres, realizada por Caudillo y Benavides (2016), descrita anteriormente. Esta subescala consta de 24 afirmaciones con opciones de respuestas de tipo Likert, las respuestas van desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo). Un ejemplo de afirmación es “puedo confiar en mi pareja, para que me ayude a usar anticonceptivos si necesito ayuda.” y un ejemplo de respuesta es “totalmente de acuerdo en que puedo confiar en mi pareja para que me ayude a usar anticonceptivos si necesito ayuda”. Para evaluar esta subescala, se realizó sumatoria de puntajes, con una puntuación máxima de 120 puntos y mínima de 24, en donde, a mayor puntuación, mayor percepción de apoyo de la pareja para el uso de métodos anticonceptivos (Apéndice H).

La variable *Apoyo del personal de salud*, se midió con la subescala apoyo de proveedor de salud de la escala de provisión social para la conducta anticonceptiva en mujeres, realizada por Caudillo y Benavides (2016), descrita anteriormente. Esta subescala consta de 24 afirmaciones con opciones de respuestas de tipo Likert, las respuestas van desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo). Un ejemplo de afirmación es “puedo confiar en mi médico/enfermera, para que me ayude a usar anticonceptivos si necesito ayuda.” y un ejemplo de respuesta es “totalmente de acuerdo en que puedo confiar en mi médico/enfermera para que me ayude a usar anticonceptivos si necesito ayuda”. Para evaluar esta subescala, se realizó sumatoria de puntajes, con una puntuación máxima de 120 puntos y mínima de 24, en donde, a mayor puntuación, mayor percepción de apoyo del personal de salud para el uso de métodos anticonceptivos (Apéndice H).

#### *Conducta anticonceptiva*

La variable *Empoderamiento en el uso de anticonceptivos* se midió con la subescala de poder sexual de la escala general para medir el empoderamiento de los

adolescentes en México, elaborada por Casique (2017c). Esta subescala consta de cinco preguntas con opciones de respuesta tipo Likert, las respuestas van desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo). Un ejemplo de pregunta es ¿Tienes relaciones sexuales sin protección porque tu pareja prefiere no usarlos?, un ejemplo de respuesta es “totalmente en desacuerdo que tener relaciones sexuales sin protección porque mi pareja prefiere no usarlos”.

Los rangos de respuesta fluctúan de 5 hasta 25, lo que mide esta subescala es el poder de protegerse durante las relaciones sexuales mediante el uso de anticonceptivos por los adolescentes, a mayor puntaje mayor protección. Este instrumento reportó un Alpha de Cronbach global de .72 (Apéndice I).

La variable *Intención de uso de anticonceptivos*, se midió con la dimensión II, del Instrumento de Evaluación del Uso de Anticonceptivos de Galavotti et al. (1995) (Apéndice J). Esta dimensión mide la intención general del uso de métodos anticonceptivos en una escala numérica de 0 (Extremadamente probable que no lo haré) a 7 (Extremadamente probable que si lo haré) para los ítems 9 a 18. Se han reportado alfa de Cronbach para cada uno de los reactivos relacionados un valor de  $\alpha$  entre .70 y .79. Para evaluar esta dimensión, se realizó sumatoria de puntajes, con una puntuación máxima de 77 puntos y mínima de 0, en donde, a mayor puntuación, mayor intención de uso de métodos anticonceptivos.

La variable *Uso de anticonceptivos* se utilizó la escala de conducta anticonceptiva de Contraceptive behavior scale, (Jaccard et al., 1996). El propósito de esta escala es evaluar la conducta anticonceptiva en cuatro principales facetas, es decidir sobre el uso de anticonceptivos, eligiendo el método, uso sostenido y correcto y tener un método preferido (Apéndice K). Esta escala tiene en total cinco declaraciones un ejemplo de afirmación es; “yo uso anticonceptivos, cada vez que tengo sexo”. Las opciones de respuestas tipo Likert van de uno a cuatro; En donde 0 (no corresponde) hasta 4 (corresponde totalmente). La evaluación de este instrumento se realiza a través

de índice, en donde el total del puntaje va de 0 a 20, y la interpretación se realiza de la siguiente manera, a mayor puntaje mayor comprensión de la conducta anticonceptiva. Esta escala fue validada, por el análisis factorial exploratorio, presentando un alfa de Cronbach de .81.

### **Fase Cualitativa**

Se realizó un estudio tipo cualitativo utilizando como instrumento la entrevista semiestructurada, lo que permitió resaltar en la construcción de la realidad a partir de los significados que las madres adolescentes expresaron en aspectos afectivos, cognitivos y contextuales en base a su conducta anticonceptiva. Además permitió la explicación y descripción de sus significados vividos (construcción de la significación) a partir de sus experiencia vividas, en el afán de profundizar e interpretar su conducta anticonceptiva (Creswell & Poth, 2018).

#### **Población y muestra**

La población estuvo conformada por madres adolescentes de entre 16 a 19 años de edad. A través de la técnica de bola de nieve, se reclutaron participantes a conveniencia al mismo tiempo que se realizaba la recolección de la muestra en la fase cuantitativa, se fueron identificando posibles participantes, al igual que algunas madres adolescentes recomendaron a otras posibles informantes, que acudían al mismo centro de salud y que se conocían entre ellas. Finalmente la muestra se conformó por nueve madres adolescentes, una vez que se llegó a la saturación de los datos y a la comprensión de los significados (Glaser & Strauss, 1967).

#### **Descripción de la guía de entrevista**

Se elaboró una guía de entrevista semiestructurada (Apéndice L) donde se exploraron datos sociodemográficos, tres temas principales; el significado de la maternidad, métodos anticonceptivos y empoderamiento. Algunas de las preguntas fueron, cuéntame como si fuera una novela o una historia ¿cómo fue estar embarazada a tu edad? Y desde ese momento hasta ahora, ¿cómo ha sido la maternidad para ti?, ¿Qué

significado tiene para ti tener ya un hijo?, ¿Qué emociones tuviste con tu bebé? y ¿con el padre de tu bebé?

Esta entrevista permitió recabar información sobre la construcción de la realidad a partir de los significados que las madres adolescentes enunciaron, una vez que se exploró sobre su experiencia en la maternidad y en la toma de decisiones, relacionadas al empoderamiento en el uso de anticonceptivos, desde su elección hasta el uso sostenido en algunas de las participantes (Creswell & Poth, 2018). La población estuvo compuesta por nueve informantes (madres adolescentes) de entre 16 a 19 años de edad, la muestra fue por conveniencia o intencional una vez que se saturaron los datos (Munhall, 2012).

Para el análisis se transcribieron las entrevistas grabadas, ya que recogieron de las propias palabras, lenguaje y las expresiones de las informantes, lo cual permitió al investigador descifrar la conducta, los procesos y los significados culturales ligados a los puntos de vista de los participantes (Hennink & Weber, 2013).

Su organización se dio simultáneamente a su recogida de datos y se realizó un análisis temático, se obtuvieron códigos para su interpretación posterior y se utilizó un procesador de datos MaxQDEA Analytics Pro. Se utilizó una guía de entrevista que facilitó el abordaje en el tema de acuerdo a las variables propuestas en el modelo de empoderamiento, esto permitió profundizar en el fenómeno.

### **Procedimiento para la recolección de datos**

Se solicitó la autorización de los Comités de Investigación y Ética en Investigación, de la Facultad de Enfermería, de la Universidad Autónoma de Nuevo León, así como a las autoridades de la Secretaría de Salud, previa presentación del estudio. Para la fase CUAN y CUAL se acudió a los tres centros de salud y a un hospital de segundo nivel, con mayor número de población adolescente de la ciudad de Chihuahua, en donde las madres adolescentes generalmente acuden a consulta en el departamento de servicios amigables para su seguimiento posparto o para la vigilancia de su método anticonceptivo, en algunas para el inicio del programa de anticoncepción.

En la consulta de servicios amigables para adolescentes de los centros de salud, se verificó que las madres adolescentes estuvieran registradas en el programa, archivadas en un tarjetero del mismo departamento, donde se procedió a la búsqueda para su identificación, se buscó a las que contaran con antecedentes de haber cursado por un embarazo, haber pasado por un parto o cesárea, que estuvieran en seguimiento de algún método anticonceptivo con el cual iniciaron a su egreso hospitalario. Después por la técnica de bola de nieve se fueron invitando a las demás participantes para la realización de las entrevistas de la fase cualitativa.

Las participantes se abordaron en la sala de espera, para acudir a su consulta de seguimiento en el uso de anticonceptivos, en donde se les invitó a participar y se les aplicaron las preguntas filtro (Apéndice A), seleccionando a quienes cumplieron con los criterios de inclusión establecidos, hasta completar el tamaño de muestra tanto cuantitativa como cualitativa. Se les explicó los objetivos del proyecto; las que aceptaron participar se les proporcionó el consentimiento informado (Apéndice N) para su lectura y firma correspondiente. Para las menores de edad, se les proporcionó el consentimiento informado (Apéndice N) para padres para su lectura y firma correspondiente y el asentimiento informado (Apéndice Q) a las menores de edad.

En caso de no aceptar participar en el estudio se les agradeció su atención y se le mostró información en un tríptico sobre métodos anticonceptivos (Apéndice R). Una vez firmado el consentimiento y/o asentimiento informado, se les proporcionaron los instrumentos en papel y lápiz, para que sean llenados en un área privada asignada por la institución, cuidando en todo momento su privacidad y seguridad. Se les indicó que el tiempo de llenado era libre que tomaría aproximadamente de entre 30 a 40 minutos, una vez que expresaban el término, se verificó su completo y correcto llenado, en algunas de las participantes se tuvieron que tomar algunas pausas para el correcto llenado, ya que algunas manifestaron cansancio, se les indicó que podían tomar recesos y después continuar con el llenado de los instrumentos.

En algunos casos la madre adolescente llevaba consigo a su hijo, para evitar la interrupción de las madres adolescentes, se les solicitó a los familiares el cuidado del infante. Cuando finalizó exitosamente el llenado de los instrumentos, se le dieron las gracias y se le mostró un tríptico con información de métodos anticonceptivos, explicando el uso correcto de los mismos. En caso de no haber llenado al 100% los cuestionarios, se le invitó a terminarlos, cuando la madre adolescente refería no poder continuar el llenado de los instrumentos, se le programó otra cita, en el mismo lugar en diferente fecha, en caso de no asistir a la cita programada se eliminaron esos cuestionarios.

Por cuestiones de pandemia COVID en las instituciones, se permitió el abordaje a las participantes, una vez que la semaforización estatal estuviera en verde, solo que no se autorizó entregar nada en especie como obsequio. Para los cuestionarios, si aceptaban participar, se designó un lugar especial para que estuvieran cómodas, se pidió la autorización a las madres adolescentes si eran mayores de edad, si aceptaban se les pidió la lectura y firma del consentimiento informado (Apéndice M), en caso de ser menor de edad, se mostró la carta de consentimiento informado a padres o tutores de las madres adolescentes (Apéndice Ñ) y si autorizaban la participación de la madre adolescente se les mostraba el consentimiento informado para su autorización y firma correspondiente (Apéndice N).

Aceptadas las condiciones, se mostró un apartado donde se les solicito que, con el propósito de mantener su privacidad, dichos instrumentos se realizaron a solas con la finalidad de que las participantes estuvieran libres de presiones, de preferencia sin ningún familiar cerca de ella, se les indicó que el tiempo para responder era libre; se les reiteró en repetidas ocasiones que no hay respuestas erróneas, tratando en todo momento que se sintieran con libertad de contestar, se atendieron dudas que surgieron en el momento y se procedió a finalizar con el llenado de las entrevistas de la fase cuantitativa y si se encontraba en la fase cualitativa también.

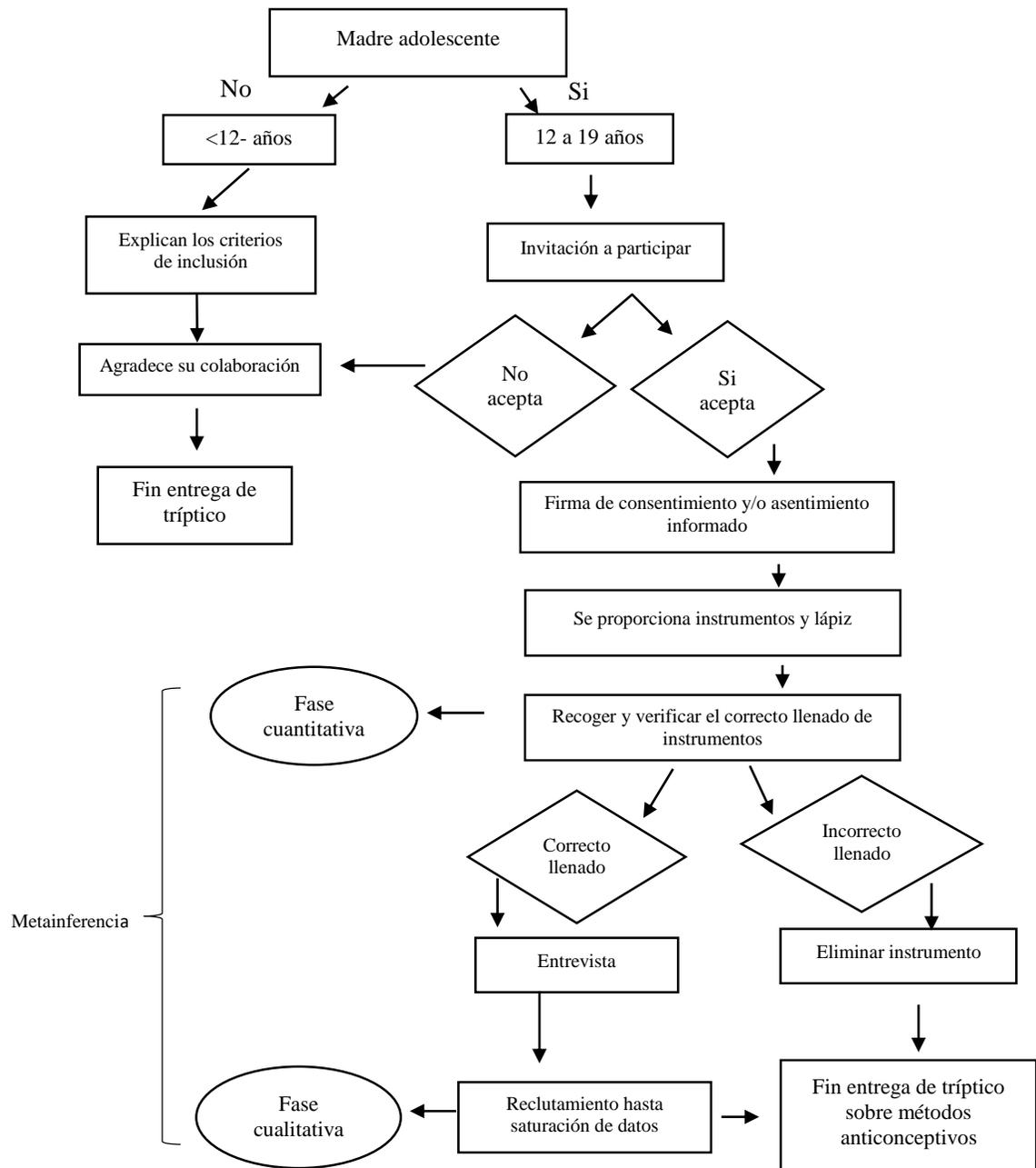
Para la selección de las participantes en la fase CUAL se realizó por bola de nieve la invitación a participar, se le explicó a la madre adolescente en qué consistía la entrevista semiestructurada, los objetivos de índole cualitativo, que tendrían una duración aproximada de 60 minutos, las que aceptaron una vez firmado los consentimientos y asentimientos informados, se les invitó a pasar a una área segura libre de ruidos y tránsito, asignada por cada una de las instituciones, para cuidar su privacidad o en su efecto a las que solicitaron por vía electrónica, se les proporcionó un link donde se programó una cita vía google meets (Figura 10)

### **Metainferencias**

Para la realización de las metainferencias, primero la muestra que se obtuvo fue de diferentes tamaños de acuerdo a lo planeado para este estudio, respetando la rigurosidad de la exploración en profundidad de la fase cualitativa y la rigurosidad de la fase cuantitativa, con 330 madres adolescentes de entre 16 a 19 años, en la fase cualitativa se entrevistaron 9 participantes, recogiendo la amplitud y diversidad de los casos. Esta diferencia demuestra de acuerdo a Creswell y Plano (2011), que no es un problema la diferencia de participantes, ya que la intención de la recopilación de los datos es diferente, para la fase cuantitativa el objetivo es generalizar en una población, mientras que para la fase cualitativa, busca desarrollar una comprensión profunda de unas pocas personas y de acuerdo al diseño se obtuvo al mismo tiempo que se realizaban las fases CUAN y CUAL.

Una vez que se obtuvieron los resultados de las dos fases, los datos CUAN se transformaron a datos cualitativos y los datos CUAL se transformaron en datos cuantitativos, obteniendo como resultados nuevas variables que emergieron y apoyaron a la propuesta de un nuevo modelo.

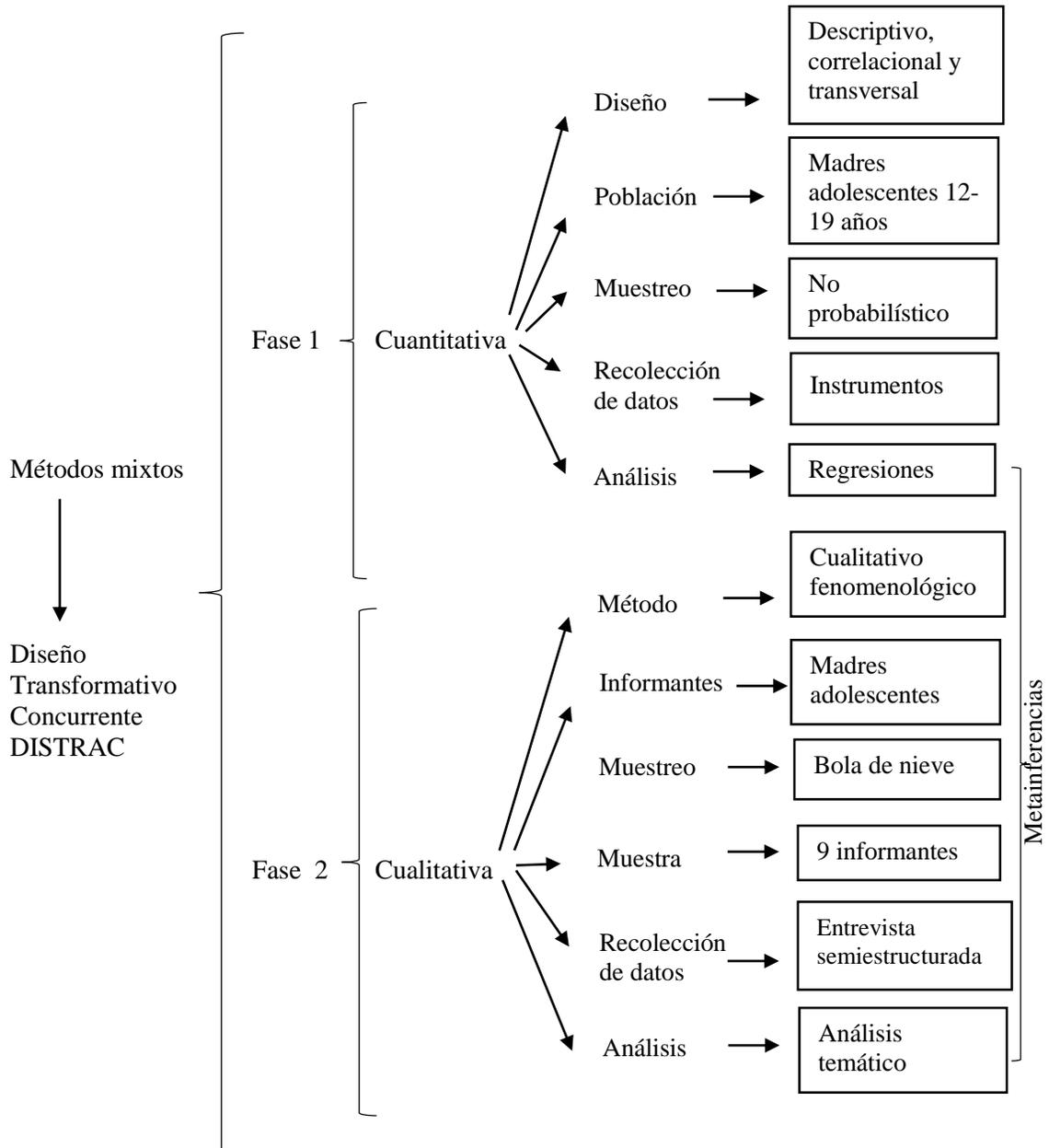
Figura 10

*Diagrama de flujo de los criterios de elegibilidad*

Nota: Diagrama de criterios de elegibilidad para reclutar a las participantes en la fase cuantitativa, fase cualitativa y metainferencia.

Figura 11

*Diseño transformativo concurrente DISTRAC del modelo de empoderamiento en el uso de anticonceptivos en madres adolescentes*



### Consideraciones Éticas

El presente estudio cumplió cabalmente con los criterios donde deben someterse en caso de investigación científica, dispuesto en la Ley General de Salud en Materia de

Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987), de acuerdo a la última reforma publicada en el 2014, en los artículos que se mencionan a continuación.

Del título primero: Disposiciones Generales en el capítulo Único, se consideró el artículo 3° en su fracción III respecto a la prevención y control de los problemas de salud, dado que el presente estudio compete a obtener información sobre factores contextuales, factores interpersonales y empoderamiento en el uso de anticonceptivos, en población vulnerable como madres adolescentes de 12 a 19 años de edad.

Del título segundo: de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos en el capítulo primero, de disposiciones comunes se consideró el artículo 13: ya que en el presente estudio prevaleció el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, por medio de un consentimiento y/o asentimiento informado (Apéndices M, Ñ, N, O).

En el caso de población de estudio considerada vulnerable como los menores de edad, en los artículos 34 y 36 del capítulo III de investigación en menores de edad o incapaces, las madres adolescentes menores de edad, deberán de contar con la autorización por los padres o tutores en un consentimiento firmado y firmar el asentimiento, a excepción de aquellas madres adolescentes que estén en situación de emancipación y que sean mayores de 16 años.

Artículo 14, fracción I, V, VII, VIII; Se presentó el protocolo de investigación para su aprobación a los Comités de Investigación y Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y a las autoridades de la Secretaría de Salud del municipio de Chihuahua, correspondientes a la jurisdicción uno. Contó con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizó la investigación, en términos de lo dispuesto por este reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables; el consentimiento informado y/o asentimiento se realizó de forma escrita o virtual a través de Microsoft Forms (Apéndices O, P, Q).

Del título segundo: de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos en el capítulo primero de disposiciones comunes se considera el artículo 16: en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación por medio de un consentimiento informado, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice, garantizando la confidencialidad del participante dado que se respetará y protegerá su identidad. Solo los integrantes de este estudio la conocieron. Se protegió la privacidad de la madre adolescente, permitiendo el ingreso a un área exclusiva a las personas que ella autorice.

Del título segundo: de los aspectos éticos de la investigación en seres humano en el capítulo primero de disposiciones comunes se considera el artículo 21 en su fracción I, respecto a la justificación y los objetivos de la investigación, fracción V : la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto y fracción ocho: la seguridad de que no se identificó al sujeto y que se mantuvo la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad; dado que durante la realización del estudio se aclararon personalmente o por vía virtual todas las dudas o problemas que las participantes declaren.

Del título segundo: de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos en el capítulo IV de la investigación en mujeres en edad fértil, embarazadas, en trabajo de parto, puerperio, lactancia y recién nacidos; de la utilización de embriones, óbitos, y fetos y de la fertilización asistida, se considera el artículo 48 en su fracción uno: los integrantes del presente estudio no tendrán autoridad para cambiar las decisiones de la participante sobre cómo tomar sus decisiones en el uso de anticonceptivos.

Del título sexto: de la ejecución de la investigación en las instituciones de atención a la salud, en el capítulo único, se consideró el artículo 13 mediante el cual se determina que la investigación que se lleva a cabo está siendo dirigida por un profesional de la salud con la formación académica y experiencia adecuada.

Artículo 114; la investigación está siendo dirigida por profesionales y estudiantes del área de la salud. En relación al riesgo de la investigación, de acuerdo como se señala en el Artículo 17, fracción II, se consideró de Riesgo Mínimo, por tratarse de una población vulnerable, además por el abordaje de las variables de estudio, por tratarse de temas sexuales y que podrían generar incomodidad.

### **Plan de análisis**

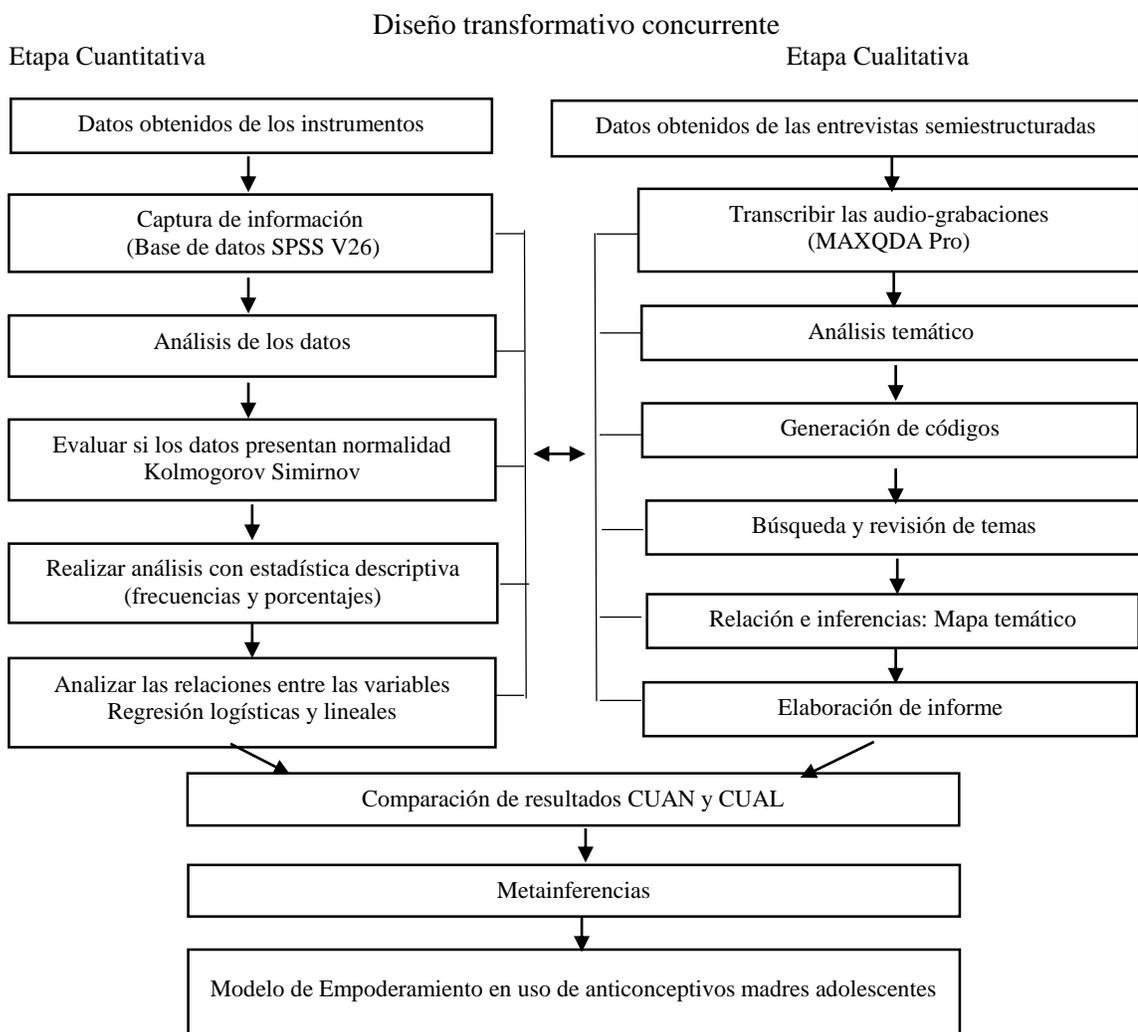
Para el análisis de acuerdo al diseño transformativo concurrente, se realizó en forma paralela (Creswell & Plano, 2011), a través de la fusión de los resultados con el análisis simultaneo de los datos CUAN y CUAL para su comparación (Teddlie & Tashakkori, 2009), los resultados se organizaron en dos fases para su mayor interpretación y orden lógico (Bazelesy's, 2009), los datos que converjan aumentaron la validez y la credibilidad de los hallazgos y los que divergieron, se realizó una nueva revisión para explorar y comprender la razón de las contradicciones (Bamberger, 2012).

Este análisis se organizó en dos fases, una fase CUAN y la otra CUAL, para la fase CUAN una vez que se tuvieron los datos se analizaron con el paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 26, el cual facilitó el análisis estadístico de los datos (estadística diferencial). Así mismo se determinó la consistencia interna de los instrumentos a través del Coeficiente Alpha de Cronbach. Se realizaron las pruebas de normalidad estadística con Kolmogorov Smimov, se obtuvieron las frecuencias y porcentajes, y se analizaron las relaciones de las variables con regresión logística y regresiones lineales. Para la fase CUAL una vez que se obtuvieron las entrevistas grabadas, se transcribieron en un software MAXQDA Analytics Pro, identificando a las informantes con números sucesivos del 1 al que corresponda, posteriormente se realizó el análisis temático, se generaron los códigos, se identificaron los temas y se hizo su revisión, se procedió a realizar la relación e inferencias (mapa temático) y se elaboró el informe.

Una vez que obtuvieron los resultados analizados tanto CUAN como CUAL se compararon a través de la triangulación que permitió realizar la metainferencia, donde los resultados cuantitativos se cualificaron y los resultados cualitativos se cuantificaron, de acuerdo a los objetivos planteados y así se describe el modelo de empoderamiento de uso de anticonceptivos en madres adolescentes (Figura 12).

Figura 12

*Plan de análisis*



## **Capítulo III**

### **Resultados**

En el presente capítulo se muestran los resultados obtenidos del diseño transformativo concurrente. Primero se presentan los resultados de la fase cuantitativa, en donde se incluye la estadística descriptiva, que incluye los datos sociodemográficos, antecedentes ginecobstétricos de las madres adolescentes y estadística descriptiva de cada una de las variables en estudio. Se obtuvieron frecuencias y porcentajes para variables cualitativas, medidas de tendencia central, dispersión, pruebas de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para las variables cuantitativas. Posteriormente se presenta la prueba de consistencia interna de cada uno de los instrumentos con el Alfa de Cronbach para las escalas y subescalas que se utilizaron.

Se muestran análisis de correlación de las variables en estudio, en el que se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman. Después se presentan los resultados de estadística inferencial, con modelos de regresión logística para variables agrupadas, regresiones lineales univariada y multivariadas, ji-cuadradas para datos sin distribución normal. Para la comprobación del modelo finalmente se muestran los diferentes modelos que se generaron, cumpliendo así con los objetivos propuestos.

En segundo orden, se presentan los resultados de la fase cualitativa, donde se incluyen datos sociodemográficos de madres adolescentes, La formación de categorías (por su agrupación) y subcategorías (temas) que emergieron y sus respectivos códigos vivos (las evidencias). Se integró el perfil narrativo de las participantes y la síntesis de resultados cualitativos.

Posteriormente, se presentan los resultados del método mixto, donde se obtuvo el promedio general de la escala de uso de anticonceptivos, el perfil narrativo de cada una de las informantes, después la combinación de datos, es decir, la convergencia de los datos cuantitativos y cualitativos, las metainferencias de los resultados mixtos y finalmente el modelo que da respuesta al objetivo general planteado.

## Resultados de la fase cuantitativa

### *Datos sociodemográficos*

Para dar respuesta al objetivo uno de la fase cuantitativa, se presentan los resultados de los datos sociodemográficos de las madres adolescentes. En el presente estudio participaron 355 madres adolescentes, de las cuales se excluyeron 25 por no cumplir con los criterios de inclusión establecidos, finalmente el total de la muestra estuvo conformada por 330 participantes.

La media de edad de las participantes fue de 17.6 años ( $DE=1.38$ ) con un rango de 13 a 19 años; en cuanto al estado civil, el 43% (142) refiere estar soltera, 42.4% (140) se encuentran cohabitando o en unión libre. El 46.6% (154) refiere que vive con el padre de su hijo o con su pareja actual y 43% (142) vive con sus padres (Tabla 1).

Tabla 1

### *Características sociodemográficas*

Características		<i>f</i>	%
Edad	13-16	70	21.2
	17-19	260	78.8
Estado Civil	Soltera (nunca casada)	142	43.0
	Casada	038	11.5
	Cohabitando o en unión libre	140	42.4
	Viuda	003	09.0
	Divorciada	000	0
	Separada	007	02.1
Actualmente vive con	Padres	142	43.0
	Familiares	025	07.6
	El padre de mi hijo	106	32.1
	Pareja actual	048	14.5
	Sola	008	02.4
	Amigos o conocidos	001	00.3

Nota:  $n=330$ ,  $f$ = frecuencia, %= porcentaje

Mientras que en la escolaridad, 37% (122) cuenta con secundaria y preparatoria incompleta, 28.5% (94) cuentan con secundaria terminada. En el aspecto laboral, 68.8% (227) actualmente no se encuentran trabajando. El ingreso mensual de las participantes fue nulo en el 66.7% (220) de los casos, mientras que 22.4% (74) percibe de 1 a 5000 pesos mensuales por su trabajo. En relación a la obtención de recursos económicos, 35.5% (117) lo recibe de su pareja y 31.2% (103) son ingresos propios (ver tabla 2).

Tabla 2

*Características sociodemográficas escolares y laborales*

Características		<i>f</i>	%
Último año de escuela cursado	Primaria incompleta	022	06.7
	Primaria terminada	007	02.1
	Secundaria incompleta	057	17.3
	Secundaria terminada	094	28.5
	Carrera técnica incompleta	023	07.0
	Carrera técnica terminada	015	04.5
	Preparatoria incompleta	065	19.7
	Preparatoria terminada	045	13.6
	Ninguna	002	00.6
Actualmente trabaja	Si	103	31.2
	No	227	68.8
Ingreso mensual	Nulo	227	66.7
	1 a 5000 pesos	074	22.4
	5001 a 10000 pesos	034	10.3
	10001 a 15000 pesos	002	06.0
Fuente de ingreso económico	Pareja	117	35.5
	Padres	080	24.2
	Familiares	030	09.1
	Propios	103	31.2

Nota:  $n=330$ ,  $f$ = frecuencia, %= porcentaje

*Antecedentes ginecobstétricos*

En cuanto a la edad del primer embarazo, se obtuvo una media de 16.2 años de edad ( $DE=1.38$ ), 55.8% (184) fue entre los 13 y 16 años de edad. El 75.8% (250) refiere no haber planeado su embarazo, 79.4% (262) ha tenido un embarazo, 19.6% (68) refiere dos o más embarazos ( $M= 1.24$ ;  $DE= .507$ ), 88.8% (293) refieren tener un hijo y 9.1% (30) dos o más. El 17% (56) refiere haber tenido un aborto (Tabla 3 y 4).

Tabla 3

*Antecedentes ginecobstétricos*

Características		<i>f</i>	%
Edad del primer embarazo	13 – 16 años	184	55.8
	17 – 19 años	146	44.2
Embarazo planeado	Si	080	24.2
	No	250	75.8
Número de embarazos	Una vez	262	79.4
	Dos veces	056	17.0
	Más de dos	012	03.6
Número de hijos nacidos vivos	Uno	293	88.8
	Dos	029	08.8
	Más de dos	001	00.3
	Ninguno	007	02.1
Abortos	Si	056	17.0
	No	274	83.0

Nota:  $n=330$ ,  $f$ = frecuencia, %= porcentaje

Tabla 4

*Datos ginecobstétricos de las madres adolescentes*

Características	Mín.	Máx.	<i>M</i>	<i>DE</i>
Edad del primer embarazo	13	19	016.20	1.383
Número de embarazos	01	03	001.24	0.507
Bebes nacidos vivos	01	04	001.16	0.517
Abortos	01	02	001.83	0.376

Nota: *n* =330, *Min*=Valor mínimo, *Máx.*= Valor máximo *M*= Media, *DE*= Desviación estándar

*Uso previo de anticonceptivos*

En cuanto al uso previo de anticonceptivos, 89.1% (294) refieren haber utilizado algún método anticonceptivo y los métodos anticonceptivos más referidos fueron el condón masculino con 24.8% (82), implante subdermico 16.1% (53), dispositivo intrauterino 12.15% (40); cabe destacar que 9.7% (32) de las participantes refieren que nunca han utilizado un método anticonceptivo.

En relación al tiempo de uso de anticonceptivos, 50.6% (167) refieren que usan un anticonceptivo por más de un año y 28.2% (93) refieren que tienen un año usando anticonceptivos, mientras que 9.7% (32) refiere no estar utilizando ningún anticonceptivo actualmente. En cuanto al anticonceptivo deseado, 27% (89) deseaban el implante y condón masculino 20.9% (69). El 13.6% (45) refieren que sí se les han impuesto un método anticonceptivo (Tabla 5).

Tabla 5

*Uso previo de anticonceptivos en madres adolescentes*

Características	Opciones de respuesta	<i>f</i>	<i>%</i>
Uso previo de anticonceptivos	Si	294	89.1
	No	36	10.9

Características	Opciones de respuesta	<i>f</i>	%
Método anticonceptivo	Condón masculino	82	24.8
	DIU	40	12.1
	Ritmo	3	0.9
	Coito interrumpido	12	3.6
	Inyecciones	24	7.3
	Implante	53	16.1
	Pastillas	37	11.2
	Parches	19	5.8
	Pastilla del día siguiente	28	8.5
	Ningún método	32	9.7

Nota:  $n=330$ ,  $f$ = frecuencia, %= porcentaje

### Consistencia interna de los instrumentos

A continuación se presenta la consistencia interna de los instrumentos utilizados: Escala de bienestar psicológico, Evaluación de conocimiento anticonceptivo – ECA, Escala de autoestima, Escala de autoeficacia para el uso de anticonceptivos, Creencias sobre la maternidad, Subescalas apoyo social de la familia, apoyo de la pareja y apoyo del profesional de salud, de la Escala de provisión social, Subescala de poder sexual del Instrumento de empoderamiento en adolescentes, Dimensión II del instrumento de intención de uso de anticonceptivos, Instrumento de evaluación del uso de anticonceptivos y Escala de conducta anticonceptiva.

En la tabla 6, se puede observar que todos los instrumentos utilizados presentaron confiabilidad interna aceptable, que oscilan entre  $\alpha$  .60 y  $\alpha$  .95.

Tabla 6

#### *Consistencia interna de los instrumentos*

Instrumento	<i>Reactivos</i>	$\alpha$
Escala de bienestar psicológico	20	.82

Instrumento	<i>Reactivos</i>	$\alpha$
Evaluación del conocimiento anticonceptivo	25	.84
Escala de autoestima	10	.76
Escala de autoeficacia	16	.86
Creencias sobre la maternidad	10	.93
Escala Provisión social	72	.95
Apoyo familiar	24	.92
Apoyo de la pareja	24	.93
Apoyo de personal de salud	24	.94
Subescala de poder sexual ...	5	.60
Dimensión II Intención de uso ...	09	.80
Escala conducta anticonceptiva	05	.87

Nota:  $\alpha$ = Alfa de Cronbach

### **Correlaciones de variables de interés**

Debido a que los datos no presentaron una distribución normal, se realizó un análisis de correlación donde se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman por no presentar una distribución normal (Tabla 7). Se encontró correlación positiva entre uso previo de anticonceptivos ( $r_s=.174, p <.01$ ), bienestar psicológico ( $r_s=.305, p <.01$ ), conocimiento de anticonceptivos ( $r_s=.380, p <.01$ ), autoeficacia anticonceptiva ( $r_s=.388, p <.01$ ), apoyo familiar ( $r_s=.346, p <.01$ ), apoyo de la pareja ( $r_s=.351, p <.01$ ), apoyo de personal de salud ( $r_s=.263, p <.01$ ), empoderamiento de uso de anticonceptivos ( $r_s=.174, p <.01$ ), intención de uso de anticonceptivos ( $r_s=.369, p <.01$ ) y uso de anticonceptivos. Mayor uso previo de anticonceptivos, mayor bienestar psicológico mayor conocimiento de anticonceptivos, mayor autoeficacia anticonceptiva, mayor apoyo familiar, mayor apoyo de la pareja, mayor apoyo del personal de salud, mayor empoderamiento de uso de anticonceptivos y mayor intención de uso de anticonceptivos, se relacionó con mayor uso de anticonceptivos.

Tabla 7  
*Correlaciones de variables de interés*

Variables	USP	AND	PSEN	AUT	BPS	CAN	AAN	DMA	AFAM	APAR	APSA	EMP	INT
AND	.162**												
PSEN	.106	.016											
AUT	-.071	.027	-.043										
BPS	.180**	.143**	.165**	-.222**									
CAN	.240**	.142**	.061	-.143**	.469**								
AAN	.168**	.162**	.147**	-.314**	.503**	.360**							
DMA	.009	-.005	.204**	-.034	-.135*	-.199**	.093						
AFAM	.021	.111*	.055	-.261**	.390**	.197**	.520**	.046					
APAR	.142*	.140*	.120*	-.284**	.467**	.348**	.536**	-.079	.510**				
APSA	.124*	.020	.120*	-.238**	.380**	.383**	.417**	-.089	.417**	.516**			
EMP	.187**	.149*	.099	-.061	.409	.370**	.421**	-.124*	.367**	.457**	.373**		
INT	-.024	.014	.077	-.047	.066	.030**	.165**	.122*	.188**	.150**	.098	.232**	
USO	.174**	.107	.019	-.107	.305**	.380**	.388**	-.093	.246**	.351**	.263**	.472**	.369**

Nota: n=330, USP=Uso previo de anticonceptivos, AND=Anticonceptivo deseado, PSEN=Pareja sentimental, AUT=Autoestima, BPS=Bienestar psicológico, CAN=Conocimiento anticonceptivo, AAN=Autoeficacia anticonceptiva, DMA= Deseo de ser madre, AFAM=Apoyo familiar, APAR=Apoyo de la pareja, APSA=Apoyo del personal de salud, EMP=Empoderamiento de uso de anticonceptivos, INT=Intención de uso de anticonceptivos, USO=Uso de anticonceptivos, \*\* $p < .01$ , \* $p < .05$

### Estadística descriptiva de las variables y pruebas de normalidad

A continuación se presentan los resultados de la estadística descriptiva y las pruebas de distribución de la normalidad de Kolmogorov-Smirnov (K-S) con corrección de Lilliefors de cada una de las escalas y subescalas de las variables en estudio, las cuales son: autoestima, bienestar psicológico, conocimiento de anticonceptivos, autoeficacia anticonceptiva, deseo de ser de madre, apoyo familiar, apoyo de la pareja, apoyo del personal de salud, empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos.

Estas variables no muestran una distribución normal de los datos obtenidos, por lo tanto se utilizaron muestras no paramétricas. Se calcularon sumatorias de cada una de las variables y se obtuvieron medias, desviación estándar, valores mínimos y máximos (Ver tabla 8). Destacando que la variable autoestima se ubicó en una media de 24.10 ( $DE= 3.94$ ) y de acuerdo a la interpretación del instrumento a mayor puntaje mayor autoestima, lo mínimo es de 10 y lo máximo 40, este resultado indica que las madres adolescentes cursan con una autoestima media. En la variable bienestar psicológico la media fue de 50.41 ( $DE= 11.91$ ) lo cual indica que las madres adolescentes presentan un bienestar psicológico normal, de acuerdo a la interpretación del instrumento.

Tabla 8

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

Variable	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	<i>D<sup>a</sup></i>	<i>p</i>
Autoestima	24.10	3.94	11	40	.129	.000
Bienestar psicológico	50.41	11.91	15	78	.050	.045
Conocimiento de anticonceptivos	34.95	17.13	0	80	.066	.002
Autoeficacia anticonceptiva	54.06	12.72	17	81	.056	.000
Deseo de ser madre	21.11	15.38	0	63	.085	.000

Variable	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	<i>D<sup>a</sup></i>	<i>p</i>
Escala Provisión Social						
Apoyo familiar	78.95	15.54	24	116	.061	.005
Apoyo de la pareja	84.67	16.95	24	119	.087	.000
Apoyo del personal de salud	88.71	15.97	24	120	.042	.000
Empoderamiento de uso ...	17.22	3.46	7	25	.094	.000
Intención del uso de anticonceptivos	29.32	19.14	0	77	.096	.000
Uso de anticonceptivos	11.20	5.71	0	20	.085	.000

Nota: *M*= Media, *DE*= Desviación estándar, *Mín*=Valor mínimo, *Máx*= Valor máximo, *D<sup>a</sup>*=Prueba de normalidad con corrección de Lilliefors, *p*= Valor de significancia

En cuanto a la variable conocimiento de anticonceptivos, se obtuvo una media de 34.95 (*DE*=17.13), mostrando un nivel de conocimiento bajo en las madres adolescentes. Las participantes tuvieron un nivel de autoeficacia anticonceptiva medio (*M*=54.06, *DE*=12.72). La variable deseo de ser madres resultó en un nivel medio (*M*=21.11, *DE*=15.38).

En cuanto a la subescala de apoyo familiar se obtuvo una media de 78.95 (*DE*=15.54), lo cual indica que las madres adolescentes tuvieron un nivel medio de percepción de apoyo de su familia. La madre adolescente se siente apoyada tanto por su pareja (*M*= 84.67, *DE*=16.95) como por el personal de salud (*M*=88.71, *DE*=15.97).

En el empoderamiento de uso de anticonceptivos, las madres se sienten con un nivel de poder sexual medio, para tomar la decisión de usar anticonceptivos (*M*=17.22, *DE*=3.46). En la Intención de uso de anticonceptivos las madres adolescentes mostraron tener intención de usar algún método anticonceptivo (*M*=29.32, *DE*= 19.14).

Finalmente, en la variable de uso de anticonceptivos, se obtuvo una media de 11.20 (*DE*=5.1) lo que indica que las madres adolescentes sí usan anticonceptivos.

### Estadística inferencial

Para dar cumplimiento a los objetivos específicos planteados de la fase cuantitativa, se realizaron pruebas de correlación entre las variables, regresión logística multivariada para variables ordinales y agrupadas y modelos de regresión lineal multivariada que se presentan a continuación. Para los resultados que no presentaron distribución normal se utilizaron pruebas de Chi cuadrada, a través de tablas de contingencia. Seguido se muestran los modelos generados con las regresiones lineales con la técnica por pasos, dando respuesta al modelo general, finalmente se muestra el modelo de empoderamiento en el uso de anticonceptivos en madres adolescentes.

De acuerdo al objetivo dos, determinar la relación entre las características individuales (uso previo de anticonceptivos, anticonceptivo deseado y pareja sentimental) sobre el empoderamiento en el uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos con una prueba de Chi cuadrada. Se encontró que el valor de la significancia es menor a  $p < .05$  (nivel de confianza del 95%) en el uso previo de anticonceptivos ( $p < .05$ ) y anticonceptivo deseado ( $p < .05$ ), por lo tanto se determina que existe una relación positiva entre uso previo de anticonceptivos y anticonceptivo deseado sobre el empoderamiento de uso de anticonceptivos mientras que en la pareja sentimental no presentó significancia ( $p > .05$ ) (Tabla 9).

Tabla 9

*Prueba de asociación de características individuales sobre el Empoderamiento de uso de anticonceptivos*

Variable	$\chi^2$	$p$
Uso previo de anticonceptivos	7.998	.018
Anticonceptivo deseado	12.979	.011
Pareja sentimental	3.171	.205

Nota:  $n=330$ ,  $X^2$ = Chi Cuadrada de Pearson,  $p$ =Valor de  $p$

Se realizó una regresión logística multivariada para identificar los predictores de las variables de las características individuales (uso previo de anticonceptivos, anticonceptivo deseado y pareja sentimental) sobre el empoderamiento de uso de anticonceptivos, con la categoría de referencia de nivel bajo, resultando que en el nivel medio con respecto al bajo, usar anticonceptivos de corta duración es un factor protector para el empoderamiento ( $p < .05$ , odds ratio .534), el uso previo de anticonceptivos ( $p > .05$ ), ningún anticonceptivo deseado ( $p > .05$ ), anticonceptivo de larga duración y pareja sentimental ( $p > .05$ ) no presentaron datos significativos, así como el nivel alto respecto al bajo no hubo significancia (Tabla 10).

Tabla 10

*Modelo de regresión logística multinomial de las características individuales sobre el empoderamiento de uso de anticonceptivos, categoría de referencia bajo*

Variable		B	p	Intervalo de confianza 95%		
				inferior	Odds ratio	Superior
Nivel medio						
Uso previo de anticonceptivos	No	-.498	.208	.280	3.88	1.320
	Si	0				
Anticonceptivo deseado	Ninguno	-1.222	.070	.078	.295	1.106
	CD	-.628	.017*	.319	.534	.894
	LD	0				
Pareja sentimental	Sin pareja	-.371	.144	.420	.690	1.135
	Con pareja	0				
Nivel alto						
Uso previo de anticonceptivos	No	-1.356	.081	.056	.258	1.182
	Si	0				
Anticonceptivo deseado	Ninguno	-19.784		2.557E <sup>-9</sup>	2.557E <sup>-9</sup>	2.557E <sup>-9</sup>
	CD	-.496	.154	.308	.609	1.204
	LD	0				
Pareja sentimental	Sin pareja	-.001	.998	.511	.999	1.953
	Con pareja	0				

Nota:  $n=330$ ,  $p$ =Valor de  $p$ ,  $R^2=.073$  (Nagelkerke), Modelo  $X^2=21.56$  (.006), CD=corta duración, LD=Larga duración, \* $p < .05$

Se ajustó un modelo de regresión lineal multivariado, considerándose como variables independientes características individuales (uso previo de anticonceptivos, anticonceptivo deseado y pareja sentimental) con el empoderamiento de uso de

anticonceptivos como variable dependiente. Se encontró un efecto negativo del uso previo de anticonceptivos con el empoderamiento, un efecto positivo del anticonceptivo deseado con el empoderamiento, la pareja sentimental fue independiente el nivel del empoderamiento, donde no demostró asociación. El modelo fue significativo  $R^2 .061$  ( $F_{[3,330]}=7.042$ ,  $p<.05$ ) y explica el 6.1% de la varianza (Tabla 11 y Figura 13).

Tabla 11

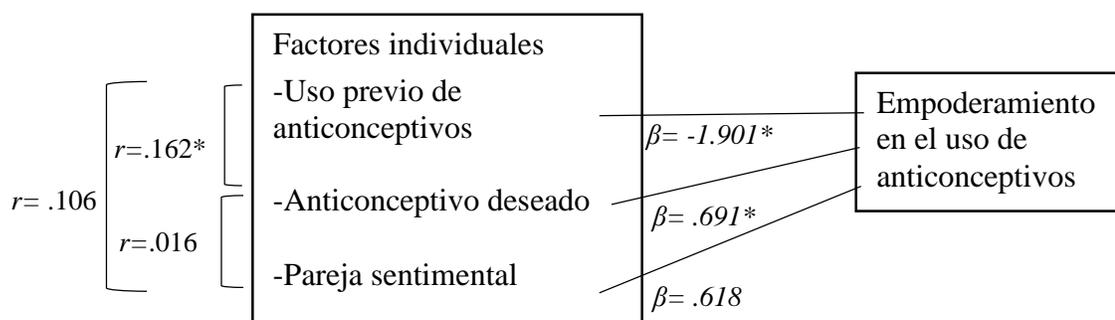
*Modelo de regresión lineal, de las características individuales con empoderamiento de uso de anticonceptivos*

Variables	B	P	Intervalo de confianza 95%	
			LI	LS
Uso previo de anticonceptivos	-1.901	.002*	.701	3.100
Anticonceptivo deseado	.691	.042*	.024	1.359
Pareja sentimental	.618	.100	-.119	1.354

Nota:  $n=330$ ,  $\beta$ =Beta,  $p$ = valor de p, LI=Límite inferior LS=Límite superior, \* $p<.05$

Figura 13

*Representación gráfica de características individuales sobre empoderamiento de uso de anticonceptivos en madres adolescentes*



Nota:  $n=330$ ,  $\beta$ =Beta, \* $p <.05$

En relación a determinar el efecto directo de las características individuales (uso previo de anticonceptivos, anticonceptivo deseado y pareja sentimental) sobre la intención de uso de anticonceptivos, se encontró, que el valor de la significancia es

menor a  $p < .05$  (Nivel de confianza del 95%), en el uso previo de anticonceptivos y anticonceptivo deseado, por lo tanto, si existe relación entre uso previo de anticonceptivos y anticonceptivo deseado sobre la intención de uso de anticonceptivos. Es decir cuando la madre adolescente usa previamente anticonceptivos y es el anticonceptivo deseado, se asocia con la intención de uso de anticonceptivos, al contrario de la pareja sentimental que no tuvo significancia ( $p > .05$ ) (Tabla 12)

Tabla 12

*Prueba de asociación de las características individuales sobre la Intención de uso de anticonceptivos*

Variable	$X^2$	P
Uso previo de anticonceptivos	7.660 <sup>a</sup>	.022
Anticonceptivo deseado	15.313 <sup>a</sup>	.004
Pareja sentimental	5.043 <sup>a</sup>	.080

Nota:  $n=330$ ,  $X^2$ = Chi Cuadrada de Pearson,  $p$ =Valor de p

Se realizó una regresión logística multinomial para identificar los predictores de los factores contextuales individuales (uso previo de anticonceptivos, anticonceptivo deseado y pareja sentimental) sobre la intención de uso de anticonceptivos, con la categoría de referencia alto, resultando que en el nivel bajo con respecto al alto, estar con pareja sentimental es un factor de riesgo, tiene 2.13 veces más riesgo que estar sin pareja ( $p < .05$ , *odds ratio* 2.13).

En el nivel medio con respecto al alto, el usar anticonceptivos previamente tiene un factor de riesgo de 2.53 veces más para la intención de uso de anticonceptivos ( $p < .05$ , *odds ratio* 2.53), el no desear algún anticonceptivo tiene un efecto negativo sobre la intención de uso de anticonceptivos ( $p < .05$ , *odds ratio* .148), como factor protector es .148 veces para la intención de uso de anticonceptivos, así como el deseo de anticonceptivo de corta duración es un factor protector .51 veces más que el de larga duración ( $p < .05$ , *odds ratio* 0.51) (Tabla 13).

Tabla 13

*Modelo de Regresión logística multinomial de las características individuales sobre  
Intención de uso de anticonceptivos, categoría de referencia alto*

Variable		B	p	Intervalo de confianza 95%		
				Inferior	Odds ratio	Superior
Nivel bajo						
Uso previo de anticonceptivos	Si	.442	.373	.589	1.55	4.11
	No	0	-			
Anticonceptivo deseado	Ninguno	.103	.893	.245	1.10	5.02
	CD	-.109	.769	.432	0.89	1.86
	LD	0	-			
Pareja sentimental	Con pareja	.757	.031*	1.07	2.13	1.07
	Sin pareja	0	-			
Nivel medio						
Uso previo de anticonceptivos	Si	.929(.048)*	.048*	1.00	2.53	6.35
	No	0	-			
Anticonceptivo deseado	Ninguno	-1.908	.043*	.023	.148	.941
	CD	-.662	.039*	.275	0.51	.966
	LD	0	-			
Pareja sentimental	Con pareja	.341	.277	.760	1.40	2.60
	Sin pareja	0	-			

Nota:  $n=330$ ,  $R^2=.083$  (Nagelkerke), Modelo  $X^2= 24.42$  (.002), CD=corta duración, LD=Larga duración, \* $p<.05$

Se ajustó un modelo de regresión lineal multivariado, considerándose como variables independientes características individuales (uso previo de anticonceptivos, anticonceptivo deseado y pareja sentimental) con la intención de uso de anticonceptivos como variable dependiente.

Como resultado no se encontró un modelo significativo para las características individuales sobre la intención de uso de anticonceptivos  $R^2=.01$  ( $F_{[3,330]}=1.220$ ,  $p>.05$ ), se concluye que las características individuales no predicen la intención de uso de anticonceptivos (Tabla 14).

Tabla 14

*Modelo de regresión lineal, de características individuales sobre Intención de uso de anticonceptivos*

Variables	B	P	Intervalo de confianza 95%	
			LI	LS
Uso previo de anticonceptivos	3.571	.303	1.032	.303
Anticonceptivo deseado	-.117	.952	-.061	.952
Pareja sentimental	3.597	.091	1.693	.091

Nota:  $n=330$ ,  $B$ =Beta,  $P$ = valor de  $p$ ,  $LI$ =Límite inferior  $LS$ =Límite superior

En la prueba de Chi cuadrada de las características individuales sobre el uso de anticonceptivos se encontró, que el valor de la significancia es menor a  $p<0.05$  (Nivel de confianza del 95%) en el uso previo de anticonceptivos, por lo tanto si existe relación entre uso previo de anticonceptivos sobre el uso de anticonceptivos. Por el contrario, no se encontró relación con el anticonceptivo deseado ( $p<.05$ ) y pareja sentimental ( $p<.05$ ) (Tabla 15).

Tabla 15

*Prueba de asociación de las características individuales sobre el uso de anticonceptivos*

Variable	$X^2$	P
Uso previo de anticonceptivos	9.754	.008
Anticonceptivo deseado	6.081	.193
Pareja sentimental	0.061	.970

Nota:  $X^2$ = Chi Cuadrada de Pearson  $p$ =Valor de  $p$

Se realizó una regresión logística multinomial para identificar los predictores de las características individuales (uso previo de anticonceptivos, anticonceptivo deseado y pareja sentimental) sobre el uso de anticonceptivos resultando que, en el nivel bajo con respecto al alto, los resultados arrojan que el modelo no fue significativo ( $p<.05$ ) por lo que se concluye que no hay relación con el uso previo de anticonceptivos,

anticonceptivo deseado y pareja sentimental sobre el uso de anticonceptivos (Tabla 16).

Tabla 16

*Modelo de Regresión logística multinomial de características individuales sobre uso de anticonceptivos, categoría de referencia bajo*

Variable		B (ES)	p	Intervalo de confianza 95%		
				Inferior	Odds ratio	Superior
Nivel medio						
Uso previo de anticonceptivos	Si	.759	.062	.961	2.13	4.74
	No	0	-			
Anticonceptivo deseado	Ninguno	-.703	.325	.122	.495	2.00
	CD	-.529	.068	.334	.589	1.03
	LD	0	-			
Pareja sentimental	Con pareja	.045	.872	.607	1.04	1.80
	Sin pareja	0	-			
Nivel alto						
Uso previo de anticonceptivos	Si	1.461	.016	1.30	4.31	14.21
	No	0	-			
Anticonceptivo deseado	Ninguno	-.587	.531	.089	.556	3.48
	CD	-.511	.127	.311	.600	1.15
	LD	0	-			
Pareja sentimental	Con pareja	.025	.939	.542	1.02	1.93
	Sin pareja	0	-			

Nota:  $R^2=.045$  (Nagelkerke), Modelo  $X^2= 13.29$  (.102), N=ninguno, CD=corta duración, LD=Larga duración, \* $p<.05$

Se ajustó un modelo de regresión lineal multivariado, considerándose como variables independientes características individuales (uso previo de anticonceptivos, anticonceptivo deseado y pareja sentimental) con el uso de anticonceptivos como variable dependiente. Se encontró un efecto positivo del anticonceptivo previo con el uso de anticonceptivos. El modelo fue significativo  $R^2 .045$  ( $F_{[3,330]}=5.156$ ,  $p<.002$ ) y explica el 4.5% del total de la varianza (Tabla 17).

Tabla 17

*Modelo de regresión lineal, de características individuales con el uso de anticonceptivos*

Variables	B	P	Intervalo de confianza 95%	
			LI	LS
Uso previo de anticonceptivos	3.112	.002	1.116	5.108
Anticonceptivo deseado	1.015	.073	-.095	2.125
Pareja sentimental	.008	.990	-1.218	1.233

Nota:  $n=330$ ,  $B$ =Beta,  $P$ = valor de p,  $LI$ =Límite inferior  $LS$ =Límite superior,  $*p<.05$

Para dar respuesta al objetivo 3, determinar el efecto directo en la autoestima sobre el empoderamiento en el uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos, se encontró que el valor de la significancia asintótica bilateral es menor a  $p < 0.05$  (Nivel de confianza del 95%), en la autoestima sobre la intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos. Por lo tanto si existe una relación entre autoestima de la madre adolescente sobre la intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos (Tabla 18).

Tabla 18

*Prueba de asociación de Autoestima sobre empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos*

Variable	$X^2$	$p$
Empoderamiento de uso de anticonceptivos	5.480	.242
Intención de uso de anticonceptivos	14.519	.006
Uso de anticonceptivos	14.519	.006

Nota:  $n=330$ ,  $X^2$ = Chi Cuadrada de Pearson  $p$ =Valor de p

Se ajustó un modelo de regresión lineal univariada considerándose como variable independiente la autoestima y como variables dependientes el empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos. Se

encontró un efecto negativo pero significativo de autoestima con el empoderamiento de uso de anticonceptivos pero significativo, el modelo  $R^2 .016$  ( $F_{[3,330]}=5.289, p<.022$ ) y explica el 1.6% del total de la varianza, con un factor de inflación de la varianza de 1.000. En cuanto al modelo de autoestima con la intención no fue significativo.

En la autoestima con el uso de anticonceptivos existe una influencia negativa pero significativa. El modelo es significativo ( $F_{[3,330]}=5.332, p<.022$ ) y explica el 1.6% del total de la varianza con un factor de inflación de la varianza de 1.000 (Tabla 19 y Figura 14).

Tabla 19

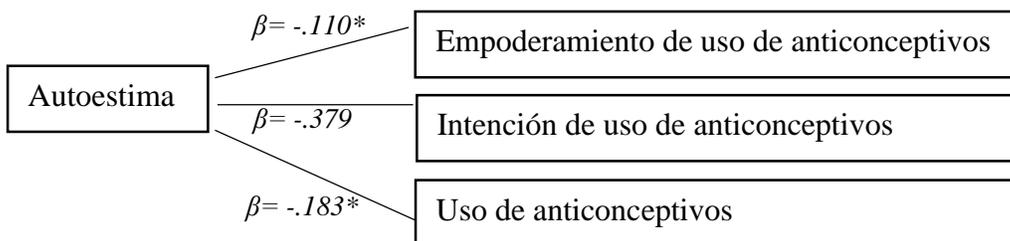
*Modelo de regresión lineal, de autoestima sobre empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos*

Variables	B	P	Intervalo de confianza 95%	
			LI	LS
Empoderamiento de uso...	-.110	.022	-.205	-.016
Intención de uso de anticonceptivos	-.379	.156	-.904	.146
Uso de anticonceptivos	-.183	.022	-.339	-.027

Nota:  $n=330$ ,  $B$ =Beta,  $P$ = valor de p,  $LI$ =Límite inferior  $LS$ =Límite superior,  $*p<.05$

Figura 14

*Representación gráfica de la autoestima sobre empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos*



Nota:  $n=330$ ,  $\beta$ =Beta,  $*p<.05$

Para dar respuesta al objetivo 4, determinar el efecto directo o indirecto del bienestar psicológico sobre el empoderamiento en el uso de anticonceptivos, intención

de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos. Se encontró que el valor de la significancia asintótica bilateral es menor a  $p < 0.05$  (Nivel de confianza del 95%), en el bienestar psicológico sobre el empoderamiento de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos. Es decir que existe una relación del bienestar psicológico sobre el empoderamiento de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos (Tabla 20).

Tabla 20

*Prueba de asociación de bienestar psicológico sobre empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos*

Variable	X <sup>2</sup>	p
<i>Empoderamiento de uso de anticonceptivos</i>	55.619	.000
<i>Intención de uso de anticonceptivos</i>	4.125	.389
<i>Uso de anticonceptivos</i>	23.436	.000

Nota: X<sup>2</sup>= Chi Cuadrada de Pearson p=Valor de p

Se ajustó un modelo de regresión lineal multivariado considerándose como variable independiente el bienestar psicológico y como variables dependientes el empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos. Se encontró una asociación positiva del bienestar psicológico con el empoderamiento. El modelo es significativo ( $F_{[3,330]}=71.768, p < .000$ ) y explica el 1.8% del total de la varianza, con un factor de inflación de la varianza de 1.000.

El bienestar psicológico no tuvo relación con la intención de uso de anticonceptivos, el modelo no fue significativo. El bienestar psicológico tuvo un efecto positivo sobre el uso de anticonceptivos. El modelo es significativo ( $F_{[3,330]}=33.874, p < .000$ ) y explica el 9.4% del total de la varianza con un factor de inflación de la varianza de 1.000 (ver tabla 21 y figura 15).

Tabla 21

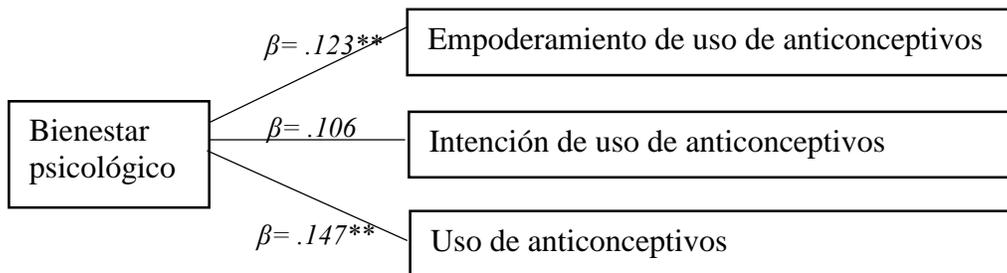
*Modelo de regresión lineal, de bienestar psicológico sobre empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos*

Variables	B	P	Intervalo de confianza 95%	
			LI	LS
Empoderamiento uso de ...	.123	.000	.095	.152
Intención de uso de anticonceptivos	.106	.230	-.068	.281
Uso de anticonceptivos	.147	.000	.097	.196

Nota:  $n=330$ ,  $B$ =Beta,  $P$ = valor de p,  $LI$ =Límite inferior  $LS$ =Límite superior,  $*p<.05$

Figura 15

*Representación gráfica del bienestar psicológico sobre empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos*



Nota:  $n=330$ ,  $\beta$ =Beta,  $**P<.01$

Para dar respuesta al objetivo 5, determinar el efecto directo del conocimiento de anticonceptivos sobre el empoderamiento en el uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos. Se encontró que el valor de la significancia asintótica bilateral es menor a  $p > .05$  (Nivel de confianza del 95%), en el conocimiento de anticonceptivos sobre el empoderamiento de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos. Es decir que existe una relación del conocimiento de anticonceptivos sobre el empoderamiento de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos (Tabla 22).

Tabla 22

*Prueba de asociación de conocimiento de anticonceptivos sobre empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos*

Variable	$X^2$	$p$
Empoderamiento de uso de anticonceptivos	37.873	.000
Intención de uso de anticonceptivos	4.507	.342
Uso de anticonceptivos	22.542	.000

Nota:  $X^2$ = Chi Cuadrada de Pearson  $p$ =Valor de  $p$

Se ajustó un modelo de regresión lineal considerándose como variable independiente conocimiento de anticonceptivos y como variables dependientes el empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos. Existe una influencia positiva del conocimiento de anticonceptivos con el empoderamiento de uso de anticonceptivos. El modelo es significativo ( $F_{[3,330]}=56.665, p<.000$ ) y explica el 1.4% del total de la varianza con un factor de inflación de la varianza de 1.000. Mientras que con la intención de uso de anticonceptivos el modelo no fue significativo. Existe una relación positiva del conocimiento de anticonceptivos con el uso de anticonceptivos. El modelo es significativo ( $F_{[3,330]}=39.210, p<.000$ ) y explica el 1.07% del total de la varianza con un factor de inflación de la varianza de 1.000 (Tabla 23 y Figura 16)

Tabla 23

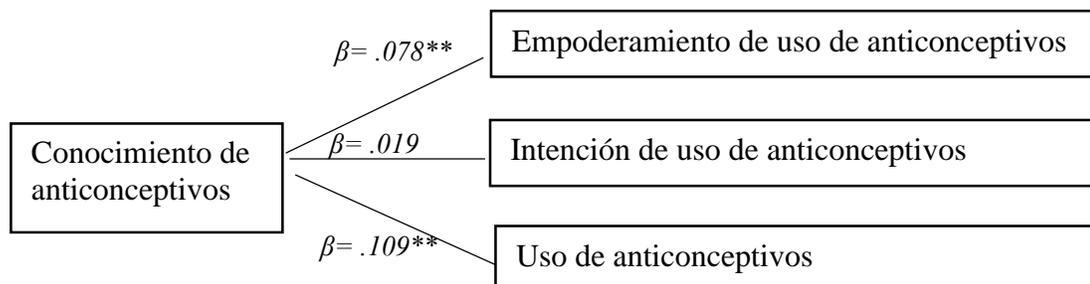
*Modelo de regresión lineal de conocimiento de anticonceptivos sobre empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos*

Variables	$B$	$P$	Intervalo de confianza 95%	
			$LI$	$LS$
Empoderamiento uso de ...	.078	.000	.057	.098
Intención de uso de anticonceptivos	.019	.761	-.103	.140
Uso de anticonceptivos	.109	.000	.075	.143

Nota:  $n=330$ ,  $B$ =Beta,  $P$ = valor de  $p$ ,  $LI$ =Límite inferior  $LS$ =Límite superior,  $*p<.05$

Figura 16

*Representación gráfica del conocimiento de anticonceptivos sobre empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos*



Nota:  $n=330$ ,  $\beta$ =Beta,  $**p<.01$

Para dar respuesta al objetivo 6, determinar el efecto directo o indirecto de la autoeficacia anticonceptiva sobre el empoderamiento en el uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos. Se encontró que el valor de la significancia asintótica bilateral es menor a  $p>.05$  (Nivel de confianza del 95%), en la autoeficacia anticonceptiva sobre el empoderamiento de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos. Es decir que existe una relación de la autoeficacia anticonceptiva sobre el empoderamiento de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos (Tabla 24)

Tabla 24

*Prueba de asociación de autoeficacia anticonceptiva sobre empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos*

Variable	$X^2$	$p$
Empoderamiento de uso de anticonceptivos	60.812	.000
Intención de uso de anticonceptivos	11.890	.018
Uso de anticonceptivos	57.309	.000

Nota:  $X^2$ = Chi Cuadrada de Pearson  $p$ = Valor de  $p$

Se ajustó un modelo de regresión lineal univariada considerándose como variable independiente autoeficacia anticonceptiva y como variables dependientes el empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de

anticonceptivos. Existe una influencia positiva de la autoeficacia anticonceptiva con el empoderamiento de uso de anticonceptivos. El modelo es significativo ( $F_{[3,330]}=90.393, p<.000$ ) y explica el 2.1% del total de la varianza con un factor de inflación de la varianza de 1.000. Existe una influencia positiva la autoeficacia anticonceptiva con la intención de uso de anticonceptivos. El modelo es significativo ( $F_{[3,330]}=9.233, p<.003$ ) y explica el 2.7% del total de la varianza con un factor de inflación de la varianza de 1.000. Existe una relación positiva la autoeficacia anticonceptiva con el uso de anticonceptivos. El modelo es significativo ( $F_{[3,330]}=69.453, p<.000$ ) y explica el 1.7% del total de la varianza con un factor de inflación de la varianza de 1.000 (Tabla 25 y Figura 17)

Tabla 25

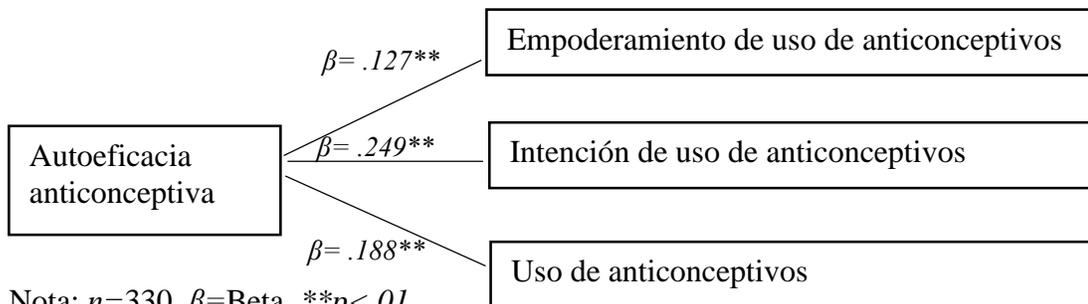
*Modelo de regresión lineal, de autoeficacia anticonceptiva sobre empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos*

Variables	B	P	Intervalo de confianza 95%	
			LI	LS
Empoderamiento uso de ...	.127	.000	.100	.153
Intención de uso de anticonceptivos	.249	.003	.088	.410
Uso de anticonceptivos	.188	.000	.143	.232

Nota:  $n=330, B=Beta, p=$  valor de  $p, LI=Límite inferior LS=Límite superior, * $p<.05$$

Figura 17

*Representación gráfica de autoeficacia anticonceptiva sobre empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos*



Para dar respuesta al objetivo 7, determinar el efecto directo o indirecto del deseo de ser madre sobre el empoderamiento en el uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos, se encontró que el valor de la significancia asintótica bilateral es menor a  $p > .05$  (Nivel de confianza del 95%), en el deseo de ser madre sobre el empoderamiento de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos. Es decir que existe una relación del deseo de ser madre sobre el empoderamiento de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos (Tabla 26)

Tabla 26

*Prueba de asociación de deseo de ser madre sobre empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos*

Variable	$X^2$	$p$
Empoderamiento de uso de anticonceptivos	15.480	.004
Intención de uso de anticonceptivos	5.232	.264
Uso de anticonceptivos	8.217	.084

Nota:  $X^2$ = Chi Cuadrada de Pearson  $p$ =Valor de  $p$

Se ajustó un modelo de regresión lineal multivariada considerándose como variable independiente deseo de ser madre y como variables dependientes el empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos. No existe relación de deseo de ser madre con el empoderamiento de uso de anticonceptivos, el modelo no fue significativo. Pero si existe una relación positiva con el deseo de ser madre y la intención de uso de anticonceptivos. El modelo es significativo ( $F_{[3,330]}=4.993, p < .000$ ) y explica el 1.5% del total de la varianza con un factor de inflación de la varianza de 1.000. No existe relación entre el deseo de ser madre con el uso de anticonceptivos, el modelo no fue significativo (Tabla 27 y Figura 18).

Tabla 27

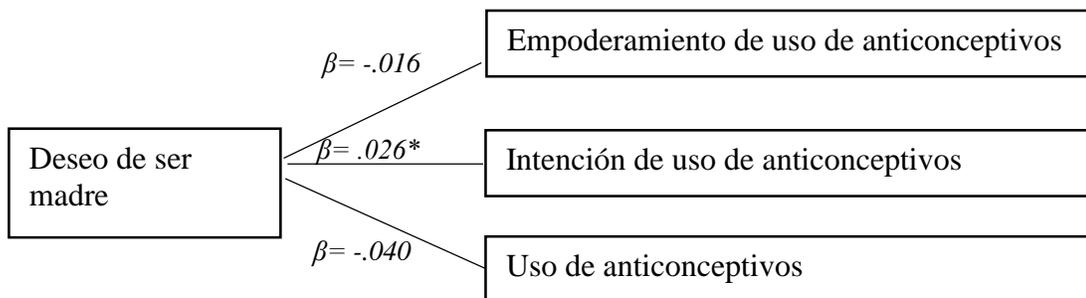
*Modelo de regresión lineal, de deseo de ser madre sobre empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos*

Variables	B	p	Intervalo de confianza 95%	
			LI	LS
Empoderamiento uso de ...	-.016	.208	-.040	.009
Intención de uso de anticonceptivos	.152	.026	.018	.287
Uso de anticonceptivos	-.040	.052	-.080	.000

Nota:  $n=330$ ,  $B$ =Beta,  $p$ = valor de p,  $LI$ =Límite inferior  $LS$ =Límite superior,  $*p<.05$

Figura 18

*Representación gráfica del deseo de ser madre sobre empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos*



Nota:  $n=330$ ,  $\beta$ =Beta,  $*P<.05$

Para dar respuesta al objetivo 8, 9 y 10 determinar el efecto directo de los factores interpersonales (apoyo familiar, apoyo de la pareja y apoyo del personal de salud), sobre el empoderamiento en el uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos. Se encontró que el valor de la significancia asintótica bilateral es menor a  $p>.05$  (Nivel de confianza del 95%) en el apoyo familiar, apoyo de la pareja y apoyo del personal de salud, sobre el empoderamiento de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos. Es decir que existe una relación del apoyo familiar, apoyo de la pareja y apoyo del personal de salud, sobre el empoderamiento de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos (Tabla 28).

Tabla 28

*Prueba de asociación de factores interpersonales sobre empoderamiento de uso de anticonceptivos*

Variable	$X^2$	$p$
Apoyo familiar	36.914 <sup>a</sup>	.000
Apoyo de la pareja	72.001 <sup>a</sup>	.000
Apoyo del personal de salud	65.728 <sup>a</sup>	.000

Nota:  $X^2$ = Chi Cuadrada de Pearson  $p$ =Valor de p

Tabla 29

*Prueba de asociación de factores interpersonales sobre la intención de uso de anticonceptivos*

Variable	$X^2$	$p$
Apoyo familiar	6.045 <sup>a</sup>	.196
Apoyo de la pareja	5.032 <sup>a</sup>	.284
Apoyo del personal de salud	7.184 <sup>a</sup>	.126

Nota:  $X^2$ = Chi Cuadrada de Pearson  $p$ =Valor de p

Tabla 30

*Prueba de asociación de factores interpersonales sobre el uso de anticonceptivos*

Variable	$X^2$	$p$
Apoyo familiar	20.540 <sup>a</sup>	.000
Apoyo de la pareja	34.093 <sup>a</sup>	.000
Apoyo del personal de salud	15.075 <sup>a</sup>	.005

Nota:  $X^2$ = Chi Cuadrada de Pearson  $p$ =Valor de p

Se ajustó un modelo de regresión lineal múltiple considerándose como variable independiente factores interpersonales (apoyo familiar, apoyo de la pareja y apoyo del personal de salud) y como variable dependiente el empoderamiento de uso de anticonceptivos. Existe una relación positiva entre en apoyo familiar, apoyo de la pareja y apoyo del personal de salud con el empoderamiento de uso de anticonceptivos. El

modelo fue significativo ( $F_{[3,330]}=34.797, p<.000$ ) y explica el 24.3% del total de la varianza con un factor de inflación de la varianza de mayores a uno (Tabla 31 y Figura 19).

Tabla 31

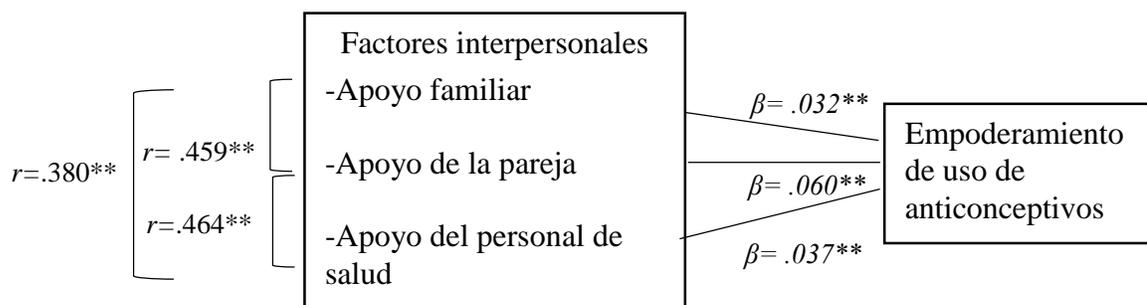
*Modelo de regresión lineal múltiple, de factores interpersonales con empoderamiento de uso de anticonceptivos*

Variables	B	P	Intervalo de confianza 95%	
			LI	LS
Apoyo familiar	.032	.010	.008	.056
Apoyo de la pareja	.060	.000	.037	.084
Apoyo del personal de salud	.037	.002	.014	.061

Nota:  $n=330$ ,  $B$ =Beta,  $p$ = valor de  $p$ ,  $LI$ =Límite inferior  $LS$ =Límite superior,  $*p<.05$

Figura 19

*Representación gráfica de factores interpersonales sobre empoderamiento de uso de anticonceptivos*



Nota:  $n=330$ ,  $\beta$ =Beta,  $**p<.01$

Se ajustó un modelo de regresión lineal múltiple considerándose como variable independiente factores interpersonales (apoyo familiar, apoyo de la pareja y apoyo del personal de salud) y como variable dependiente la intención de uso de anticonceptivos. Existe una relación positiva del apoyo familiar sobre la intención de uso de anticonceptivos, el apoyo de la pareja y apoyo del personal de salud, no tuvieron valor significativo para la intención de uso de anticonceptivos. El modelo es significativo

( $F_{[3,330]}=5.123, p<.002$ ) y explica el 4.5% del total de la varianza con un factor de inflación de la varianza de mayores a uno (Tabla 32 y Figura 20).

Tabla 32

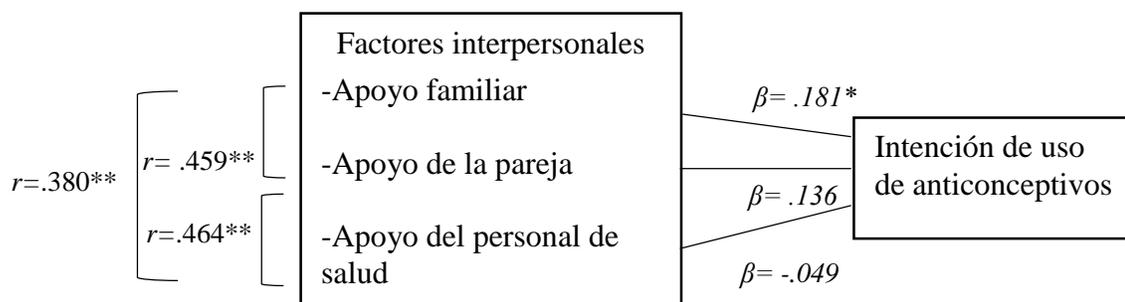
*Modelo de regresión lineal múltiple, de factores interpersonales sobre la intención de uso de anticonceptivos*

Variables	B	p	Intervalo de confianza 95%	
			LI	LS
Apoyo familiar	.181	.019	.030	.332
Apoyo de la pareja	.136	.064	-.008	.281
Apoyo del personal de salud	-.049	.517	-.196	.099

Nota:  $n=330$ ,  $B$ =Beta,  $p$ = valor de  $p$ ,  $LI$ =Límite inferior  $LS$ =Límite superior,  $*p<.05$

Figura 20

*Representación gráfica de factores interpersonales sobre intención de uso de anticonceptivos*



Nota:  $n=330$ ,  $\beta$ =Beta,  $*p<.05$

Se ajustó un modelo de regresión lineal múltiple considerándose como variable independiente factores interpersonales (apoyo familiar, apoyo de la pareja y apoyo del personal de salud) y como variable dependiente el de uso de anticonceptivos. Existe una relación positiva del apoyo de la pareja sobre el uso de anticonceptivos, el apoyo familiar y apoyo del personal de salud, no tuvieron valor significativo para el uso de anticonceptivos. El modelo es significativo ( $F_{[3,330]}=15.030, p<.000$ ) y explica el 12.2%

del total de la varianza con un factor de inflación de la varianza de mayores a uno (Tabla 33 y figura 21).

Tabla 33

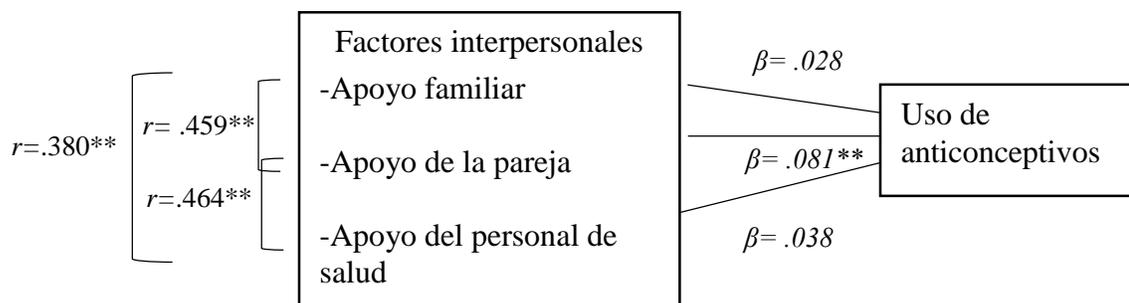
*Modelo de regresión lineal múltiple, de factores interpersonales sobre el uso de anticonceptivos*

Variables	B	P	Intervalo de confianza 95%	
			LI	LS
Apoyo familiar	.028	.207	-.015	.071
Apoyo de la pareja	.081	.000	.040	.123
Apoyo del personal de salud	.038	.080	-.004	.080

Nota:  $n=330$ ,  $B$ =Beta,  $P$ = valor de p,  $LI$ =Límite inferior  $LS$ =Límite superior,  $*p<.05$

Figura 21

*Representación gráfica de factores interpersonales sobre uso de anticonceptivos*



Nota:  $n=330$ ,  $\beta$ =Beta,  $r$ = coeficiente de correlación  $**p<.01$

Para dar respuesta al objetivo 11, determinar el efecto directo o indirecto de factores contextuales y factores interpersonales sobre el empoderamiento en el uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos. Se ajustó un modelo de regresión lineal múltiple considerándose como variable independiente los factores contextuales que incluyen las características individuales y cognitivas (uso previo de anticonceptivos, anticonceptivo deseado, pareja sentimental, autoestima, bienestar psicológico, conocimiento de anticonceptivos, autoeficacia anticonceptiva y deseo de ser madre), factores interpersonales (apoyo familiar, apoyo de la pareja y apoyo

del personal de salud) y como variable dependiente el empoderamiento de uso de anticonceptivos.

Se encontró una relación positiva con conocimiento, autoeficacia anticonceptiva y apoyo de la pareja, sobre el empoderamiento en el uso de anticonceptivos. El modelo es significativo ( $F_{[11,330]}=14.214, p<.000$ ) y explica el 33.0% del total de la varianza con un factor de inflación de la varianza de mayor a uno (Tabla 34 y Figura 22).

Tabla 34

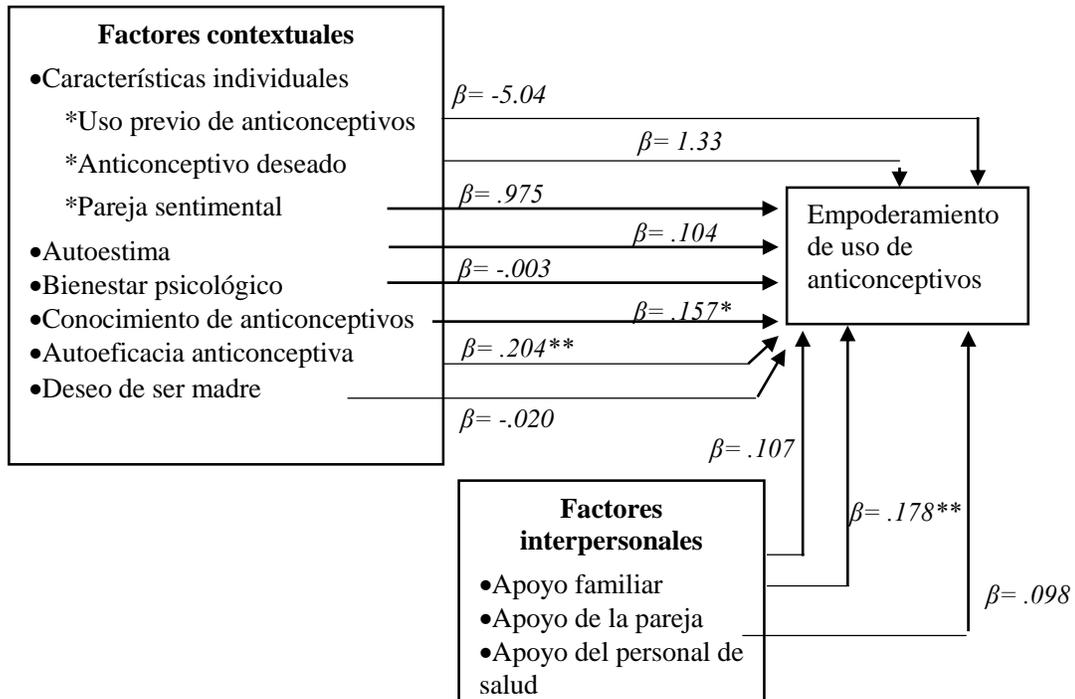
*Modelo de regresión lineal, de factores contextuales y factores interpersonales sobre el empoderamiento de uso de anticonceptivos*

Variables	B	P	Intervalo de confianza 95%	
			LI	LS
Uso previo de anticonceptivos	-5.045	.064	-10.393	.303
Anticonceptivo deseado	1.335	.366	-1.568	4.239
Pareja sentimental	.975	.563	-2.334	4.283
Autoestima	.104	.113	-.025	.232
Bienestar psicológico	-.003	.966	-.147	.140
Conocimiento de anticonceptivos	.157	.005	.048	.267
Autoeficacia anticonceptiva	.204	.000	.092	.316
Deseo de ser madre	-.020	.644	-.105	.065
Apoyo familiar	.107	.082	-.014	.227
Apoyo de la pareja	.178	.003	.062	.294
Apoyo del personal de salud	.098	.100	-.019	.215

Nota:  $n=330$ ,  $\beta$ =Beta,  $p$ = valor de p, LI=Límite inferior LS=Límite superior

Figura 22

*Modelo final de factores contextuales y factores interpersonales con el empoderamiento de uso de anticonceptivos*



Nota:  $n=330$ ,  $\beta$ =Beta,  $*p<.05$ ,  $**p<.01$

Se ajustó un modelo de regresión lineal múltiple con el método de bootstrap, considerándose como variable independiente los factores contextuales que incluyen las características individuales y cognitivas (uso previo de anticonceptivos, anticonceptivo deseado, pareja sentimental, autoestima, bienestar psicológico, conocimiento de anticonceptivos, autoeficacia anticonceptiva y deseo de ser madre), factores interpersonales (apoyo familiar, apoyo de la pareja y apoyo del personal de salud) y como variable dependiente la intención de uso de anticonceptivos. No se encontraron relaciones con las variables independientes, sin embargo, el modelo fue significativo con técnica de bootstrapping ( $F_{[11,330]}=2.254$ ,  $p<.05$ ) y explica el 7.2% del total de la varianza (Tabla 35).

Tabla 35

*Modelo de regresión lineal, de factores contextuales y factores interpersonales con la intención de uso de anticonceptivos, bootstrap*

Modelo	B	SE	P	Bootstrap	
				IC 95%	
				LI	LS
Constante	9.276	11.268	.412	-12.42	32.55
Uso previo de anticonceptivos	-4.211	04.259	.319	-12.87	03.83
Anticonceptivo deseado	-1.041	1.990	.610	-4.729	02.97
Pareja sentimental	1.503	2.200	.486	-2.603	06.10
Autoestima	-.038	.275	.883	-.583	00.51
Bienestar psicológico	-.066	.122	.579	-.329	.153
Conocimiento de ant...	-.020	.073	.789	-.166	.166
Autoeficacia anticonceptiva	.167	.199	.159	-.059	.404
Deseo de ser madre	.134	-.003	.055	-.004	.270
Apoyo familiar	.127	.078	.100	-.024	.283
Apoyo de la pareja	.125	.071	.073	-.016	.264
Apoyo del personal de salud	-.035	.076	.645	-.172	.120

Nota:  $n=330$ ,  $\beta$ =Beta,  $P$ = valor de p,  $LI$ =Límite inferior  $LS$ =Límite superior

Se ajustó un modelo de regresión lineal múltiple considerándose como variable independiente los factores contextuales que incluyen las características individuales y cognitivas (uso previo de anticonceptivos, anticonceptivo deseado, pareja sentimental, autoestima, bienestar psicológico, conocimiento de anticonceptivos, autoeficacia anticonceptiva y deseo de ser madre), factores interpersonales (apoyo familiar, apoyo de la pareja y apoyo del personal de salud) y como variable dependiente el uso de anticonceptivos.

Existe una relación positiva con conocimiento y autoeficacia anticonceptiva, sobre el uso de anticonceptivos. El modelo es significativo ( $F_{[11,330]}=8.715, p<.000$ ) y explica el 23.2% del total de la varianza con un factor de inflación de la varianza de mayor a uno (Tabla 36 y Figura 23).

Tabla 36

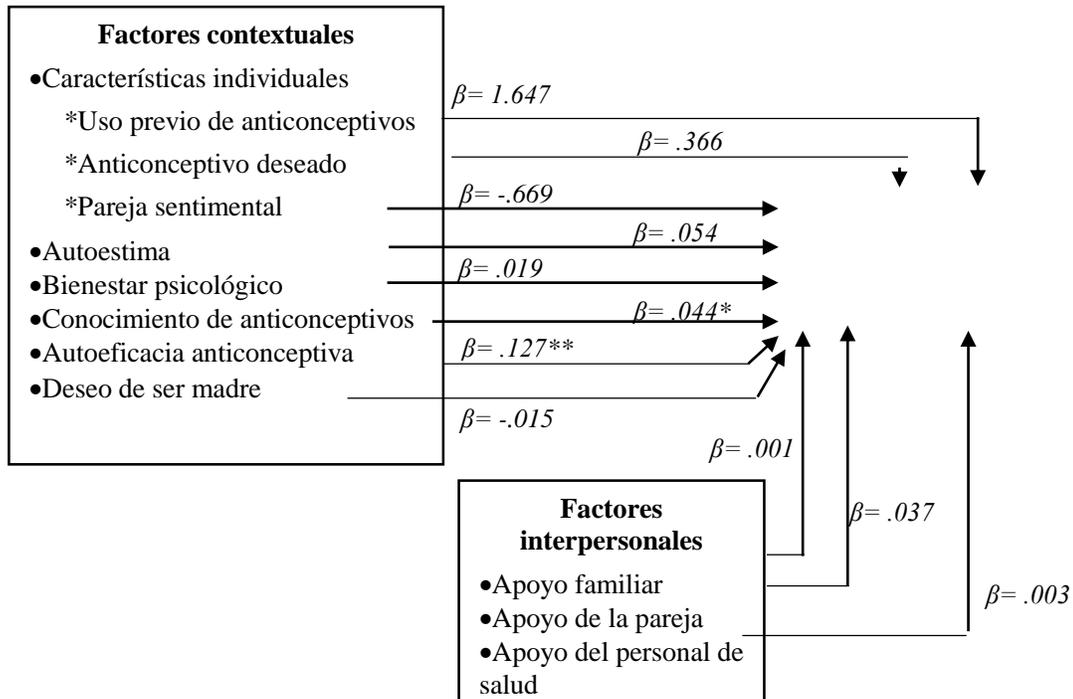
*Modelo de regresión lineal de factores contextuales y factores interpersonales sobre el uso de anticonceptivos*

Variables	B	P	Intervalo de confianza 95%	
			LI	LS
Uso previo de anticonceptivos	1.647	.085	-.231	3.525
Anticonceptivo deseado	.366	.485	-.662	1.393
Pareja sentimental	-.669	.264	-1.845	.507
Autoestima	.054	.482	-.097	.205
Bienestar psicológico	.019	.535	-.041	.079
Conocimiento de anticonceptivos	.044	.028	.005	.084
Autoeficacia anticonceptiva	.127	.000	.068	.186
Deseo de ser madre	-.015	.443	-.054	.024
Apoyo familiar	.001	.954	-.043	.046
Apoyo de la pareja	.037	.095	-.006	.079
Apoyo del personal de salud	.003	.899	-.040	.045

Nota:  $n=330$ ,  $\beta$ =Beta,  $p$ = valor de p, LI=Límite inferior LS=Límite superior

Figura 23

*Modelo final de factores contextuales y factores interpersonales con el uso de anticonceptivos*



Nota:  $n=330$ ,  $\beta$ =Beta, \* $P<.05$ , \*\* $P<.01$

Para dar respuesta al objetivo 12, determinar el efecto directo del empoderamiento en el uso de anticonceptivos sobre la intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos. Se encontró que el valor de la significancia asintótica bilateral es menor a  $p>.05$  (Nivel de confianza del 95%), en la intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos, sobre el empoderamiento de uso de anticonceptivos. Es decir que existe una relación de la intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos, sobre el empoderamiento de uso de anticonceptivos (Tabla 37).

Tabla 37

*Prueba de asociación de empoderamiento de uso de anticonceptivos sobre la intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos*

Variable	X <sup>2</sup>	p
Intención de uso de anticonceptivos	12.665 <sup>a</sup>	.013
Uso de anticonceptivos	74.780 <sup>a</sup>	.000

Nota: X<sup>2</sup>= Chi Cuadrada de Pearson p= Valor de p

Se ajustó un modelo de regresión lineal múltiple considerándose como variable independiente el empoderamiento de uso de anticonceptivos y como variable dependiente la intención de uso de anticonceptivos y el uso de anticonceptivos. Existe una relación positiva del empoderamiento de uso de anticonceptivos con el uso de anticonceptivos, mientras que con la intención no hubo significancia. El modelo es significativo ( $F_{[2,330]}=47.530, p<.000$ ) y explica el 2.2% del total de la varianza con un factor de inflación de la varianza de mayores a uno (ver tabla 38 y figura 24).

Tabla 38

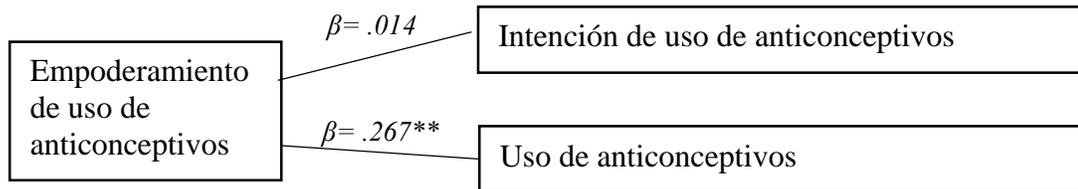
*Modelo de regresión lineal, de empoderamiento de uso de anticonceptivos sobre la intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos*

Variables	B	P	Intervalo de confianza 95%	
			LI	LS
Intención de uso de anticonceptivos	.014	.147	-.005	.033
Uso de anticonceptivos	.267	.000	.204	.330

Nota: n=330,  $\beta$ =Beta, p= valor de p, LI=Límite inferior LS=Límite superior, \*p<.05

Figura 24

*Representación gráfica de empoderamiento de uso de anticonceptivos sobre la intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos*



Nota:  $n=330$ ,  $\beta$ =Beta,  $**P<.01$

Para dar respuesta al objetivo 13, determinar el efecto directo de la intención de uso de anticonceptivos sobre el uso de anticonceptivos. Se encontró que el valor de la significancia asintótica bilateral es menor a  $p>.05$  (Nivel de confianza del 95%), en el uso de anticonceptivos. Es decir existe una relación positiva de la intención de uso de anticonceptivos sobre el uso de anticonceptivos (Tabla 39).

Tabla 39

*Prueba de asociación de intención de uso de anticonceptivos sobre el uso de anticonceptivos*

Variable	$X^2$	$p$
Uso de anticonceptivos	58.325 <sup>a</sup>	.000

Nota:  $X^2$ = Chi Cuadrada de Pearson  $p$ =Valor de  $p$

Se ajustó un modelo de regresión lineal univariado considerándose como variable independiente la intención de uso de anticonceptivos y como variable dependiente el uso de anticonceptivos. Existe una relación positiva de la intención de uso de anticonceptivos con el uso de anticonceptivos. El modelo es significativo ( $F_{[1,330]}=54.592$ ,  $p<.000$ ) y explica el 1.4% del total de la varianza con un factor de inflación de la varianza de mayores a uno (Tabla 40 y Figura 25).

Tabla 40

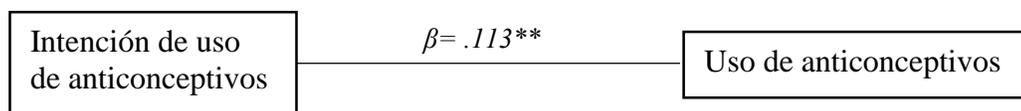
*Modelo de regresión lineal, de la intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos*

Variables	<i>B</i>	<i>P</i>	Intervalo de confianza 95%	
			<i>LI</i>	<i>LS</i>
Intención de uso de anticonceptivos	.113	.000	.083	.143

Nota:  $n=330$ ,  $\beta$ =Beta,  $P$ = valor de  $p$ ,  $LI$ =Límite inferior  $LS$ =Límite superior,  $*p<.05$

Figura 25

*Representación gráfica de intención de uso de anticonceptivos sobre uso de anticonceptivos*



Nota:  $n=330$ ,  $\beta$ =Beta,  $**P<.01$

Para dar respuesta al objetivo 14 medir el efecto mediador de la intención de uso de anticonceptivos entre el empoderamiento de uso de anticonceptivos y el uso de anticonceptivos, se realizó un análisis de mediación de acuerdo a la metodología propuesta por Andrew F. Hayes (2018), sobre el efecto de la variable intención de uso de anticonceptivos como mediadora, la variable independiente empoderamiento de uso de anticonceptivos y la variable dependiente uso de anticonceptivos.

El primer paso se realizó una regresión de la variable independiente empoderamiento de uso de anticonceptivos sobre la variable mediadora, intención de uso de anticonceptivos, seguido del segundo paso fue una regresión de la variable independiente empoderamiento de uso de anticonceptivos y la variable mediadora intención de uso de anticonceptivos sobre la variable dependiente uso de anticonceptivos, finalmente se realizó la prueba de Sobel que verificó la influencia

significativa de la variable independiente sobre la dependiente a través de la variable mediadora (ver tabla 41).

Tabla 41

*Modelo de regresión lineal de empoderamiento de uso de anticonceptivos sobre la intención de uso de anticonceptivos*

Variables	$\beta$	SE	Beta	p
Constante	7.892	.534	-	.000
Intención de uso de anticonceptivos	.113	.015	.378	.000

Nota: variable dependiente = empoderamiento de uso de anticonceptivos,  $\beta$ = Valor de beta, coeficiente no estandarizado, SE= error estándar, Beta= Valor de beta, coeficiente estandarizado, p= *valor de probabilidad*, n=330

Tabla 42

*Modelo de regresión lineal de empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos sobre uso de anticonceptivos*

Variables	$\beta$	SE	Beta	p
Constante	-2.657	1.349	-	.050
Empoderamiento de uso de anticonceptivos	00.662	.079	.401	.000
Intención de uso de anticonceptivos	00.084	.014	.280	.000

Nota: variable dependiente = empoderamiento de uso de anticonceptivos, variable mediadora= intención de uso de anticonceptivos,  $\beta$ = Valor de beta, coeficiente no estandarizado, SE= error estándar, Beta= Valor de beta, coeficiente estandarizado, p= *valor de probabilidad*, n=330

Se puede determinar que el empoderamiento de uso de anticonceptivos tiene un efecto directo de .662 unidades sobre el uso de anticonceptivos, es significativo y presenta un efecto indirecto de .1123 unidades ya que el intervalo de confianza no pasa por el cero, B .1123, SE .0297, IC 95% [.06, .18], considerado como un mediador parcial por que pasa el efecto directo de la variable empoderamiento de uso de anticonceptivos

por uso de anticonceptivos. La intención de uso de anticonceptivos tiene una mediación parcial con el empoderamiento de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos. Se realizó la prueba de Sobel como resultado se obtuvo 4.5317 ( $p < .01$ ) (Tabla 43 y Figura 26).

Tabla 43

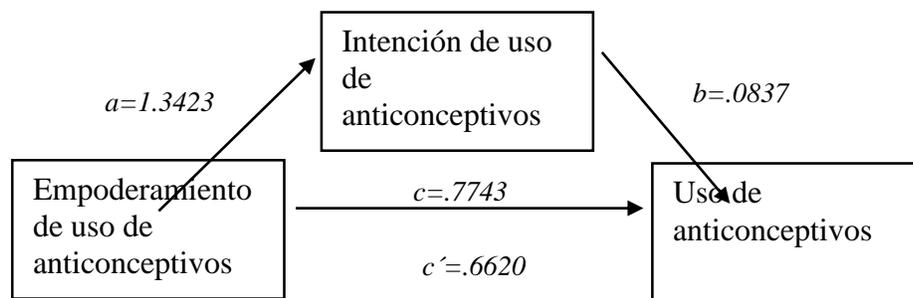
*Efectos indirecto, directo, total y prueba de Sobel de intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos*

Variable	USAN		Efecto indirecto	Prueba de Sobel	Efecto Directo $\beta$	P	Efecto Total
	B	SE					
INTAN	.280	.014	.0837	4.5317	.6620	.000	.7743

Nota:  $B$ = Valor de beta, coeficiente estandarizado,  $SE$ = Error estándar,  $USAN$ = uso de anticonceptivos,  $INTAN$ = Intención de uso de anticonceptivos,  $\beta$ = Valor de beta, coeficiente estandarizado

Figura 26

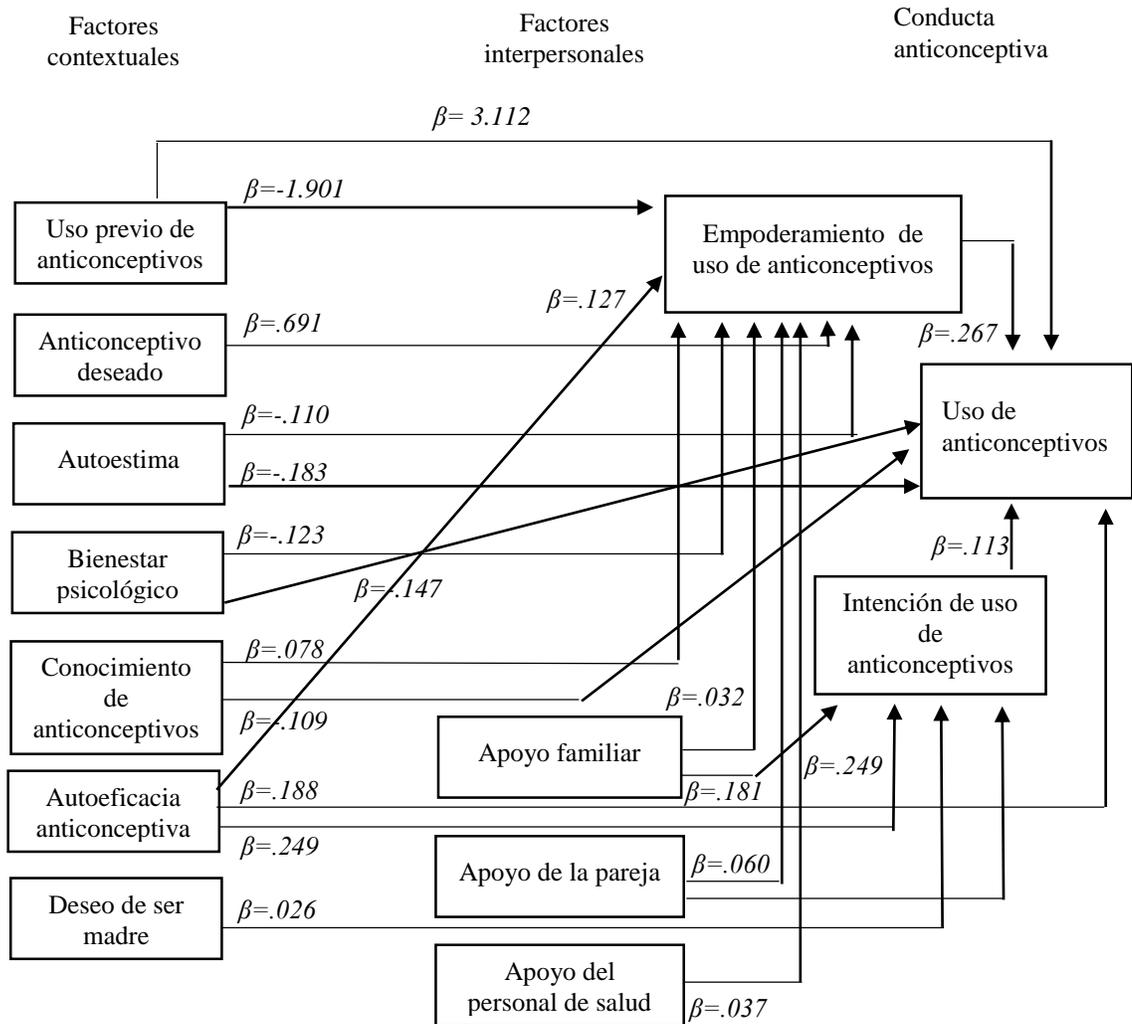
*Modelo de mediación intención de uso de anticonceptivos con el empoderamiento de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos*



Nota:  $n=330$ ,  $a$ = efecto indirecto entre empoderamiento de uso de anticonceptivos con la intención de uso de anticonceptivos,  $b$ = efecto indirecto entre intención de uso de anticonceptivos con uso de anticonceptivos,  $c'$ = efecto directo de empoderamiento de uso de anticonceptivos con uso de anticonceptivos,  $c$ = efecto total de empoderamiento de uso de anticonceptivos con uso de anticonceptivos

Figura 27

Representación gráfica de asociación cuantitativa entre variables, Modelo de empoderamiento de uso de anticonceptivos en madres adolescentes



Nota:  $n=330$ ,  $\beta$ =Beta

### Resultados de la fase cualitativa

Para dar respuesta al objetivo planteado, de explorar los factores relacionados con el empoderamiento en el uso de anticonceptivos en madres adolescentes, se realizó un análisis temático de acuerdo a la metodología de Braun y Clarke (2006), que considera seis fases; primera; comunicación directa con cada participante segunda; generación de códigos, tercera; agrupación por temas y subtemas, cuarta; para un mayor

refinamiento revisión nuevamente de códigos, quinta; definición de códigos (subcategorías) y sexta; presentación de resultados.

Las entrevistas se realizaron de forma virtual y presencial. Para las entrevistas presenciales previo consentimiento y asentimiento informados, se designó un lugar privado por parte de las autoridades de los cuatro centros de salud, que proveían de un ambiente de tranquilidad y privacidad, alejado de las zonas con mayor tránsito de personal, en todo momento se respetaron las medidas sanitarias por motivo de la pandemia COVID-19 como el uso de gel, uso de cubre bocas y sana distancia.

Para las entrevistas virtuales una vez que se abordó a la madre adolescente en los centros de salud y aceptaron participar en esta modalidad, se acordó el día y la hora, para el link de reunión se envió vía whatsapp y se utilizó la plataforma google meets. Las entrevistas fueron audiograbadas, esto permitió mantener la atención en la entrevista con la participante, la duración de las entrevistas aproximadamente fueron entre 30 a 45 minutos, de las cuales tres fueron virtuales y seis presenciales.

En el primer paso, una vez definida la postura teórica del estudio que fue la fenomenología hermenéutica, que permitió captar la manera en que se reacciona y responde el individuo ante su ambiente natural y comparte su experiencia, se inició con la comunicación directa con cada participante del estudio, entregando su historia en una narrativa discursiva, describiendo así la situación en la que se encuentran inmersas. Esto permitió la familiarización de los datos con los registros. Se utilizó el software MAXQDA 2022 donde se transcribieron, agruparon y analizaron los datos, esto permitió las relecturas de las narrativas en varias ocasiones, hasta llegar a la comprensión de los significados, la revisión de la ortografía y de puntuaciones.

Antes de generar los códigos, de acuerdo a Bardin (1991), se fueron considerando la frecuencia de cada unidad de análisis del texto, de esa manera los códigos se generaron, para identificar la dirección de los códigos se fue estableciendo un sistema de codificación donde se identificó el sentido bidireccional del contenido, para

este trabajo se asignó a los factores con un sentido positivo un signo (+) y para los factores con un sentido negativos un signo (-). Una vez identificado los datos para el segundo paso, se generaron códigos iniciales, agrupándose de acuerdo a las características similares que se fueron presentando.

En el tercer paso al tener ya definido los códigos, se agruparon por temas y subtemas, mediante la codificación creativa, bajo una visión holística del fenómeno, a través de mapas mentales, siendo este el momento hermenéutico del estudio, tomando en cuenta la manera en cómo se interconectan los temas y subtemas desde una perspectiva deductiva e inductiva, que emergieron categorías de las entrevistas y los conceptos.

En el cuarto paso se vuelve a revisar los temas (categorías) para un mejor refinamiento. En el quinto paso se definen códigos (subcategorías) los cuales fueron de tipo descriptivo, ya que requieren de poca interpretación y se definen en el libro de códigos así como sus relaciones (apéndice S). Los códigos se revisaron y validaron por un segundo investigador, lo que facilitó su clasificación y reducción de categorías, finalmente en el paso seis se presentan los resultados (Tablas 44, 45 y 46)

Tabla 44

*Dirección de códigos similares I*

Códigos	MMPE	EMBAI	EMBST	CONFAM	ELMQP
MMPE	-				
EMBAI		+ , -			
EMBST			-		
CONFAM				-	
ELMQP					+

Nota: MMPE= Motivos para embarazarme, EMBAI=El embarazo como algo inesperado, EMBST=Embarazo suceso traumático, CONFAM=Conflicto familiar, ELMQP=Embarazo lo mejor que me ha pasado.

Tabla 45

*Dirección de códigos similares II*

Códigos	EMBED	CAMNV	CMBB	AFPMA
EMBED	-			
CAMNV		+ , -		
CMBB			-	
AFPMA				+

Nota: EMBED=Embarazo etapa difícil, CAMNV=Cambios en mi vida, CMBB=Complicaciones del bebé, AFPMA=Apoyo familiar y de pareja a la madre adolescente.

Tabla 46

*Dirección de códigos similares III*

Códigos	PDELEC	DECIMP	SOPARE	CUIPRO
PDELEC	+ , -			
DECIMP		+ , -		
SOPARE			+	
CUIPRO				+

Nota: PDELEC=Poder de elección, DECIMP=Decisión importante, SOPARE= Soporte de pareja, CUIPRO=Cuidado profesional.

En relación a las características sociodemográficas de las participantes, la muestra estuvo conformada por nueve madres adolescentes de entre 16 y 19 años de edad. Para su identificación se les asignó una clave para su protección de identidad como (MA= Madre adolescente) y un número comenzando con el uno MA1, MA2, MA3... sucesivamente hasta MA9. Todas las participantes residen en la Cd. de Chihuahua, en zonas de ingresos económicos bajos. En cuanto al número de hijos siete tienen un hijo y dos cuentan con dos hijos.

En el estado civil ocho están con una pareja sentimental y una no cuenta con pareja. De acuerdo a la escolaridad cuatro cuentan con carrera técnica incompleta, tres con preparatoria incompleta y dos se encuentra cursando el primer semestre de carrera

universitaria. En el uso de anticonceptivos ocho se encuentran utilizando anticonceptivos de larga duración y una utiliza anticonceptivo de corta duración. En cuanto a la ocupación actual cuatro están estudiando, dos trabajan como operadoras de maquiladora, una en intendencia y dos se encuentran como ama de casa. En relación a los factores que influyen en la conducta anticonceptiva propiamente en el uso de anticonceptivos, se identificaron tres categorías con sus respectivas subcategorías y códigos vivos.

### **Categorías**

#### **Categoría 1: Estar embarazada**

Se refiere a la etapa de gestación de la adolescente, la manifestación de ser madre o procrear un hijo, el cómo fue esa etapa en su vida. Estar embarazada incluye los motivos del embarazo como algo planeado o inesperado, un suceso traumático, un conflicto familiar y la maternidad vista como un evento positivo, desde lo mejor que les ha pasado.

##### ***Subcategoría 1: Motivos del embarazo.***

Motivo o impulso para cumplir un deseo de embarazo planeado, manifiesto de querer tener un hijo y ser madre y no desear el uso de anticonceptivos. En esta subcategoría las madres adolescentes refieren haberse embarazado en su relación por sentirse enamoradas, por querer un hijo y haber planeado su maternidad, por repetición de patrones conductuales como haber sido hija de madre adolescente o simplemente el deseo de cumplir el anhelo de su pareja. *“Yo me embaracé, creo que por curiosidad, por experimentar [...], pues se nos hizo fácil, en el primer embarazo estaba muy enamorada del muchacho, no pensé en cuidarnos ni usar ni un preservativo y ya nomás paso, la segunda vez, yo ya tenía otra pareja más estable y tuve a la niña, esta si la planeamos [...], por conocer cosas nuevas y pensar que estas enamorada, todo es miel, si, estas muy enamorada y no piensas en las consecuencias”* MA1, 19 años, 2 hijos, con pareja.

*“Es que en mi familia mi mamá también fue mamá joven, entonces la situación de que mi mamá me decía, ¿estas segura?, porque es muy difícil”* MA2, 18 años. 1 hijo,

con pareja. *“Pues por no cuidarme aunque conocía de métodos anticonceptivos como las pastillas o el condón, pues ¡no me cuide! y mire ya con un bebé, él fue mi primer novio y pues yo estaba enamorada de él y nunca pensé que me pasaría esto, seguimos juntos pero pues que ¡difícil!, MA3, 16 años, 1 hijo, con pareja. “Tuve relaciones y ya me embaracé, tenía tres años con mi novio y no pensaba en tener un bebé, pero ¡así paso! MA4, 19 años, 1 hijo, con pareja.*

*“Pues es que me junte y pues el que es mi esposo, quería un bebé y pues no lo sé, se le hace uno fácil, pues yo dije, si qué bonito un bebé, nunca se imagina uno todas las consecuencias, ay no piensa uno en nada, primero me junte y luego al mes salí embarazada, yo pensaba que ya era momento de embarazarnos” MA5. 19 años, 1 hijo, con pareja. “Estábamos juntos en la escuela fuimos novios y duramos un año y ya fue cuando tuvimos relaciones y ya ¡me embaracé! de mi primera vez y pues ¡ya me embaracé! [...] MA6, 19 años, 1 hijo, con pareja. “, ya lo estábamos planeando desde hace tiempo, pues ¡fue muy emocionante!, fuimos a comprar una prueba casera y pues me hice la prueba, cuando la vi que era positiva pues... quería llorar ¡fue muy emocionante!, MA7, 17 años, 1 hijo, con pareja.*

### ***Subcategoría 2: Algo inesperado.***

Situación imprevista o impensada de que un embarazo pudiera ocurrir en esa etapa de su vida, para bien o para mal, por el uso inadecuado de anticonceptivos o el no uso de ellos. En esta subcategoría las participantes relatan como el embarazo no lo tenían contemplado en sus vidas y los sentimientos que surgieron cuando se enteraron y que tuvieron que enfrentarlo con sus familiares más cercanos.

*“Nunca pensé que esto me iba a pasar, ¿cómo no me cuide? fue de repente y nombre, no lo esperaba, ¡hay dios mío! ¿Qué voy hacer?, yo ya tenía mi pareja más estable, nos veíamos con frecuencia y la pasábamos bien, como me junté con esa persona ¡pero no lo esperaba! a veces si usábamos condón, pero nunca pensé que nos pasaría, ¡no me lo esperaba! pues te gana la emoción de estar con esa persona [...]*

MA1, 19 años, 2 hijos, con pareja. *“cuando me entere, se me vino el mundo encima, yo le dije a mi novio, ¡no puede ser esto no lo esperaba!”* MA4, 19 años, 1 hijo, con pareja.

*“En esa relación quedé embarazada, mi vida cambio totalmente, ya que fue en pandemia, no podía salir de la casa, ver a mis amigas, hacer cosas normal, ¡no me lo esperaba! qué vergüenza con mis padres [...]”* MA7, 17 años, 1 hijo, con pareja. *“A pesar de que conocía los anticonceptivos, no sé qué paso, estábamos bien, no me había embarazado, ¡fue inesperado!, por supuesto no lo planeamos y que locura, fue como un balde de agua fría que nos cayó de repente en la cabeza ¡me quería volver loca! sobre todo para decirles a mis papas, ¡no sabía cómo! hay como no lo esperábamos pues así fue [...]”* MA9, 17 años, 1 hijo con pareja.

### ***Subcategoría 3: Un suceso traumático.***

Suceso impactante, doloroso e inesperado resultado de un embarazo y parto complicado que cursa la adolescente, incluye el periodo postparto y el cambio de vida personal e intrafamiliar. En esta subcategoría las participantes refieren lo difícil que fue el estar embarazadas, las situaciones que vivieron en esa etapa, con sus familias, personal de salud y parejas y donde exponen la realidad que vivieron.

*“Tuve una amenaza de aborto, por una infección en vías urinarias entonces me tuvieron que internar [...]”* MA2, 18 años. 1 hijo, con pareja. *“Pues mucho miedo, tenía miedo de lo que fuera a pasar [...], tenía mucho miedo [...], ya que no me sentía bien física y emocionalmente, me sentía con mucho miedo y no sabía que iba a pasar, que iba a hacer, dejé la escuela antes, siento mucha carga [...], estuve un poco mal en el embarazo, bueno más bien en el parto, se le bajaron los latidos a mi bebé y estuvo en observación”* MA3, 16 años, 1 hijo, con pareja. *“Pues me daba miedo, así porque ósea digo yo, pues ¿Cómo?, pues decía... Así ¡no se me vaya a ahogar o algo!”* MA4, 19 años, 1 hijo, con pareja.

*“Porque no podía estar en paz, pues fueron ¡muchas nauseas! y luego me resfrié y me fue mal, me la pasaba tumbada en la cama, me bajaron mucho las defensas [...],*

no podía bañarme sola y luego me pusieron yo creo mal la sonda y para pararme era mucho dolor, para ir al baño, no alcanzaba a llegar y se me salía la pipi, ¡hay No! ¡Fue muy feo! fueron unos días de martirio para mí ¡horrible!, porque pues yo no podía cuidarla, ni siquiera enderezarme de la cama ¡fue un proceso bien horrible para mí! Ya no me quedaron ganas de volver a embarazarme, por eso me cuido, a lo mejor fue por tan corta edad no sé, ¡fue bien horrible! [...] tengo miedo de quedar embarazada otra vez”, ¡Yo tenía muchísimo miedo! Me daba mucho miedo que me fueran a dormir completa y no despertar, hay no fue algo ¡bien feo! [...], tenía miedo de quedar embarazada otra vez, por eso me puse el implante [...], si me da miedo volver a embarazarme, mejor me cuido MA5. 19 años, 1 hijo, con pareja.

“Porque ¡no sabía que hacer!, ¡No sabía nada!, ¡me la pasaba muy mal [...] la verdad sentía como mucha obligación a lo mejor mucha culpa, sentía como que yo no lo podía disfrutar, sentía más como que paso y ni modo, pero... este porque, porque, por la forma en que lo tomaron en mi casa, por eso me sentía así [...] yo no lo quería tener, la verdad, ¡Un niño, yo no quiero! hablando con él me dijo nooo, dice, ¡si hay que tenerlo! y pos si no lo quieres tener, también corres un riesgo y pues ahí lo pensé y pues ¿Cómo tomar una decisión así? porque no sé cómo me siento [...], tuve muchos vómitos, muchas nauseas, este los primeros tres meses del embarazo pues no me atendí, porque fueron los meses en que mis familiares no lo sabían [...], porque pues además de mi vómito y de todas las cosas que ya tenía, pues yo no sabía que le podía afectar al bebé, o a ambos, que me podía afectar a mi [...], pues no sabía que me iban hacer y ya pues me pasaron así nomás y pues me la pasaba llorando, iban las enfermeras a tomarme los signos y ya me decían que todo iba a estar bien [...] MA6, 19 años, 1 hijo, con pareja.

“No se veía en la sonografía entonces pensaron que era un embarazo ectópico, hasta me iban hacer un legrado y ¡nombre! ¡Me puse muy triste!, ya no quiero que me ase eso, mejor me cuido MA8, 18 años, 1 hijo, con pareja.

Dentro del suceso traumático algunas participantes refieren maltrato del personal de salud hasta llegar a la violencia obstétrica, lo cual les generó incertidumbre, angustia y tristeza. *“En otras ocasiones pues si comentarios como, ¿y tú que estás haciendo aquí? ¡Qué mejor vete a la iglesia! [...], el doctor pues pasa en la mañana haciendo rondas a visitar a los pacientes, entonces llego y me acuerdo que estaba mi abuelita conmigo en el cuarto, entonces le dijo, ¿!que hace esta niña aquí señora? mejor ¡llévesela a la iglesia!, y pues muchas veces ellos no saben por qué, ósea, el motivo del embarazo, ósea que tal que fue una violación o ¿por qué hacen ese tipo de comentarios?, pues yo creo que no van, porque nunca sabes la situación y además como profesionales de salud [...], yo digo que es más cuando se presenta el tabú de cuándo va una adolescente embarazada ya con la pancita y todo eso, se presta mucho para dar comentarios que ya cuando una adolescente nomas va por métodos anticonceptivos”* MA2, 18 años. 1 hijo, con pareja.

*“Me toco una ginecóloga, muy este, déspota ¡muy fea! Como yo subí mucho de peso en el embarazo, me trataba muy mal la ginecóloga, fue muy grosera, cuando fue el momento del nacimiento de mi bebé, ese día tenía consulta prenatal y pos... después de que me metió un regañadon la ginecóloga y me dijo que no, que todavía me faltaba [...], tenía una semana con presión alta, me la había estado tomando y traía la presión muy alta y me regrese con ella y me dijo que no, que yo iba a tener a la bebé cuando se me llenaran las ¡patas de sangre! ¡Bien grosera!”* MA5. 19 años, 1 hijo, con pareja. *“pero cuando me alivie fui a uno público y ahí fueron muy fríos y secos y ahí no supe de la bebé hasta que me pasaron al cuarto”* MA6, 19 años, 1 hijo, con pareja.

#### ***Subcategoría 4: Un conflicto familiar.***

Se define como aquellos problemas que causan desequilibrio en la familia, suelen implicar cambios y adaptación en las dinámicas familiares, resultado de un embarazo temprano de algún integrante, estos conflictos pudieran influir en el uso o no uso de anticonceptivos en las madres adolescentes.

Las participantes refieren su experiencia con sus familias en el curso del embarazo, comentan las reacciones de sus padres generalmente de enojo y desacuerdo.

*“Con mi mamá si tuve problemas como no se me notaba en los primeros meses [...], nunca engorde, te haces a la idea y como que no engordaba no le dije a mi mamá, si se enojaron, me pidieron que usara condón [...].”* MA1, 19 años, 2 hijos, con pareja.

*“Mis papas se molestaron conmigo cuando supieron, mi novio y yo les dijimos y lo tomaron mal, pues ellos se enojaron por que no querían esto para mí, por estar muy chica [...], ellos se enojaron pero... ni modo, tenía que decirles y pues aquí estamos [...], si mis papas, no me correrían de la casa o simplemente el regaño de ellos conmigo [...], mis papas estaban muy serios con nosotros [...], pues mis papas estaban serios conmigo y yo lloraba porque no los sentía como antes”* MA3, 16 años, 1 hijo, con pareja.

*“Mi hermana se adelantó y le dijo a mi mamá y ella se enojó porque no se le dijimos nosotros y ella se enojó y más porque el que era mi novio no fue y mamá lo tomo mal [...], cuando él fue con mi mamá, pues ella le dijo que no, que no quería que estuviéramos juntos, que me cuidara con algo [...], él le pedía la oportunidad de hacerse responsable y mi mamá no quiso y así termine con él [...], mi mamá se sintió conmigo pues, porque no le decía las cosas, que ¿por qué no le había dicho?, que se sentía decepcionada de mí, que no me quería embarazada otra vez y que me cuidara con algo después del bebé”* MA6, 19 años, 1 hijo, con pareja.

*“Mi mamá después, al principio si estaba como seria, pero después se le paso, me dijo pues que todavía estaba muy chica, pero pues ya lo asimilo bien, ya se le paso”* MA7, 17 años, 1 hijo, con pareja.

*“Mi mamá me corrió de la casa, siempre me corría de la casa, desde chiquita, desde los 12 años me estaba corriendo y ya empecé de ahí de casa en casa y pos esa vez me toco que me corrió de la casa y pues yo no tenía a donde irme y pos él me dijo pues vamos a juntarnos y pues yo dije bueno, para no andar en la calle batallando [...],llego*

*el hermano de mi esposo con su niño y el niño llevo con un cuchillo y me dijo ¿te voy a matar a tu bebé!, en la pansa [...], no necesita uno golpes para sentir muy feo, solo con las palabras, el estar joven no conoce uno a las personas, nunca me golpeó pero su actitud, yo sentía muy feo con las puras palabras, me decía gorda y eso pues me hacía sentir muy mal, ya no quiero pasar por eso. MA5. 19 años, 1 hijo, con pareja. “Esa es una historia muy triste, yo me fui a las vegas allá a Estados Unidos entonces me fui en noviembre para aliviarme allá, pues porque yo había visto que los partos son más respetados allá, entonces me fui a casa de mi tío y sentía que la señora no me quiera, me trataba mal, me hacía cosas como... bueno me trataba mal” MA8, 18 años, 1 hijo, con pareja.*

***Subcategoría 5: Lo mejor que me ha pasado.***

Se define como la experiencia del embarazo como algo positivo en sus vidas, que ha transformado la manera de cumplir sus ideales maternos, que postergó el uso de anticonceptivos. En esta subcategoría las madres adolescentes refieren de la ilusión de tener un hijo en pareja

*“pues nos dejamos de cuidar, dejé de tomarme las pastillas, después pues me enteré que estaba embarazada y compramos sus cositas de bebé y pos fue muy bonito [...], pero con la segunda fue diferente, yo la esperaba con ilusión, y pos con mi pareja a un lado” MA1, 19 años, 2 hijos, con pareja. “pues yo dije, si qué bonito un bebé, [...], o que me emocionaba mucho era comprarle ropita y todo, zapatos y ropita ya cuando me la enseñaron, me decía ¿eso es mío?” MA5. 19 años, 1 hijo, con pareja. “Tener ya una persona a tu cuidado, de todo a todo, día noche que si se te enferme, que si se te cae todo, todo, también es muy bonito, porque tienes a alguien contigo y aprendes muchas cosas, también te sacan muchas sonrisas, pero también es muy difícil, pues porque tienes que estar al pendiente, toda la noche las desveladas, enseñarle hablar al baño, y todo eso” MA6, 19 años, 1 hijo, con pareja. “Ya lo estábamos planeando desde hace tiempo, pues ¡fue muy emocionante! deje de cuidarme y pego el chicle” MA7, 17 años,*

1 hijo, con pareja. *“Pues no sé, yo siempre tuve como que esa ilusión a lo mejor ahorita no lo tenía planeado, ni era el momento, pero a pesar de eso yo estaba dispuesta a recibirla con los brazos abiertos”* MA8, 18 años, 1 hijo, con pareja. *“Me cambio la vida cuando supe que estaba embarazada, al principio no lo podía creer, pero fue como un chorro de felicidad, lo mejor que me ha pasado”* MA9, 17 años, 1 hijo con pareja.

### **Categoría 2: Ser mamá**

Las participantes exponen sus experiencias en la maternidad, los significados de su rol materno en el cuidado de sus hijos, desde lo difícil de hacerse cargo de un bebé, el cambio que género en sus vidas, el arrepentimiento que sienten algunas al no haber utilizado algún anticonceptivo, su ideal de un segundo embarazo y la seguridad que da la solvencia económica al ser apoyada por sus parejas, padres de sus hijos o de su familia.

#### ***Subcategoría 1: Una etapa difícil***

Se define como la experiencia difícil ante las dificultades que transita una adolescente en el periodo perinatal, relacionado a los cambios físicos y psicológicos de pasar de niña a mamá, donde la elección de un anticonceptivo pudiera verse influenciado por las experiencias negativas en la maternidad. Las madres adolescentes comparten su experiencia sobre lo complicado que es ser mamá en edades tempranas, por un lado, la recuperación en el posparto y seguido de lo que implica el cuidado de un bebé, la importancia de sentirse apoyadas para continuar con el rol materno y la superación de esta etapa.

*“Ha sido muy difícil el ser madre [...], él es mayor que yo dos años, entonces pues el entró al a universidad y empezó una carrera, pero se nos dificultaba mucho con la tareas en las noches y con las desveladas, entonces acordamos pues que yo primero estudiaba yo y luego estudiaba él, le dije pues yo primero y luego ya tú, él y yo nos llevamos muy bien, ha si, si discutimos en veces y todo, pero pues casi no, nos llevamos muy bien”* MA2, 18 años. 1 hijo, con pareja. *“Ha sido muy difícil para mí [...], la maternidad ha sido ¡muy difícil! El niño llora mucho y desde el embarazo fue difícil,*

*pues porque me sentía muy mal, no quería esto para mí, y ver como cambio mi cuerpo y me sentía triste ¡muy triste! [...], para mí ha sido ¡muy difícil ser mamá! y no quiero pasar por lo mismo, a parte es mucha responsabilidad tener un hijo, mejor me cuido”*

MA3, 16 años, 1 hijo, con pareja.

*“¡Fue complicado!, porque sufrí de diabetes gestacional, si Diabetes, entonces mi embarazo fue de alto riesgo y pues me tenían a dieta y todo eso, pues si fue como ¡qué difícil!, desde el principio identificaron que tenía diabetes bueno a los tres meses que fui al doctor [...], muy bonita pero a la vez muy difícil [...], como fue cesárea nomas me lo enseñaron así y ya, pero si desde que nació me hice cargo de él y todo eso, ¡pues bien, difícil![...], pues cuando están recién chiquititos, cuando están recién nacidos, lloraba mucho y luego como estaba abrazado, pues solo se callaba si lo tenía en los brazos[...], aprendes a ser mamá, no sé, se me fue dando, No sé, se me fue dando, si conforme se van dando las cosas, tu ibas resolviendo las cosas, a estos tres años que tienen mi bebé ha sido padre, pero a la vez ¡difícil!”* MA4, 19 años, 1 hijo, con pareja.

*“Pero con mucho dolor de la cesárea, fue un dolor que nunca había sentido, ¡fue horrible!, no me podía ni bañar yo sola y luego no, no, no, ¡fue algo bien espantoso! [...], porque pues yo no podía cuidarla, ni siquiera enderezarme de la cama ¡fue un proceso bien horrible para mí! ya no me quedaron ganas de volver a embarazarme, a lo mejor fue por tan corta edad no sé, ¡fue bien horrible! [...], fueron transcurrieron los meses y cada vez me arrepentía más”* MA5. 19 años, 1 hijo, con pareja. *“Pues fue muy difícil, ¡fue muy difícil! [...], pues fue difícil pues porque yo sentía como que no me había de sentir muy orgullosa y pensaba ¿Cómo no me cuide?, ahora me cuido aunque no veo casi a mi novio [...], tener ya una persona a tu cuidado, de todo a todo, día noche que si se te enferme, que si se te cae todo, todo, también es muy bonito, porque tienes a alguien contigo y aprendes muchas cosas, también te sacan muchas sonrisas, pero también es muy difícil, pues porque tienes que estar al pendiente, toda la noche las*

*desveladas, enseñarle hablar, al baño y todo eso, que horror pero bueno todo pasa[...], cuando todo eso paso me sentía sola, no me sentía feliz, nadie me entendía, nadie me dijo que podía ser feliz” MA6, 19 años, 1 hijo, con pareja.*

***Subcategoría 2: Cambios en mi vida***

Se define como la transformación de la vida de las adolescentes abrupto de niña a mamá, como abandono de actividades que normalmente realizaba, que pudiera favorecer o no en el uso de anticonceptivos. Aquí las madres adolescentes refieren los cambios drásticos que vivieron por causa de la maternidad, como la separación del padre de su hijo, el alejamiento de las amistades, las nuevas responsabilidades ante el cuidado de un hijo.

*“Este pues ahorita yo estaba empezando en la UACH (Universidad Autónoma de Chihuahua) estaba en segundo semestre y la tuve que dejar” MA2, 18 años. 1 hijo, con pareja. “Ya que no me sentía bien física y emocionalmente, me sentía con mucho miedo y no sabía que iba a pasar, que iba a hacer, dejé la escuela antes, siento mucha carga [...], estar al pendiente de pues todo, como no voy a la escuela solo estoy en casa pues que difícil [...], yo quiero salir y pasear y pues terminar la escuela, extraño a mis amigas [...], si mis papas no me correrían de la casa o simplemente el regaño de ellos conmigo y luego pues dejar la escuela me puso triste y no saber qué pasaría me daba mucho miedo, ahora me cuido más y uso dos métodos anticonceptivos ” MA3, 16 años, 1 hijo, con pareja.*

*“No pues es que si como es difícil, como no duermes y todo eso, pues dices hay no ¡ya no quiero!, él bebé se despertaba muy seguido y luego estaba embracilado, dicen que los bebes son más llorones, ¡sí!” MA4, 19 años, 1 hijo, con pareja. “Todos los días me tenía que levantar a hacerle de comida a la bebé y a mi esposo, y pos, no sabía hacer nada, no sabía ni hacer comida, tenía que hacer comida, tuve que aprender a hacer comida y todo, galletas horribles, pero va uno aprendiendo, también para cambiar de pañal, se me hacía tan frágil y chiquita y casi no tenía amigos, el día de mi*

*shower no fue nadie” MA5, 19 años, 1 hijo, con pareja.*

*“El embarazo nos ayudó a unirnos porque éramos muy distanciados, esto me cambio la vida porque a mí me valía todo y pues ya ahorita ya no me puede valer es bonito por que aprendes, que si quiere comer pues le das y hacer bonita la cosa [...], apenas me ajusto para la escuela y estar con la bebé no, no, no, tendría que trabajar ¡imagínese vivo con mi mamá! ¡Tendría que trabajar!, mi hermana me orienta y me dice que tengo que usar otro método anticonceptivo a parte del condón, para no volverme a embarazar” MA6, 19 años, 1 hijo, con pareja. “Mi vida cambio totalmente [...], yo esperaba que él estuviera conmigo, de repente me demuestra interés pero cuando esta con ella y empieza a llorar él me la regresa, como que no le gusta tanto convivir, la quiere ver dormida todo el día, sus papas no son de aquí y me la ha pedido, nada que como está muy chiquita, no se le presto, le he dicho si una hora nomas porque le estoy dando pecho” MA8, 18 años, 1 hijo, con pareja.*

### ***Subcategoría 3: Complicaciones del bebé.***

Se define como el momento de pasar de un buen estado de salud a un estado de enfermedad que requiere atención médica inmediata, en el caso de las madres adolescentes y/o de los recién nacidos, esta situación puede favorecer o no al uso de anticonceptivos. Las madres expresan su sentir en el caso de que sus hijos pasaron por complicaciones médicas, también refieren sus principales temores en esta situación y como lo fueron superando.

*“Y yo me preocupe mucho, ¡pensé que se iba a morir! Decía pero y si se muere, ya no lo voy a ver, no le podre cambiar pañales ni verlo crecer, estaba muy, muy pero muy angustiada” MA3, 16 años, 1 hijo, con pareja. “Cuando mi bebé se enfermó tuve que decidir que hacíamos para que estuviera mejor, se me enfermo de bilirrubina y me preocupaba mucho que estuviera malito, duro 5 días internado, duro en terapia intermedia [...], es que la sangre de él y la mía chocaron, esos exámenes no me los hicieron cuando estaba embarazada, solo pruebas para la diabetes y lo que más me*

*preocupaba era que él estuviera bien, como también tiene un soplo en el corazón, yo me cuidaba en el embarazo pero el salió con un soplo, pero yo digo que por mi edad, me dijeron que si se le ponía la boca morada, lo llevara a urgencias. Me dejaban darle pecho cada tres horas y con cesárea pues fue difícil, gracias a dios no tuve muchas molestias de la cesárea, lo último que pensaba era que anticonceptivo usar” MA4, 19 años, 1 hijo, con pareja.*

*“Le digo que no lo piensa uno y luego se me enfermo mi bebé, no hallaban que tenía, se enfermó bien feo de reflujo, la internaban y le hicieron estudios bien fuertes porque pensaban que traía leche en los pulmones, pues mucho ¡sufrió mucho! ¡No sabes nada! y luego yo en el hospital que no sabes que hacer, uno está muy muy inexperto en esos momentos, haga de cuenta que ¡era una niña cuidando otra niña!, si duro la niña como dos años bien malita, a ella siempre se le escuchaba que le roncaba el pecho, la nebulizaba, y luego era estando nebulizando yo en mi casa con el aerochamber, los aerosoles todo y luego se embaraza uno y no piensa en el futuro, todos los riesgos que puedes correr” MA5. 19 años, 1 hijo, con pareja.*

#### ***Subcategoría 4: Apoyo a la madre adolescente.***

Se define como el soporte que favorece el desarrollo de la madre adolescente para el cuidado de ella y su hijo, comparten la percepción de sentirse seguras y amadas, por sus padres, familiares o pareja y este soporte puede ser emocional o económico, que favorece positivamente al uso de anticonceptivos.

*“Entonces me dijo apenas acabas de entrar, pero aquí estamos para apoyarte en lo que decidas [...], han sido un apoyo muy grande, porque ellos son los que me han cuidado, con mi bebé pues para continuar con las clases, cuando era presencial la escuela pues dejaba a mi bebé en casa, me la cuidaban y pues yo iba a la escuela normal y pues para estudiar y así también, siempre me han apoyado mucho, yo digo eso es algo que me sirvió mucho pues para continuar con la escuela para poder terminar, ósea que me cuidaran a mi bebé y también para elegir un método para cuidarme[...], he*

*recibido mucho apoyo de mis papas y de mis suegros también [...], apoyo, bueno con que me cuiden a mi bebé con eso es de gran ayuda, bueno hasta a veces me dicen mis suegros, más bien mi suegra [...], Si estoy viviendo con ellos, por lo mismo para que yo terminara la escuela pues decidimos venirnos aquí, me siento segura y como quiero terminar la escuela, no me quiero embarazar por lo pronto, así que me cuido” MA2, 18 años. 1 hijo, con pareja.*

*“Pues el ahorita está trabajando mucho y es él que nos mantiene, pero platicamos y el tiempo que convivimos estamos bien, sigo queriéndolo mucho y está muy contento con él bebé[...],quiero terminar la prepa y si dios lo permite seguir estudiando a lo mejor una carrera, no se haber que pasa, me gustaría estudiar administración, me gusta, en la prepa vi algo de eso y me gusto, a ver qué pasa, lo hemos platicado con mi novio y estamos de acuerdo, como también platicamos mucho sobre cómo nos conviene cuidarnos para no embarazarme de nuevo, por lo pronto ” MA3, 16 años, 1 hijo, con pareja.*

*“Nadie te dice que te va a doler la chichi, y luego al mismo tiempo él bebé lloraba de hambre pues, ¡estaba desesperada pues! hasta que mi mamá le dio tetera me ayudo un poco [...], ¡fue muy difícil!, me llevaba muy bien con mis suegros, de hecho ellos me ayudan mucho con él bebé, cuando estoy con él me da motivos para seguir, sobre todo cuando llego muy cansada del trabajo. Cuando me voy al trabajo dejo a mi bebé con mi mamá, ella me lo cuida, como trabajo en maquila TRW [...], Pues me siento más confiada, porque lo metí en la guardería del seguro, y después a una de paga pero a mi mamá no le gustaba, porque regañaban mucho a mi bebé, es muy vago, pero bueno me siento bien que mi mamá me lo cuide” MA4, 19 años, 1 hijo, con pareja.*

*“La que tuve más apoyo fue de mi mamá, me cuidaba a la niña y eso, pero pues nomas en ese momento” MA5. 19 años, 1 hijo, con pareja. “Mi papá no vivía aquí vive fuera y me dijo que le echara muchas ganas que él me iba a apoyar y mi hermano mayor también que me apoyaría y lo han ido tomando bien [...], a veces nos apoyamos*

*entre mi hermana y mi mamá, tenemos buena relación [...], tengo interés de seguir estudiando, porque pues necesito mantenerme, y mi mamá me ayuda económicamente”*

MA6, 19 años, 1 hijo, con pareja. *“Le dijimos a mi suegra primero y ella se puso muy contenta, mi mamá siempre me ha apoyado y pues, mi mamá siempre me lo recomendó, ella me lo decía cuando estaba más chica, que ese era el mejor, ella nunca tuvo problemas con el DIU [...], Mi novio y mi mamá, ellos siempre han visto por mí y pues mi novio, él es el que nos mantiene y nos cuida.”* MA7, 17 años, 1 hijo, con pareja.

*“Me preguntaron que si quería inducir el parto, pues mi familia se fue para allá para estar en el parto y me preguntaron que si la quería inducir antes [...], pues mi relación con mi familia siempre ha sido muy buena, siempre hemos sido todos muy unidos y cómo tomaron la noticia del embarazo, pues es que mi papá es enfermero y en Mayo me sentía muy mal los cólicos, me daban muy fuerte y ese día me dijo que tenía cita con el ginecólogo[...],pero mi mamá no se enojó ni nada, que ellos me apoyaban en todo, pero que todo iba a ser más difícil, la escuela y todo lo demás”* MA8, 18 años, 1 hijo, con pareja.

### ***Categoría 3: Como me voy a cuidar.***

En esta categoría abarca las experiencias de las madres adolescentes en el uso de anticonceptivos, como la imposición por el personal de salud o de los propios familiares, el poder de la elección, la decisión que toman en el uso de anticonceptivos, soporte de la pareja y el cuidador profesional.

#### ***Subcategoría 1: Imposición de anticonceptivos.***

Se define como coartar el derecho reproductivo de una mujer a la libre elección informada sobre la elección de algún método anticonceptivo que le permita planear su vida sexual y reproductiva. En esta subcategoría las madres adolescentes expresan su experiencia en el sistema de salud, de la oferta de anticonceptivos, de una manera impositiva o arbitrada, sin libertad de elección, cuando se tiene el poder de elección, siendo una decisión importante que se debe de tomar de manera informada y amigable.

*“Ni siquiera me preguntaron, así nomás me lo impusieron, yo me entere hasta que fui a la consulta”* MA5, 19 años, 1 hijo, con pareja. *“Nos preguntan ¿qué método anticonceptivo vas a usar?, ¿qué método queremos usar? [...] que pueden solo ofrecernos los que tienen, porque no hay en almacén[...] cuando nació mi niño, me dijeron que me tenían que poner el DIU, para que no fuera a regresar el próximo año* MA6, 19 años, 1 hijo, con pareja. *“Pues yo les dije que no quería ningún método, pero ellos me dijeron que no podía salir del hospital si no me ponía uno [...], yo quería los condones, pero me dijeron en el centro de salud que había el implante y que ese era mejor para mí, yo no lo quería pero me sentí obligada a ponérmelo”* MA7, 17 años, 1 hijo, con pareja.

### ***Subcategoría 2: Poder de elección***

Se define como la libertad de elegir sin represión o coerción, manifestado por el control en la toma de decisiones en su vida. Las informantes comentan que sienten poder de elección cuando desean un anticonceptivo y tienen la libertad de elegir de una manera amigable e informada.

*“yo tengo el poder, tener poder, lo que yo quiera y decida en mi vida, en el uso de anticonceptivos y en el cuidado de mi bebé”* MA3, 16 años, 1 hijo, con pareja. *“Pues la pienso y ya, a veces mi mamá me ayuda, pero generalmente yo las tomo, y con mi esposo pues como estamos separados pues yo las tomo y así, así es, tomo y me pongo lo que quiero”* MA4, 19 años, 1 hijo, con pareja. *“Yo sola he tomado la decisión de ponerme el implante, un día vine aquí al centro de salud pregunte y si lo tenían, ya solo me dieron una cita para venir y me lo puse [...], Pues yo, la tomo y ya, depende, si lo tengo que hablar con mi novio pues lo hacemos, sino pues yo las tomo y ya”* MA7, 17 años, 1 hijo, con pareja. *“Mis decisiones las tomaré en un sentido, mis decisiones ahora son alrededor de mi bebé, quiero terminar la escuela y ofrecerle un futuro mejor”* MA8, 18 años, 1 hijo, con pareja.

***Subcategoría 3: Decisiones importantes.***

Se define como voluntad con la que se resuelve un problema, ante las diferentes alternativas en la vida, como el tener un hijo, el uso de anticonceptivos o estar con una pareja sentimental. En esta subcategoría las adolescentes expresan la determinación en la toma de decisiones importantes en sus vidas, de sus familias y de sus hijos.

*“Las decisiones que yo he tomado han sido con los cuidados de mi bebé, mi mamá me dice una cosa pero yo a veces hago otra, ¿porque no me parece! [...], no platicamos que método usar, yo fui a la consulta de mi niño y ahí aproveche para ponerme el implante, ya nos habían dicho en el hospital sobre los anticonceptivos y estuvimos de acuerdo cuidarnos, él y yo ya platicamos que por lo pronto solo este bebé es más que suficiente, ¡sí! más adelante veremos”* MA3, 16 años, 1 hijo, con pareja.

*“Pues la pienso y ya, a veces mi mamá me ayuda, pero generalmente yo las tomo, y con mi esposo pues, como estamos separados pues yo las tomo y así, así es [...] cuando mi bebé se enfermó tuve que decidir que hacíamos para que estuviera mejor, se me enfermó de bilirrubina y me preocupaba mucho que estuviera malito, duro 5 días internado, duro en terapia intermedia”* MA4, 19 años, 1 hijo, con pareja.

*“Quiero tener mi casa propia, y quiero ver si puedo estudiar algo, la prepa o bachilleres abierto [...], generalmente yo decido que anticonceptivo usar, por lo pronto me puse el DIU, aunque mi esposo está internado en una clínica de rehabilitación, no quiero otro embarazo”* MA5. 19 años, 1 hijo, con pareja. *“Pues yo, la tomo y ya, depende, si lo tengo que hablar con mi novio pues lo hacemos, sino pues yo las tomo y ya [...] siempre he tomado mis decisiones aunque a veces mi novio no esté de acuerdo, yo lo hago y ya”* MA7, 17 años, 1 hijo, con pareja.

***Subcategoría 4: Soporte de la pareja.***

Se define cuando la pareja sentimental otorga el soporte emocional y financiero a la madre adolescente, para la toma de decisiones, liberar la carga emocional por la maternidad y seguridad en la elección de anticonceptivos. Las madres adolescentes

experimentan el acompañamiento de su pareja y se sienten seguras si están con ellos.

*“Si me ha apoyado me ha ido muy bien no me quejo, le decía que acordamos, bueno al principio empezamos a estudiar los dos”* MA2, 18 años. 1 hijo, con pareja.

*“Pues mi novio, es el que le platicaba que sentía y el me daba su apoyo, fue el por qué estaba enamorada de él. La pasamos mal, pero juntos [...], Bien. Pues casi no lo pude ver cuando nació mi bebé, porque no lo dejaron entrar, pero estábamos contentos y preocupados a la vez, no sabíamos que íbamos hacer en ese momento y yo quería que me apoyara pero no se pudo [...], pues el ahorita está trabajando mucho y es el que nos mantiene, pero platicamos y el tiempo que convivimos estamos bien, sigo queriéndolo mucho y está muy contento con él bebé [...], a veces platicamos mi novio y yo y llegados a un acuerdo, sobre todo con que vamos a usar para no embarazarnos [...], él está trabajando y eso creo que ha demostrado que tiene interés de cuidarme y al bebé también, me ayuda con él bebé cuando él llega del trabajo, me ayuda a bañar al bebé y así descansa y pasa tiempo con él y también me cuida para no embarazarme”* MA3, 16 años, 1 hijo, con pareja.

*“Cuando platico con mi novio, si hablamos de métodos anticonceptivos, empecé hace poquito a usar las pastillas, pero si hemos pensado, para las pastillas si soy muy olvidadiza y realmente no quiero, ni planeo embarazarme”* MA6, 19 años, 1 hijo, con pareja. *“Como por ejemplo yo quiero seguir estudiando para tener una vida mejor, siempre platicamos mucho entre los dos, tenemos una muy buena relación, queremos una vida mejor para los tres, por eso el anda en Juárez trabajando”* MA7, 17 años, 1 hijo, con pareja. *“Estaba mi esposo y estaba mi mamá, mi mamá duro aquí unos días y me ayudaba a alzar y lavar y mi esposo, pues todo ese proceso estuvo bien conmigo, cuidaba a la bebé y todo”* MA5. 19 años, 1 hijo, con pareja.

#### ***Subcategoría 5: Cuidado profesional.***

Se define como práctica integradora del personal de salud, cuya finalidad es fortalecer y/o aliviar alteraciones de salud, preocuparse por la otra persona, cuya

intervención favorece a la toma de decisiones en la persona de cuidado, como puede ser en las madres adolescentes el uso de anticonceptivos. En esta subcategoría las madres adolescentes refieren de un cuidado profesional por el personal de salud, su experiencia de manera positiva y como ellos han influido para su pronta recuperación o guía para la elección de un método anticonceptivo.

*“La verdad pues en algunas ocasiones un personal de la salud muy profesional [...], nosotros no debemos de hacer algún tipo de comentario que incomode al paciente, nosotros nada más estamos ahí para ayudar y para hacer nuestro trabajo [...], me han tratado bien voy a la clínica San Felipe”* MA2, 18 años, 1 hijo, con pareja. *“Ellos me apoyaron, cuando nació mi bebé me cuidaron muy bien y en las clínicas siempre me trataron bien, me hicieron sentir apoyada [...], les dije que quería cuidarme y ellos me recomendaron el implante, me lo pusieron en la clínica”* MA3, 16 años, 1 hijo, con pareja. *“me comentaron que ese método anticonceptivo, podía subir de peso, ¡hasta 20 kilos!, o podía bajar, nomás y que te reglaba y que no, pero no sé, me recomendaron ese, pues por mi edad, supuestamente el Dr. pero muchas veces otros doctores me han dicho que no porque ese se pone de los 30 en adelante”* MA4, 19 años, 1 hijo, con pareja.

### **Síntesis de resultados cualitativos**

De acuerdo al discurso de las participantes, los hallazgos muestran que existen algunos factores que influyen en la presencia del embarazo adolescente de primera vez o subsecuente, resultado del uso inadecuado o la ausencia de anticonceptivos. Los motivos para su embarazo fueron algunos factores que se conjugan como el enamoramiento, el no pensar en nada y el no uso de un método anticonceptivo o uso inadecuado de anticonceptivos, así como el desconocimiento.

El embarazo lo refieren como algo inesperado, sorpresivo que cambio sus vidas, ya que no pensaron que por no usar anticonceptivos les fuera a pasar. Una situación que pudiera favorecer o no el uso de anticonceptivos, fue que las madres adolescentes

refieren su embarazo como un suceso traumático, donde sufrieron física y emocionalmente, ya que sus embarazos los cursaron con complicaciones, algunas pasaron por violencia obstétrica por el personal de salud y en sus relatos refieren, que no quieren volver a pasar por lo mismo y que ahora algunas se cuidan y utilizan algún anticonceptivo. Otras sufrieron el abandono por parte de sus parejas y al no tener una pareja estable dejaban la anticoncepción.

En contraste hay testimonios de madres adolescentes que refieren el embarazo, como lo mejor que les ha pasado, este evento lo visualizaron como algo positivo en sus vidas, que les dio un sentido emocional, donde planearon sus embarazos consientes del no uso de anticonceptivos para lograr su maternidad. El embarazo en algunas adolescentes fue totalmente planeado y deseado en conjunto con su pareja, llama la atención que algunas refieren que ya era hora de tener un hijo, ideación por parte de ellas o de sus parejas sentimentales, por haber cursado en una relación aparentemente formal de dos a tres años y que algunas refieren que sus parejas son mayores que ellas de tres a cinco años, señalando que es lo mejor que les ha pasado, el embarazo les trajo felicidad y estabilidad en sus relaciones.

Por otro lado, algunas participantes refieren que el ser mamá, es una etapa difícil de superar en ese momento, ya que cursaron con miedos e incertidumbres de la maternidad. El cuidado del nuevo integrante de la familia también genera estragos en su dinámica familiar, el llanto de un bebé cada tres horas o el desconocimiento de los cuidados lo vuelven complicado de superar. Después de haber parido algunas madres adolescentes refieren que sí usaron y que conocen algunos anticonceptivos, pero que no se les advirtió de los efectos colaterales ni del manejo de estos efectos. Esto ocasionó en algunas adolescentes el uso no sostenido de anticonceptivos y para minorar estos efectos deciden cambiar el método, lo que para algunas generaron cambios hormonales y a consecuencia quedaron embarazadas.

Los cambios en la vida de las adolescentes relacionadas a la maternidad, fueron variados, para algunas ser madre implicó un cambio drástico en sus dinámicas personales de pareja y familiares, cursando con temor constante de la incertidumbre sobre su futuro y el de su bebé, que en algunas inclusive contemplaron el realizarse un aborto, el miedo las sucumbe, incrementan el estrés y la no vigilancia médica, poniendo en riesgo su salud y la de sus hijos, lo que ocasiono en alguna madres poner en segundo plano la decisión de continuar con algún anticonceptivo inmediato después del parto.

Las complicaciones del bebé, son un factor que interviene en el uso de anticonceptivos, ya que su prioridad es la recuperación de la salud de su hijo, su atención se centra en todo lo que acontece a su hijo, algunas madres refirieron haber pasado tiempos prolongados de hospitalización alrededor de tres a seis meses, lo que para ellas la anticoncepción no era una prioridad y lo dejaron en segundo término. En su rol materno surge la necesidad de tomar decisiones importantes, que podían impactar en la vida de sus hijos, aceleran el curso de la maternidad e incrementan el estrés, restando importancia en la utilización de algún anticonceptivo

También el apoyo percibido a las madres adolescentes por su familia, es de suma importancia para su seguridad y bienestar. En sus relatos refieren que en algunas ocasiones tiende a tener un factor positivo, cuando la familia acoge a la madre adolescente, a la pareja si es que continúa con su relación y al bebé, por lo tanto, se convierte en una influencia para el uso de anticonceptivos. Sin embargo, también se identificó abandono familiar o violencia, ya que perciben el embarazo como no natural a su edad, las recriminaciones hacia ellas incrementan sentimientos de culpa y arrepentimiento a la vez.

En algunas familias la violencia es un recurso para reprimir la conducta de la adolescente, tratando de que el castigo probablemente le ayude a reflexionar o solo descargar la culpa de sus actos más por lo que implica la crianza de un hijo a su corta edad y las madres adolescentes se sienten obligadas en utilizar algún anticonceptivo

inclusive cuando no cuentan con una pareja sentimental.

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, las madres adolescentes refieren que en algunos casos les fueron impuestos los anticonceptivos que ellas no deseaban, pero en un interés de asegurar la anticoncepción en la asistencia médica, no fueron respetados sus derechos sexuales y reproductivos. La oferta de anticonceptivos en las clínicas de salud está condicionada al abasto del recurso por parte de las autoridades, ósea que la adolescente al solicitar un método que idealizaba terminaba con otro por no haber en existencia y esta situación imposibilita a la madre adolescente en el éxito en el uso de anticonceptivos, al idear cambiarlo en cuanto exista en su centro de salud el método deseado.

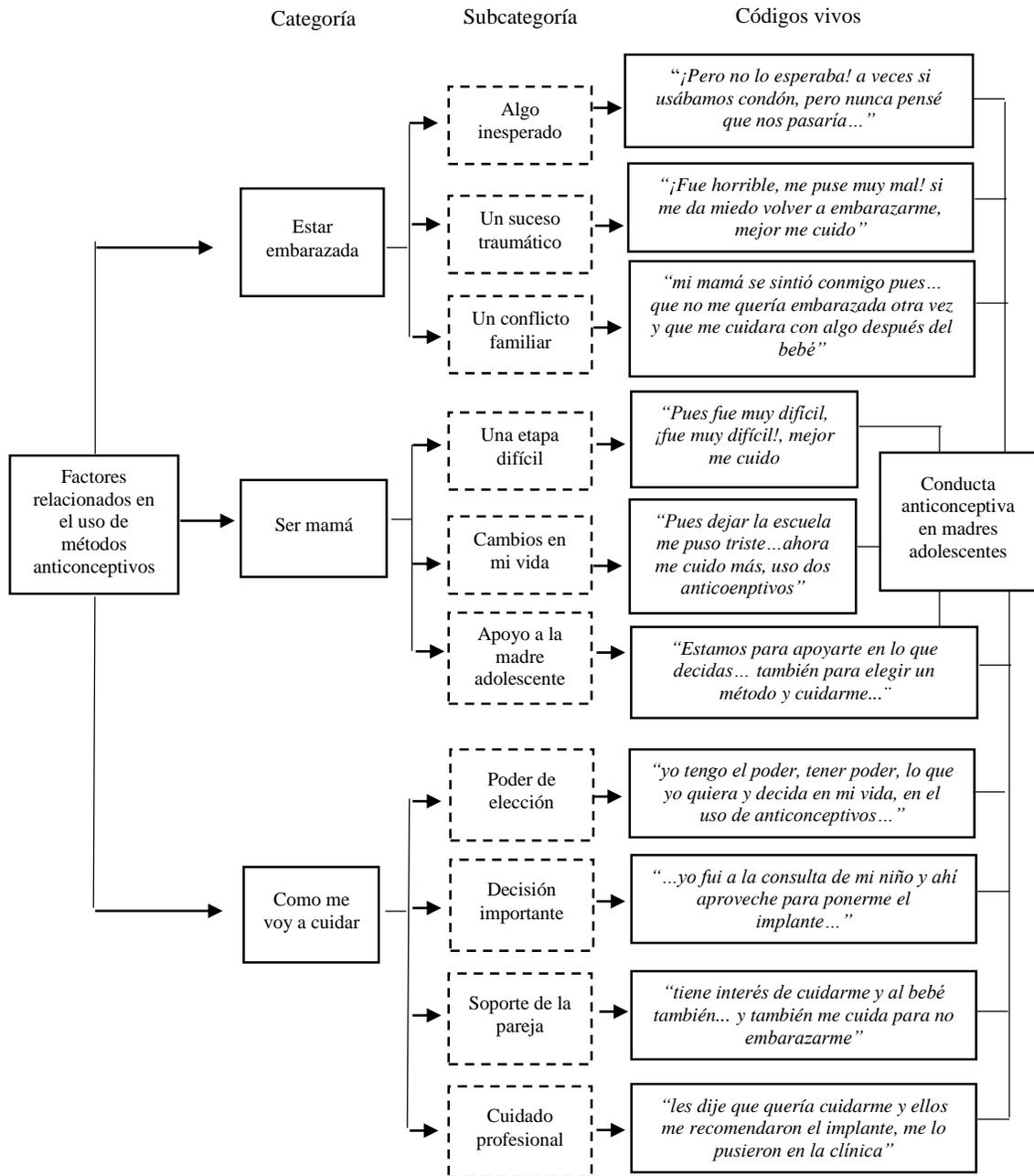
En cuanto al poder de decisión de las madres adolescentes, en sus relatos se puede observar que se sienten totalmente libres para tomar las decisiones que consideren mejor para ellas y su familia, a pesar de que algunas personas cercanas a ellas les han externado su opinión contraria, siguen determinantes en sus decisiones, inclusive cuando esa persona es su mamá o su pareja. Para las madres adolescentes el soporte de la pareja es importante para su bienestar, las hace sentir seguras y apoyadas en los cuidados de ellas y sus hijos, el soporte emocional y económico favorece positivamente al uso de anticonceptivos, refieren buena comunicación con sus parejas sentimentales, hasta llegar a negociar el tipo de anticonceptivo a utilizar, expresan también que se sienten con libertad para la elección de un método y que sus parejas les preocupa los estragos que les provocan los anticonceptivos. En un sentido negativo el deseo de la pareja sentimental de tener un hijo y que la adolescente ceda ante su ideal de paternidad, las aleja del uso de anticonceptivos.

La decisión de Finalmente en el cuidado profesional del personal de salud, las madres adolescentes refieren que recibieron un cuidado humano, que las guiaron a la toma de decisiones en el uso de anticonceptivos, haber sido tratadas con respeto para poder elegir el método que más les convenía y en ocasiones les pedían que llevaran a sus

parejas. Estas acciones favorecen a una elección libre y guiada de un método anticonceptivo de una manera positiva (Figura 28 y 29).

Figura 28

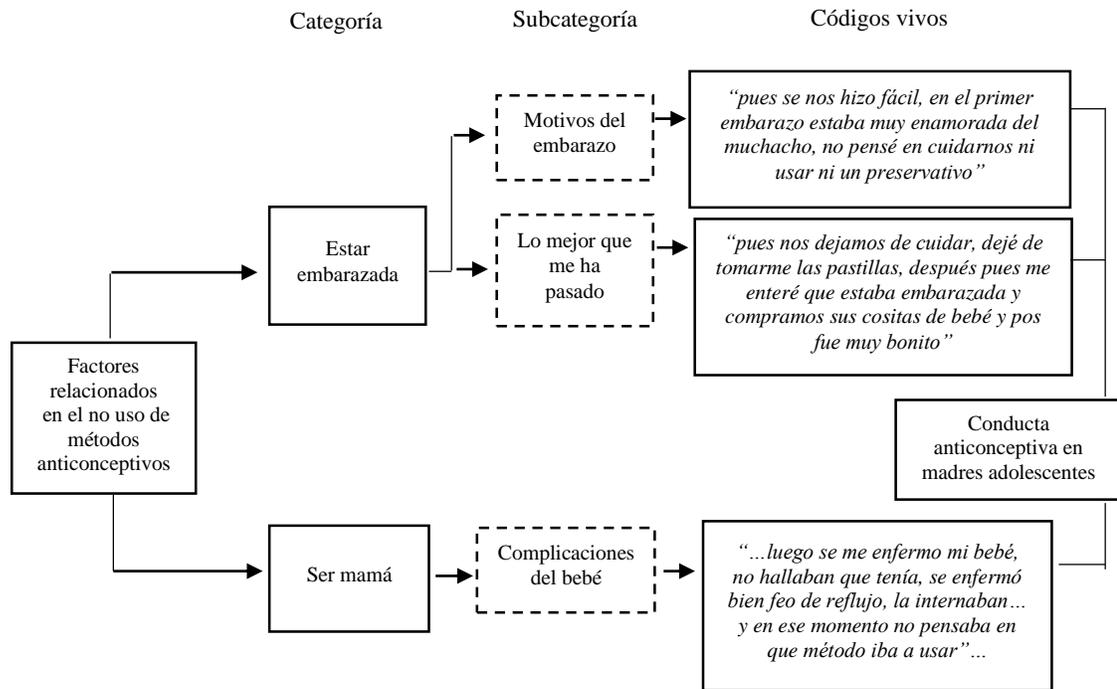
*Modelo de descripción de los factores relacionados en el uso de métodos anticonceptivos*



Nota: Modelo de factores relacionados en el uso de anticonceptivos en madres adolescentes

Figura 29

*Modelo de descripción de los factores relacionados en el no uso de métodos anticonceptivos*



Nota: Modelo de factores relacionados en el no uso de anticonceptivos en madres adolescentes

### Resultados Mixtos

Para responder al objetivo tipo mixto, el análisis que se realizó fue a través de la combinación de los datos cuantitativos y cualitativos. Primeramente, se transformaron los datos cualitativos (CUAL) en cuantitativos (CUAN), esto permitió la reducción del número de categorías y subcategorías a aspectos numéricos. Para este trabajo, la frecuencia de los temas, se transformaron en porcentajes, lo que permitió una representación del comportamiento de las madres adolescentes en el uso de anticonceptivos, esta estrategia permitió una mejor organización de los datos cuantitativos (CUAN) a cualitativos (CUAL), para posteriormente combinarlos y generar nuevas variables, para realizar las metainferencia de los resultados.

Con el software MAXQDA se obtuvieron las frecuencias de las subcategorías y sus porcentajes, donde se observa que las subcategorías un suceso traumático, una etapa difícil, cambios en mi vida, imposición de anticonceptivos y poder de decisión son las subcategorías que más prevalecieron e influyeron para el uso de anticonceptivos, mientras que las subcategorías algo inesperado, un conflicto familiar y apoyo a la madre adolescente, se relacionan con el uso de anticonceptivos y las subcategorías motivos del embarazo, lo mejor que me ha pasado y complicaciones del bebé se relacionan con el no uso de anticonceptivos (Tabla 47).

Tabla 47

*Cuantificación de las subcategorías para la conducta anticonceptiva*

Subcategoría	Frecuencia	%
Motivos del embarazo	5	80.3
Algo inesperado	4	70.4
Un suceso traumático	6	97.7
Un conflicto familiar	5	80.3
Lo mejor que me ha pasado	4	70.4
Una etapa difícil	6	97.7
Cambios en mi vida	6	97.7
Complicación del bebé	3	46.6
Apoyo de la madre adolescente	3	46.6
Imposición de anticonceptivos	6	97.7
Poder de elección	6	97.7
Decisiones importantes	4	70.4
Soporte de la pareja	5	80.3
Cuidado profesional	4	70.4

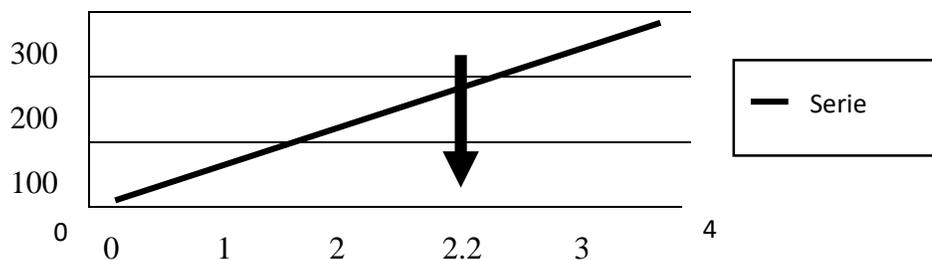
Por medio de la estrategia perfil promedio se cualificaron las variables cuantitativas, lo que permitió la validación y explicación del fenómeno, esta técnica

permite describir muestras para la interpretación de resultados por medio de la transcripción verbal de un conjunto de informantes, alrededor de la media de un atributo. En este estudio el atributo principal fue la media de la escala de conducta anticonceptiva, la cual se define como el uso correcto y sostenido de anticonceptivos de las madres adolescentes, primeramente, se obtuvo la media general y después se graficó, para visualizar el comportamiento del atributo.

Posteriormente se identificaron las nueve informantes en la base de datos cuantitativa que participaron también en la fase cualitativa, se les asignó un número que las identificaba del uno al nueve, después se registraron las medias de la escala de conducta anticonceptiva y se graficaron, con el fin de identificar su estatus y poder analizar e interpretar los datos cuantitativos y cualitativos. A continuación, se crearon perfiles narrativos lo que permitió la creación de las tipologías de las madres adolescentes y los factores que influyen en el uso y no uso de los métodos anticonceptivos. Los perfiles narrativos permitieron la reducción de los datos cualitativos que se integraron con los datos cuantitativos, mediante la interpretación de los datos combinados (Figura 30).

Figura 30

*Gráfica de media total de la escala de conducta anticonceptiva*



Nota: escala de conducta anticonceptiva valor mínimo 0 valor máximo 4

En la figura 30, se observa una representación gráfica de la media de la conducta anticonceptiva, donde se identifica la media de la escala de la conducta anticonceptiva la cual fue de 2.2, considerándose como medio, que de acuerdo a la escala el puntaje

mayor es de 4, las madres adolescentes tienden a tener un uso correcto y sostenido. En la tabla 48, se muestra la media en referencia a la conducta anticonceptiva de cada una de las participantes.

Tabla 48

<i>Media de cada una de las participantes</i>	
Participante	Media
1	2.2
2	3.2
3	2.8
4	1.8
5	2.0
6	2.0
7	1.8
8	1.4
9	3.6

La media de las nueve participantes fue de 1.4 a 3.6, del total ninguna obtuvo la puntuación mínima ni máxima, después se revisaron las entrevistas para la creación de los perfiles narrativos de cada una de las informantes,

A continuación, se presentan los perfiles narrativos de las madres adolescentes, que incluye edad, número de hijos, estado civil, en relación a sus entrevistas semiestructuradas y el análisis de perfil de cada una de ellas, para la integración de los datos cuantitativos y cualitativos.

#### ***Perfiles narrativos de las madres adolescentes***

MA1, obtuvo una media de 2.2, actualmente cuenta con edad 19 años, tuvo a su primer hijo a los 17 años, actualmente está soltera pero vive con su pareja, padre del segundo hijo, con carrera técnica sin terminar refiere haber utilizado anticonceptivos de corta duración. Comenta que su primer embarazo fue porque estaba muy enamorada y el

segundo ya tenía una pareja estable y no quería que su hija (1) creciera solita y quería una hermana para su hija. Recibía información de uso de anticonceptivos en la escuela, pero no le ponía atención. Ella es quien toma las decisiones en el uso de anticonceptivos, que su pareja no se mete en eso, refiere que los usaba de vez en cuando, pero que ahora si se cuida, con métodos de larga duración. Lo ha comentado con su pareja y están de acuerdo en el método que utiliza.

MA2, cuenta con una media de 3.2, actualmente cuenta con 18 años de edad, su primer embarazo fue a los 16 años, se encuentra en unión libre, con carrera técnica sin terminar, utiliza método anticonceptivo de larga duración. Ella refiere que su embarazo fue planeado, ya tenía tiempo con el padre de su hija y pensaron que era el momento, a los 16 años de edad. Comenta que su mamá también la tuvo a los 16 y que cuando ella le comentó que quería embarazarse, su mamá le dijo que lo que ella decidiera la apoyaría. Actualmente está con el padre de su hija y decidieron seguir estudiando, los dos. En cuanto al uso de anticonceptivos refiere que no los conocía cuando se embarazó, que ella los conoció cuando busco en internet. Le pusieron el DIU al nacimiento de su bebé, después se lo retiró y utilizó pastillas, pero le generaron quistes y tuvo problemas de salud. Ahora utiliza el implante, la decisión de usar el anticonceptivo ha sido por su parte.

MA3, cuenta con una media de 2.8, actualmente cuenta con 16 años de edad, su bebé nació poco después de cumplir los 16, se encuentra en unión libre y refiere haber cursado el primer año de preparatoria, actualmente utiliza método anticonceptivo de larga duración. Comenta que su experiencia en la maternidad ha sido muy difícil, sus padres al enterarse de su embarazo se enojaron mucho, además cursó su embarazo con complicaciones. Refiere que el cuidado de su bebé ha sido muy difícil, ya que llora mucho y tiene miedo de que no lo cuide bien. Su familia la está presionando para que tenga otro bebé, que busque la parejita, pero ella no quiere por el momento. Le puede haber dejado la escuela, por sus amigas, aunque hablan de lo mismo ya que ellas

también son mamás. Actualmente usa el implante ya que no desea volverse a embarazar, se siente apoyada por su pareja, en las decisiones que han tenido que tomar, aunque a veces sus papas quieren tomarlas por ellos, terminan cediendo a las decisiones de ella y su pareja. Refiere sentirse empoderada ya que ella decide sobre su vida y la de su familia.

MA4, obtuvo una media de 1.8, actualmente cuenta con 19 años de edad, su embarazo fue a los 16 años, está en unión libre pero a veces su pareja se pierde por tiempos indefinidos, refiere haber dejado inconclusa la preparatoria, usa anticonceptivos de larga duración. Comenta que su experiencia en la maternidad ha sido bonita, sin embargo su transitar por el embarazo fue difícil y caótica para ella, ya que curso son diabetes gestacional y su bebé enfermo por largo tiempo al broncoaspirar leche. Su experiencia con los anticonceptivos has sido difícil ya que ha probado diferentes métodos que le han causado malestar general, menstruaciones irregulares, aumento de peso y cambios de humor. Actualmente utiliza un método anticonceptivo de larga duración, como el implante, pero que no se la ha revisado desde hace un año aproximadamente. Su relación con su pareja es inestable ya que por el momento se fue de la casa, pero refiere la adolescente que es común que se pierda por unos días y luego regresa. Siempre ha sido ella quien decide que método anticonceptivo utilizar ya que no quiere pasar por lo que paso con el primer embarazo.

MA5, media de 2, actualmente cuenta con 19 años de edad, un hijo, con pareja, refiere haber cursado un embarazo complicado, diabetes gestacional e hipertensión, recibió agresiones verbales por parte del personal médico, desentendida en el trabajo de parto, la maternidad para ella ha sido muy difícil y complicada, ya que comenta no haber estado preparada para ser mamá, su madre no la apoyo hasta que nació su hija, ya que por sus complicaciones tuvo que estar hospitalizada, además su hijo tuvo complicaciones hasta llegar al internamiento aproximadamente por un año consecutivo. Recibía maltrato por parte del padre de su hija ya que es adicto, actualmente se

encuentra hospitalizado. Desconocía totalmente el uso de anticonceptivos hasta que nació su hija, utilizo el implante, pero refiere haber aumentado mucho de peso, las decisiones para el uso de anticonceptivos siempre las tomo ella, ya que no quiere volver a pasar por lo mismo, en este momento se encuentra separada y está pensando en el divorcio, quiere superarse y estudiar.

MA6 obtuvo una media de 2, con 19 años de edad, dos hijos, con pareja, comenta haber planeado su embarazo, actualmente utiliza el implante, que desconocía de los métodos anticonceptivos pero que conforme se juntó con su novio, empezó a conocerlos, el usaba condón las primeras veces pero después le dije que quería usar el implante y me dijo que no había problema, siempre tuvo la confianza de comunicarse con su pareja sobre el uso de anticonceptivos. Como ya tenía dos años con su novio decidieron que era momento de tener un hijo, su familia la presionó para embarazarse de nuevo, así que se quitó el implante y se volvió a embarazar, su familia siempre la ha apoyado, su mamá y sus suegros le cuidan a sus hijas. Desea cursar una carrera universitaria, así que los dos están estudiando actualmente, refiere que la maternidad ha sido muy buena para ella y que es muy feliz. Cuando ha tenido que tomar decisiones, siente que tiene la libertad de hacerlas que lo habla con su pareja y llegan a un acuerdo.

MA7, cuanta con una media de 1.8, actualmente cuenta con 17 años de edad, un hijo, con pareja, participante que refiere haber cursado por un embarazo normal sin complicaciones, refiere que ella y su pareja planearon el embarazo, que su familia siempre los han apoyado, ya que fue un embarazo planeado por tener una relación de aproximadamente 4 años, antes del embarazo los anticonceptivos que utilizaba eran el condón y las pastillas, aunque después del bebé se puso el implante, en la toma de decisiones ella refiere autonomía y lo que tiene que platicar con su novio lo hace, siempre ha contado con su apoyo y el de su mamá. Refiere haber deseado el DIU ya que a su mamá le funcionó por más de 16 años. Refiere tener una buena relación con su novio, para ella la maternidad ha sido muy buena. Actualmente no planea tener otro hijo

por lo pronto. Planea seguir estudiando enfermería.

MA8, con una media de 1.4, actualmente cuenta con 18 años de edad, un hijo y sin pareja. Participante que refiere que la maternidad para ella ha sido muy bonita, que al principio fue difícil, pero con la ayuda de su familia ha salido adelante, sin embargo sufrió de maltrato de sus familiares en Estados Unidos, su embarazo no fue planeado, antes del embarazo utilizaba pastillas anticonceptivas, pero que le generaban cambios de carácter, así que fue a cambiar de método a su clínica, pero le decían que no había ni implantes ni DIU, que era los que ella deseaba, en este transcurso dejó las pastillas un mes y se embarazó. Refiere que conocía los métodos anticonceptivos y que ella decidió que tomaría las pastillas anticonceptivas, sobre todo porque estaba teniendo relaciones con su novio.

MA9, cuenta con una media de 3.6, actualmente cuenta con 17 años de edad, un hijo con pareja, refiere haber sido planeado su embarazo, para ella la maternidad ha sido una bendición, le dio sentido a su vida, la hizo muy feliz, su relación con su pareja no era muy buena, pero con el bebé, él ha cambiado mucho, ahora si va a su casa y pasan tiempo juntos. Su familia no estaba de acuerdo con su relación, así que ha sido difícil, sus padres se enojaron y más porque su pareja le lleva más de seis años, así que la han violentado desde la relación que tiene, la corrieron de la casa cuando se enteraron de su embarazo, ella estuvo buscando alojamiento con amigos, ya que su pareja en ese momento era casado. Refiere que conocía los anticonceptivos, pero los dejó de usar cuando planearon su embarazo, utilizaba las pastillas anticonceptivas, su embarazo fue difícil ya que presentó complicaciones, sus papas la apoyaron una vez que la vieron ir de casa en casa, curso con hipertensión y amenaza de aborto. Ahora tiene el implante y desea terminar la escuela, hacer en libertad lo que le plazca para un futuro mejor, por lo pronto no desea otro embarazo.

Para explicar los resultados obtenidos, se elaboró una proyección alrededor del principal atributo de la conducta anticonceptiva, donde se graficaron los puntajes

obtenidos de sus medias, de la escala conducta anticonceptiva y de los perfiles narrativos de las participantes. Esta combinación permitió complementar, combinar y explicar los resultados. Para explicar los datos cuantitativos y cualitativos se en la tabla 49, se presentan las referencias cruzadas de cada participante, donde se observa la relación de la media de la conducta anticonceptiva y del perfil narrativo.

Tabla 49

*Combinación de datos cuantitativos y cualitativos*

—————→						
CA	0	1	2	M E D I A 2.2	3	4
	Menor CA					Mayor CA
	Sin libertad de Decisión	Libertad leve de Decisión	Libertad media de decisión		Libertad media-alta de decisión	Libertad de decisión alta
1						<b>2.2</b> (19 años, CP, ACLD, 2 hijos, no quería que su hija creciera sola)
2						<b>3.2</b> (18 años, 1 <sup>er</sup> embarazo 16 años, CP, ACLD, embarazo planeado )
3						<b>2.8</b> (16 años, CP, ACLD, maternidad difícil)
4		<b>1.8</b> (19 años, embarazo 16 años, CP, ACLD, etapa difícil y caótica)				
5			<b>2</b> (19 años, CP, ACLD, vive violencia domestica)			
6			<b>2</b> (19 años, 2 hijos, CP, ACLD, embarazos)			

planeados)

*Combinación de datos cuantitativos y cualitativos*

—————→						
CA	0	1	2	M	3	4
	Menor CA			E		Mayor CA
	Sin libertad de Decisión	Libertad leve de Decisión	Libertad media de decisión	D	Libertad media-alta de decisión	Libertad de decisión alta
				I		
				A		
				2		
				.		
				2		
7		<b>1.8</b> (17 años, CP, ACLD, embarazo planeado)				
8		<b>1.4</b> (18 años, SP, ACLD, sufrió de efectos secundarios con AC)				
9					<b>3.6</b> (17 años, embarazo planeado, CP, ACLD)	
	No uso de AC	Uso de AC	Cambios de AC. <b>Zona crítica</b>		Uso de ACCD o ACLG	Uso ACLD

Nota: CA= Conducta anticonceptiva, AC= Anticonceptivo, EMP= Empoderamiento, CP= Con pareja, SP= Sin pareja, ACLD= Anticonceptivo de larga duración, ACCD= Anticonceptivo de corta duración

En la tabla 49, se puede observar que existen cuatro zonas relacionadas a la conducta anticonceptiva, que van de cero a cuatro de acuerdo al instrumento de medición. En la primera zona, denominada cero, se identifica como no uso de anticonceptivos, por lo que no se considera con libertad de decisión, en esta zona no se identificó a ninguna participante. En la zona uno, se encuentran tres madres adolescentes que presentan medias por debajo del promedio, lo cual es un factor de riesgo para un embarazo subsecuente, usan anticonceptivos por lo que se les considera con libertad de decisión leve, sin embargo su transcurrir a la anticoncepción fue por motivos de prevención de un segundo embarazo, ya que la consecuencia del desconocimiento, no uso de métodos anticonceptivos o uso inadecuado de anticonceptivos de corta duración en algunas de ellas, quedaron embarazadas de primera vez.

En otra de las participantes los efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales, fueron causa de cambio a otro método de larga duración, la cual la puso en riesgo de embarazo. Por otro lado una de las participantes, menciona que su embarazo fue planeado con su pareja, pero después del parto ella decidió utilizar un anticonceptivo de corta duración, pero que no le gustó y decidió cambiar a un anticonceptivo de larga duración. Todas las participantes se encuentran con pareja por lo que las sitúa en riesgo de embarazo subsecuente, aunque aparentemente están utilizando un anticonceptivo de larga duración. Una de las participantes refiere que sí tiene pareja pero, que se va por tiempos prolongado y regresa, esa situación se considera como de riesgo de embarazo por la confianza que pudiera generar la ausencia de su pareja e interrumpir el método anticonceptivo.

La siguiente zona es considerada como crítica, en esta zona se puede observar que son cuatro madres adolescentes se encuentran en libertad de decisión media para la conducta anticonceptiva. Todas se encuentran con pareja, refieren estar utilizando algún método anticonceptivo de larga duración, pero algunas no lo han manifestado como uso sostenido, ya que algunas su embarazo fue totalmente planeado, es decir se encuentran utilizando métodos anticonceptivos de larga duración, pero los postergaron una vez que decidieron un hijo. Considerándose como empoderamiento medio, el estar con una pareja y desear un hijo es una zona crítica para un embarazo.

Otra situación identificada en esta zona es que, una de las participantes refiere que ella deseaba un segundo embarazo, para que su hija no creciera sola, interrumpiendo el uso de anticonceptivos deliberadamente. Otra participante refiere vivir violencia doméstica y su pareja no le permitía el uso de anticonceptivos, sin embargo, ella decidió utilizar un método de larga duración, para evitar un siguiente embarazo no planeado. Una participante comenta que después del nacimiento de su hijo, enfermó críticamente y no tuvo la oportunidad de acudir a un centro de salud por anticonceptivos, ya que su prioridad era la recuperación de su hijo, por ese motivo pospuso su método

anticonceptivo, esta situación la pone en riesgo un embarazo no planeado.

En la zona tres, se identificaron dos participantes con poder de decisión media-alta para la conducta anticonceptiva, ya que presentaron medias por arriba del promedio. En esta zona se encuentran las mujeres que utilizan anticonceptivos de manera correcta y sostenida pero mencionan haber planeado sus embarazos en acuerdo con sus parejas, algunas de ellas utilizan anticonceptivos de larga duración pero a veces también de corta duración. Esta zona las ubica con un empoderamiento medio-alto, por la toma de decisiones y la utilización de varios métodos anticonceptivos. Sin embargo, una de ellas el nacimiento de su hijo fue a los 16 años de edad y en el uso de algunos anticonceptivos presentó efectos colaterales que ha tenido que cambiar el método.

Otra de las participantes su historia de vida relata que su embarazo fue planeado, pero que sus padres estaban en contra de su relación, ya que su pareja era casada, sin embargo refiere que el nacimiento de su bebé le trajo felicidad y que su pareja se incluye más en el cuidado de su hijo, actualmente utiliza un método de larga duración, para evitar un segundo embarazo y ella acepta su situación conyugal.

En la zona cuatro, considerada como libertad de decisión alta para la conducta anticonceptiva, manifestada por uso correcto y sostenido de anticonceptivos donde no se encontraron participantes en esa zona.

### **Metainferencias**

Basados en los resultados de los perfiles narrativos de las madres adolescentes y la combinación de los datos cuantitativos y cualitativos (transformación en la cualificación y cuantificación), se puede inferir que la libertad de decisión es un aspecto que no se consideró inicialmente, el cual está influenciado propiamente con todo aquello que la madre adolescente se relacione, su madurez mental, aspectos socioculturales individuales, contextuales e interpersonales.

La libertad de decisión se define como actividad que forma la propia la voluntad, implica respeto y responsabilidad tomando en cuenta la visión de cada individuo, la

experiencia y su contexto, que para algunos autores la libertad de decisión está íntimamente relacionado con el empoderamiento. Las madres adolescentes que se encuentran sin libertad de decisión en el uso de anticonceptivos (conducta anticonceptiva) son las que mayor riesgo tienen de presentar un embarazo subsecuente.

Se encontró que el apoyo de la pareja fue una constante en las madres adolescentes, la participación y negociación en el uso de anticonceptivos por parte de la pareja es de suma importancia para ellas, ya que les brinda seguridad y soporte emocional. En la mayoría, a la pareja aparentemente le importa la estabilidad de la mujer, se preocupa por su bienestar en cuanto a los efectos secundarios de los anticonceptivos y han apoyado en las decisiones de las adolescentes en la elección del método anticonceptivo. Sin embargo, se encontró un relato donde la madre adolescente experimenta violencia de pareja, ya que justifica su actitud violenta hacia ella por el hecho de que su pareja consume sustancias psicotrópicas.

En el uso previo de anticonceptivos, se identificó que influye en la conducta anticonceptiva, si utiliza anticonceptivos de corta duración o larga duración, la mayoría de las informantes mencionan ser usuarias de anticonceptivos de larga duración, pero que transitaron por los de corta duración, una vez que se estrenaron en la maternidad optaron por utilizar métodos anticonceptivos de larga duración, pero algunas decidieron probar diferentes anticonceptivos. Las mujeres que utilizan anticonceptivos de corta duración tienen mayor riesgo de embarazo no planeado que las que utilizan anticonceptivos de larga duración.

En relación al embarazo planeado, se encontró en su mayoría planificaron junto con sus parejas su embarazo, ya que consideraban que era su momento para cumplir con su deseo e ideación en la maternidad y / o paternidad, por lo que el sistema de salud debe de respetar sus derechos sexuales y reproductivos de las madres adolescentes, esta situación impacta en la conducta anticonceptiva de manera negativa al no utilizar anticoncepción para cumplir sus ideales, pudiera como consecuencia presentarse el

abandono o cambio de algún método que pudiera poner en riesgo de embarazo a la madre adolescente.

Se encontró que la experiencia en la maternidad a pesar de los inicios ríspidos con su familia y cambios en su contexto, generó plenitud y felicidad ante el evento, no niegan que al inicio fue una etapa difícil, la transición de adolescente a mamá no fue fácil, pero con el apoyo de su pareja y familia han vencido los obstáculos que conlleva la maternidad, esta situación pudiera favorecer al uso de anticonceptivos. Refieren sentirse plenas, amadas, respetadas y sobre todo con proyectos de vida para el futuro, como la superación personal, desean seguir estudiando, trabajar para tener su propia casa.

En cuanto al personal de salud, en los relatos se pudo identificar que las madres adolescentes recibieron de malos tratos, ofensas y señalamientos. Esta situación incrementa la angustia de la madre adolescente, la aleja de un sistema de salud que debería estar para protegerlas y no para juzgarlas, esta situación pone en riesgo la libertad de decisión en el uso de anticonceptivos, el retirarse el método que estén usando o cambiar de método incrementa el riesgo de embarazo. Por otro lado, también se identificó personal de salud, que las madres adolescentes consideraron como un personal profesional y humano en el cuidado hacia ellas y su bebé, al igual en la elección de algún método, el personal de salud las trato humanamente y no se sintieron juzgadas ni señaladas.

### **Modelo de la conducta anticonceptiva en madres adolescentes (MOCAMA)**

A continuación, se presenta el modelo MOCAMA, que se construyó a partir del Modelo de Empoderamiento de Shearer (2000a) y del resultado de la combinación de variables, que para la generación de nuevas variables se utilizó la metodología mixta, que como resultado emergieron nuevos conceptos, en conjunto las relaciones trataran de explicar la conducta anticonceptiva.

Este modelo propone los siguientes conceptos: 1) Uso previo de anticonceptivos, tipo de anticonceptivo de corta duración o de larga duración; 2) Proyecto de vida; es el

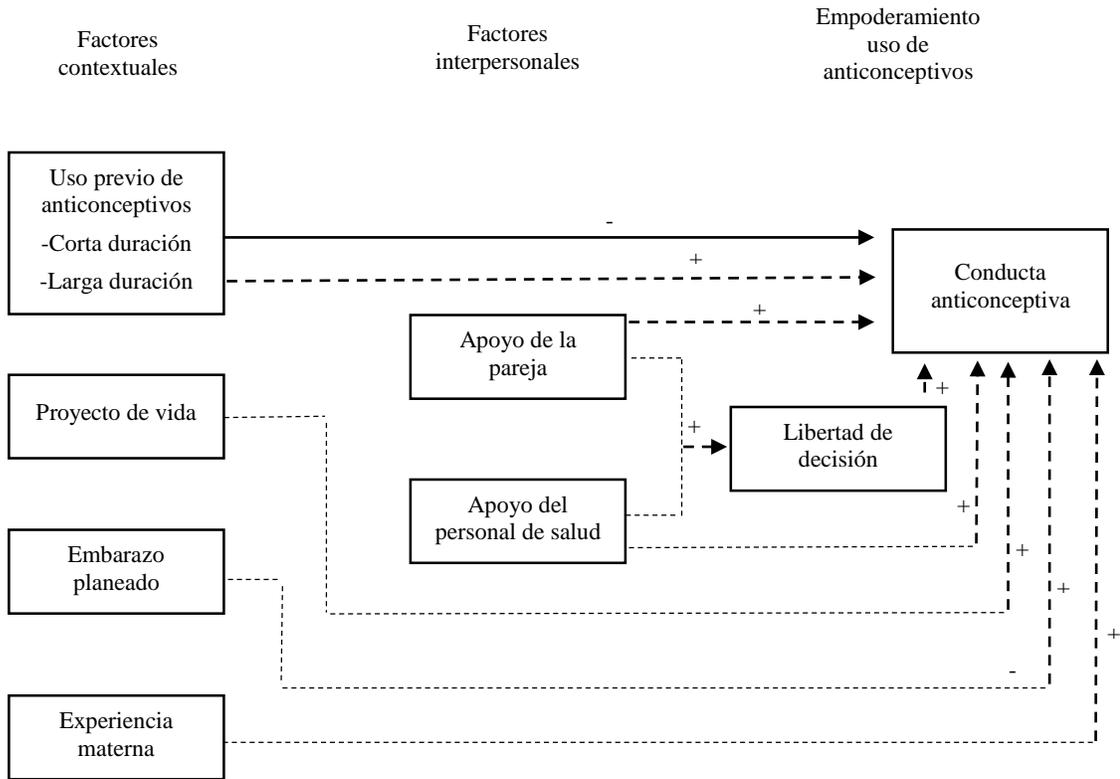
plan personal de corto o largo plazo que piensa seguir una adolescente a lo largo de los años, puede estar o no acompañada por una pareja; 3) Embarazo planeado; cumplir con el ideal de la maternidad, es intencionado; 4) Experiencia en la maternidad, experiencia de vida de una adolescente cuando se convierte en madre; 5 Apoyo del personal de salud, cuidado profesional de salud para el uso correcto y sostenido de métodos anticonceptivos; 6) Apoyo de la pareja, apoyo percibido por parte de la pareja para mantener el uso correcto y sostenido de anticonceptivos; 7) Libertad de decisión, actividad que forma la propia voluntad, implica respeto y responsabilidad en el uso correcto y sostenido de anticonceptivos (Figura 31).

Derivado de lo anterior se presentan las siguientes proposiciones

- 1.- El uso previo de anticonceptivos influye de manera positiva y negativa en la conducta anticonceptiva
- 2.- El proyecto de vida, influye de manera positiva en la conducta anticonceptiva.
- 3.- El embarazo planeado influye de manera positiva o negativa en el uso correcto y sostenido de anticonceptivos.
- 4.- El apoyo del personal de salud influye de manera positiva en la conducta anticonceptiva.
- 5.- El apoyo de la pareja influye de manera positiva en la conducta anticonceptiva.
- 6.- La libertad de decisión influye positivamente en la conducta anticonceptiva

Figura 31

*Modelo de empoderamiento en el uso de anticonceptivos en madres adolescentes (MOEMA)*



Nota: Modelo de la conducta anticonceptiva en madres adolescentes, desde un abordaje mixto, + indica una relación positiva y - Indica una relación negativa

## Capítulo IV

### Discusión

El objetivo del presente estudio fue explicar un modelo de empoderamiento en el uso de anticonceptivos en madres adolescentes, con un enfoque de metodología mixta. A continuación se discuten los resultados obtenidos de acuerdo a las características sociodemográficas, escolaridad, empleo, ingreso mensual y antecedentes ginecobstétricos, los objetivos de tipo cuantitativo bajo el enfoque de la teoría de empoderamiento de Shearer (2000a), los objetivos de tipo cualitativos bajo el cobijo de la fenomenología hermenéutica y el objetivo mixto que se plantearon. Posteriormente se presentan las limitaciones del estudio, las conclusiones y finalmente las recomendaciones.

De acuerdo al objetivo uno, describir los datos sociodemográficos, se encontró que la edad promedio de las madres adolescentes, la mayoría corresponden al grupo de edad entre los 17 y 19 años, sin embargo más de un cuarto correspondió al grupo de entre 13 y 16 años de edad. Algunos estudios recientes refieren que en América Latina y el Caribe, el embarazo en adolescentes persiste como un problema de salud pública común en menores de 20 años de edad (OPS, 2019c), esto pudiera indicar que es un problema que está arraigado en las comunidades latinoamericanas.

En cuanto al estado civil se observa que el estar soltera y /o cohabitando con su pareja casi coinciden porcentualmente, con una diferencia mínima y representa menos de la mitad, el hecho de ser madre adolescente soltera, la sociedad a menudo las ve como adolescentes irresponsables, promiscuas y ambivalentes acerca de sus futuras metas educativas y profesionales (Powers et al., 2021), lo que pudiera preceder a una relación espontánea, no planeada o abandono del padre de su hijo, pero también la intersección de los padres de la madre adolescente, pudiera interponerse entre la relación de la hija por ser menor de edad con el padre de su hijo o por no aprobar la relación, porque piensan que no es un buen hombre para ella.

Otro aspecto importante es que más de la mitad de las madres adolescentes se encuentra cohabitando con su pareja o el padre de su hijo, situación que incrementa el riesgo de un embarazo subsecuente, ya que la autonomía en la toma de decisiones, en el uso de anticonceptivos, es generalmente baja o en algunos casos nula para la madre adolescente (Shahabuddinn et al., 2016). En este sentido Villalobos-Hernández et al., (2015) refieren que, las adolescentes con embarazo previo que viven con su pareja, tienen ocho veces más posibilidades de experimentar un embarazo subsecuente no planeado.

En relación a la escolaridad, ocupación e ingresos, los resultados muestran que la mayoría de las madres adolescentes refieren escolaridad incompleta, en cuanto a la ocupación la gran mayoría, no se encuentra insertas en alguna actividad económica, su ingreso económico oscila aproximadamente entre los 1 a 5,000 pesos mensuales, sus ingresos económicos de la gran mayoría provienen de su pareja.

De acuerdo con algunos estudios, reportan que las mujeres que fueron madres adolescentes, completan menos educación, difícilmente la retoman y tienen más probabilidades de vivir en la pobreza (Cox et al., 2019), especialmente aquellas adolescentes que ya habían dejado la escuela por la maternidad, declinan a continuar estudiando por lo que se resignan rápidamente (Gogna & Binstock, 2018), situación que pudiera incrementar el riesgo de un embarazo subsecuente. Es así como la maternidad temprana dificulta la inserción en los mercados laborales, tienen trabajos más precarios y si se encuentra en algún trabajo, tienden a ser inestables (UNFPA, 2021b).

De acuerdo a los antecedentes ginecobstétricos, tanto la edad del primer embarazo, la no planeación del embarazo, el número de embarazos y número de hijos, la gran mayoría se encuentran en el grupo entre 13 y 16 años de edad. Menos de la mitad cuenta con un segundo embarazo o con dos hijos y menos de un cuarto presentó un aborto. Llama la atención la edad del primer embarazo, el cual fue menor de 17 años. La literatura refiere que el riesgo de muerte en adolescentes por embarazo se duplica

cuando es menor de 19 años (OMS-UNFPA-UNICEF, 2018) y que de acuerdo con Borovac-Pinheiro (2019), el 80% de los embarazos en la adolescencia son no planeados. El embarazo que ocurre en menores de 17 años pudiera deberse a su vulnerabilidad ante su contexto de vida, donde el riesgo para cursar por un embarazo es alto.

Estos resultados reflejan que el embarazo subsecuente en la adolescente es un problema social, arraigado a la diversidad cultural única donde se encuentre la adolescente, que reflejan una realidad social, basada en la influencia cultural e intergeneracional, que atrapan a las adolescentes en mundos diversos para el uso, uso inadecuado o no uso de anticoncepción.

En cuanto al uso y tipo de métodos anticonceptivos, los resultados arrojan que la mayoría del total de la muestra si han utilizado previamente anticonceptivos. En relación al tipo de anticonceptivos, llama la atención que menos de un tercio, no se encuentra utilizando ningún método y que los métodos más comunes entre las madres adolescentes son el condón masculino, el dispositivo intrauterino (DIU) y el implante. De acuerdo a Powers et al. (2021), refieren que el 17% de los embarazos en las adolescentes son repetidos, por la falta de anticoncepción después del parto. Esto pudiera sugerir que el uso de métodos anticonceptivos entre madres adolescentes es precario y que se pudiera asociar a la convivencia con la pareja.

Las investigaciones han revelado que la provisión de dispositivos intrauterinos (DIU) e implantes inmediatamente después del parto, es aceptable para las adolescentes y reduce la repetición rápida de embarazos, así como la reducción en las tasas de embarazos repetidos entre las madres adolescentes que reciben implantes, anticonceptivos en el posparto inmediato, en comparación con aquellas que no los reciben (OMS, 2019).

De acuerdo al objetivo dos, determinar el efecto directo o indirecto de las características individuales sobre el empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos, los resultados referente al

uso previo de anticonceptivos, se encontró que usar anticonceptivos previamente de corta duración, influye en la conducta anticonceptiva, esto es que el usar anticonceptivos previos funge como un factor protector para el empoderamiento en uso de anticonceptivos, es decir las adolescentes que han utilizado diferentes tipos de anticonceptivos previamente, probablemente tengan la libertad y el poder de elegir qué método de corta duración utilizar, de manera correcta y sostenida y esta conducta las podría encaminar a utilizar anticonceptivos de larga duración y prevenir el embarazo subsecuente.

Estos hallazgos coinciden en estudio realizado por Alano y Hanson (2018), reportan que las mujeres que utilizan anticonceptivos crearon oportunidades y logros notables, que no solo las emancipa, si no que las transforma para mejor vida y toma de decisiones. En un estudio realizado por Caudillo et al. (2016), reportan que el uso previo de un mayor número de anticonceptivos en mujeres jóvenes, influyen positivamente en el uso correcto y sostenido de los métodos anticonceptivos. De otra manera Albuquerque et al. (2017), reportan que el no uso previo de anticonceptivos en las madres adolescentes incrementa el riesgo de repetir un embarazo en menor tiempo.

En cuanto al uso previo de anticonceptivos con la intención de uso de anticonceptivos, se encontró que es un factor de riesgo, esto es el usar algún anticonceptivo previo, elimina el ideal de usar algún otro anticonceptivo en un tiempo próximo. El no tener un ideal de anticonceptivo, tiene un efecto negativo con la intención, es decir el no pensar en algún anticonceptivo pudiera deberse al desconocimiento, falta de acceso o experiencias negativas en el uso de anticonceptivos y esta situación pone en riesgo a la madre adolescente para un embarazo subsecuente.

Referente al anticonceptivo deseado se encontró un efecto positivo con el empoderamiento de uso de anticonceptivos, es decir que el anticonceptivo que la madre adolescente desee utilizar, influye positivamente en el empoderamiento de uso de anticonceptivos. Esto pudiera ser porque el idear un anticonceptivo a utilizar, mentaliza

el uso del mismo y eso deriva a la toma de decisiones anticonceptivas de la madre adolescente, aunque pudiera ser un método no conveniente para ella. Lo anterior concuerda con lo reportado por Alano y Hanson (2018) mostraron que el uso de anticonceptivos, parte de la experiencia de vida de una mujer, generó oportunidades y logros notables, las mujeres pudieron controlar sus cuerpos, la reproducción y la fertilidad, lo que resultó en un mayor grado de empoderamiento.

En la presente investigación la relación de anticonceptivo deseado con intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos, no se encontró que el anticonceptivo deseado influyera sobre la intención y uso de anticonceptivos, lo anterior no concuerda con lo reportado por el Organismo de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional [USAID por sus siglas en inglés], Norton et al. (2017), que refiere que en la mujer el deseo de anticonceptivos como de número de hijos, se asocia positivamente con la intención y el uso de anticonceptivos.

Referente a la pareja sentimental en relación con el empoderamiento de uso de anticonceptivos no tuvo una significancia, es decir que para el empoderamiento de uso de anticonceptivos, tener pareja sentimental no influye en la toma de decisiones de la madre adolescente. A diferencia de lo encontrado por Flavio (2021) reportó que tener pareja y tomar una decisión en conjunto, fue significativa para el uso de anticonceptivos, este resultado pudiera deberse a que la población de estudio fueron mujeres en edad reproductiva, lo cual integraba no solo mujeres adolescentes.

Se encontró que estar con pareja sentimental y no desear algún anticonceptivo, es un factor de riesgo para la intención de uso de anticonceptivos, es decir si las madres adolescentes se encuentran en convivencia parcial o permanente y no desean algún anticonceptivo, la intención disminuye y el riesgo de embarazo subsecuente es inminente, estos hallazgos coinciden con lo reportado por Paterno et al. (2017), que menciona que el bajo interés por usar un anticonceptivo y tener una o más parejas se asocia con menos efectividad de la intención en el uso de anticonceptivos.

En relación a la pareja sentimental con el uso de anticonceptivos, no se encontró significancia, tener o no pareja sentimental no influye en el uso de anticonceptivos por la madre adolescente. Contrario a lo descrito por Maravilla et al. (2019b), reportan que las características de la pareja y estar con pareja, se asociaron significativamente con embarazos subsecuentes en las madres jóvenes, lo que quiere decir que el convivir con la pareja sentimental, puede esperarse un contacto sexual frecuente aunado a que tienen un conocimiento limitado o nulo sobre anticoncepción, el riesgo de no usar anticonceptivos y de embarazo subsecuente es alto. La presencia de la pareja puede influenciar a la madre adolescente en la toma de decisiones sobre uso de anticonceptivos.

En relación al objetivo tres, determinar el efecto directo o indirecto de la autoestima sobre el empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos, se encontró que la autoestima de la madre adolescente, muestra una influencia negativa en relación al empoderamiento de uso de anticonceptivos y al uso de anticonceptivos, esto quiere decir que las madres adolescentes a menor autoestima tienen menor empoderamiento en el uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos. La autoestima se relaciona con el autoconcepto de sí mismas y la maternidad consume parte de su autoconcepto por todo lo que transitaron en su embarazo. Este resultado coincide con lo reportado por Bernal et al, (2021a), que el embarazo en las adolescentes genera una baja autoestima, por lo tanto impacta en la toma de decisiones, como en el uso correcto y sostenido de anticonceptivos, alejándolas de la anticoncepción.

Estos datos son consistentes con Galvão et al. (2018), donde encontraron que las adolescentes que pasaron por embarazos no planeados, tienden a presentar puntajes de autoestima más bajos con mayor frecuencia que sus pares, es decir que la baja autoestima se asocia con la ausencia o uso ineficaz de anticonceptivos y las que ya pasaron por un embarazo subsecuente, tienen autoestima más baja que las adolescentes

con embarazos de primera vez o mujeres adultas.

En relación a la autoestima con la intención de uso de anticonceptivos, no se encontró valor significativo. No se encontraron investigaciones que identificaran la relevancia de la variable autoestima con la intención, sin embargo Ramos y Borges (2016), reportan que probablemente la autoestima en madres adolescentes depende de las diferencias individuales, el transitar por la maternidad en la adolescencia se imponen nuevos retos para las cuales ellas no están preparadas e influye de manera positiva o negativa, en la ideación o el deseo de alguna conducta, como es el uso de algún método anticonceptivos o la influencia de la pareja a volver a embarazarse.

En relación al objetivo cuatro, determinar el efecto directo o indirecto del bienestar psicológico sobre el empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos, se encontró una relación positiva con empoderamiento y con el uso de anticonceptivos, para las madres adolescentes tener bienestar psicológico, les dota de estabilidad emocional y eso impacta en la toma de decisiones para la conducta anticonceptiva, se puede decir que a mayor bienestar psicológico mayor empoderamiento de uso de anticonceptivos y mayor uso de anticonceptivos. No se encontraron evidencia científica que identificara la relevancia del estudio de estas variables, al igual con el resultado de, no haber encontrado influencia entre el bienestar psicológico con la intención de uso de anticonceptivos.

En relación al objetivo cinco, determinar el efecto directo o indirecto del conocimiento de anticonceptivos sobre el empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos, se encontró que el conocimiento anticonceptivo tiene una influencia positiva con el empoderamiento y el uso de anticonceptivos, es decir a mayor conocimiento de la madre adolescente, mayor empoderamiento de uso de anticonceptivos y mayor uso de anticonceptivos.

El conocimiento en anticoncepción favorece a la conducta anticonceptiva, ya sea para su elección o para la identificación de efectos secundarios, que algunos

anticonceptivos generan en las adolescentes. El tener información da poder de decisión y eso empodera a la adolescente en la conducta anticonceptiva cuando determina el tipo de anticonceptivo utilizar. Como lo reporta García (2021) que el nivel de conocimiento en mujeres con al menos un embarazo, de métodos anticonceptivos está relacionado con el uso de anticonceptivos. Lo anterior concuerda con Del-Pino (2015) que reporta en un estudio, que el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos se relaciona de manera significativa con su uso en madres adolescentes.

Mientras que el conocimiento de métodos anticonceptivos no tuvo significancia con la intención de uso de anticonceptivos, esto pudiera deberse a que la intención es un deseo de elegir un método anticonceptivo, para iniciar en algún momento de la vida reproductiva y que podría estar relacionado al nivel de conocimiento. Como lo reporta en un estudio Ticona (2016), que el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en puérperas jóvenes es deficiente. A su vez Salas (2017), reporta que el deficiente nivel de conocimiento en métodos anticonceptivos en mujeres puérperas, influyó en que no los utilizaran.

En relación al objetivo síes, determinar el efecto directo o indirecto de la autoeficacia anticonceptiva sobre el empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos, se encontró que existe una influencia positiva con el empoderamiento de uso de anticonceptivos, con la intención de uso de anticonceptivos y con el uso de anticonceptivos, esto pudiera explicar que la madre adolescente es capaz de elegir y utilizar anticonceptivos que mejor le convengan a su bienestar reproductivo y esa percepción influye en el poder de decisión a la hora de usar algún anticonceptivo, como también de lograr un uso correcto y sostenido, que le permita planificar su maternidad. Entonces se puede decir que a mayor autoeficacia anticonceptiva, mayor empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos.

En cuanto a la autoeficacia anticonceptiva y el empoderamiento, no se

encontraron estudios que identificaron la relevancia en la relación de estas dos variables, sin embargo en un estudio de Burke et al. (2022), reporta lo contrario, que no encontraron relación estadísticamente significativa entre el empoderamiento y la autoeficacia anticonceptiva, estos resultados pudieron deberse a que la población fue americana en jóvenes que incluían a género masculino y su estudio fue más hacia el uso del condón que de otros métodos anticonceptivos. Mientras que los hallazgos de Carvajal et al., (2014), mencionan que la intención de uso de métodos anticonceptivos interviene en la asociación positiva entre la autoeficacia y el uso de métodos anticonceptivos. En otro estudio realizado por Caudillo et al. (2015), reporta que las mujeres que tenían menos de dos hijos, ósea que eran madres jóvenes, presentaron mayores niveles de autoeficacia para el uso de anticonceptivos.

En relación al objetivo siete, determinar el efecto directo o indirecto del deseo de ser madre sobre el empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos, se encontró que influye positivamente en la intención de uso de anticonceptivos, esto pudiera deberse a que las madres adolescentes que planean un siguiente embarazo, tienden a ser más ordenadas en el uso de anticonceptivos y esto influye en la conducta anticonceptiva, si bien para embarazarse requieren de postergar la anticoncepción, la experiencia previa en el uso de anticonceptivos les favorece en la intención del tipo de método que van a continuar, una vez cumplida sus ideales en la maternidad.

Los hallazgos presentados por Fortier y FASTER (2018), refieren que las madres adolescentes que tienen la intención para volver a ser madres, tienen diferentes impulsos para cumplir con sus ideales, planeando su embarazo activa o pasivamente, este ideal impacta en la conducta anticonceptiva, porque disminuye o incrementa la intención del uso de anticonceptivos al planificar de nuevo su embarazo.

No se encontró relación del deseo de ser madre con empoderamiento de uso de anticonceptivos, ni con uso de anticonceptivos, esto pudiera deberse a que las madres

adolescentes tienen motivos para interrumpir el uso de anticonceptivos y a pesar de que están tomando una decisión aparentemente libre, su nivel de empoderamiento es bueno, ya que eligen la maternidad por segunda vez. Sin embargo, en un estudio realizado por Obregón et al. (2020), cuyo objetivo fue evaluar si existía un efecto del empoderamiento y autoconcepto en las creencias sobre la maternidad como deber social y sentido de vida, y encontraron que si había efecto positivo, las mujeres que desean ser madres, tienen un mayor empoderamiento.

A diferencia de lo que reportan Flavio (2021) y Demisse (2021), que el deseo de ser madre, fue significativo en la toma de decisiones para usar anticonceptivos, a pesar de ser estudios con poblaciones diferentes sus resultados fueron significativos. Mientras que Mboane (2015), encontró una asociación positiva del deseo de ser madre con la intención de uso de anticonceptivos, esto pudiera responder que el deseo de ser madre después de un hijo, se pudiera asociar a que se encuentra con pareja y ambos deciden y planean el número de hijos a tener.

En relación al objetivo ocho, determinar el efecto directo o indirecto del apoyo familiar sobre el empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos, se encontró que en el apoyo familiar existe una influencia positiva entre el empoderamiento e intención de uso de anticonceptivos, lo que quiere decir que a mayor apoyo familiar mayor empoderamiento de uso de anticonceptivos e intención de uso de anticonceptivos. Esto quiere decir que la madre adolescente apoyada por la familia, se sentirá segura para tomar decisiones e ideará o deseará el anticonceptivo que mejor le convenga. Esto es porque la familia juega un papel muy importante en la vida de la madre adolescente, que impacta en la conducta anticonceptiva, ya que son los principales educadores en salud y que generalmente influyen en la toma de decisiones de las hijas.

Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Quinn et al. (2017) en un estudio, realizado en familias afroamericanas, encontró que las madres adolescentes que

recibieron más apoyo emocional por parte de sus propias madres, tenían cuatro veces más probabilidades de mantener el uso de anticonceptivos por un tiempo prolongado. No se encontró influencia del apoyo familiar en el uso de anticonceptivos. Esto pudiera deberse a que las madres adolescentes que se entrevistaron regularmente acudían solas o acompañadas por sus parejas, fueron pocas las acompañadas por sus familiares, generalmente las que iban acompañadas de sus familiares eran menores de 16 años.

Contrario a lo descrito por Galvão et al. (2018) y Jenkins et al. (2017), que reportan que, el apoyo familiar alienta al uso de anticonceptivos, en su estudio encontraron que la relación con la madre de la adolescente, es más fuerte que con el padre o inclusive con la pareja, enfrentar una nueva realidad como madre adolescente es compleja, pero cuando se cuenta con el apoyo familiar se vuelve más fácil y esto influye directa o indirectamente en el uso de anticonceptivos, dicha discrepancia pudiera deberse a que el estudio fue realizado en otro país.

En relación al objetivo nueve, determinar el efecto directo o indirecto de apoyo de la pareja sobre el empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos, se encontró una influencia positiva con el empoderamiento y con el uso de anticonceptivos, esto pudiera ser por que la presencia de la pareja en la vida de la madre adolescente es crucial para su sentirse segura, protegida y amada, ya que la responsabilidad del cuidado del hijo es compartida y el ideal de formar una familia favorece a mejores toma de decisiones, sobre todo en anticoncepción. Esto coincide con Lalas et al. (2020), donde reportan que cuando las parejas tienen una buena comunicación, se percibe como apoyo, planean mejor su vida familiar y logran influir en la madre adolescente de manera positiva para el uso correcto y sostenido de anticonceptivos. González et al. (2020) encontró que cuando la pareja se hace presente en la vida de la madre adolescente y no existen conflictos familiares relacionados al embarazo, no representa un riesgo social, e influye de manera positiva en la vida de las adolescentes.

Sin embargo, no se encontró significancia de apoyo de la pareja con la intención de uso de anticonceptivos, es decir el apoyo de la pareja a la madre adolescente no influye en la intención de uso de anticonceptivos. Esto pudiera deberse a que la intención de uso de anticonceptivos está más relacionada a la conducta de la madre, sobre la ideación o deseo de usar algún anticonceptivo en un futuro próximo. Contrario a lo descrito por Islam (2018), que reporta que la intención de usar anticonceptivos es mayor, cuando la pareja se involucra en la toma de decisiones e influye en el uso de anticonceptivos, esto pudiera ser porque este estudio no aborda población latina.

En relación al objetivo diez, determinar el efecto directo o indirecto de la apoyo del personal de salud sobre el empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos, se encontró que influye de manera positiva en el empoderamiento de uso de anticonceptivos y en el uso de anticonceptivos, esto pudiera responder a la importancia de la figura del personal de salud, como una figura orientadora y amigable que acompañe a la madre adolescente, sobre todo a la hora de elegir un anticonceptivo, es importante que se generen ambientes cálidos y armoniosos para que las adolescentes, se sientan respetadas y no juzgadas por su elección, otorgando así la libre elección en anticoncepción. Esto coincide en el estudio de Rojas et al. (2017), que reporta lo que lo referente a los servicios de salud (consejería, atención y disponibilidad) tiene una asociación significativa con la toma de decisión de la mujer, en la elección de anticonceptivos desde una perspectiva de género.

Este hallazgo es consistente con lo reportado por Kaewkiattikun (2017), que refiere que el único factor predictor para el uso de anticonceptivos fue el asesoramiento inmediato que otorgaban el personal de salud a las madres adolescentes después del parto, lo que trajo consigo el éxito del uso prolongado de anticoncepción en madres adolescentes y la prevención del embarazo subsecuente. Por otro lado, no hubo significancia del apoyo del personal de salud con la intención de uso de anticonceptivos,

esto pudiera deberse a que la intención es más de índole personal en la madre adolescente, en otras palabras las acciones del personal de salud van más encaminadas a asegurar el uso de anticonceptivos.

En relación al objetivo doce, determinar el efecto directo o indirecto del empoderamiento de uso de anticonceptivos, la intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos, los resultados muestran, que influye positivamente con el uso de anticonceptivos, esto es que las madres adolescentes se sienten con la libertad de usar anticonceptivos, están decididas a usarlos y tienen más probabilidades de usarlos de manera correcta y sostenida. Lo anterior concuerda con lo reportado por Casique et al. (2017c) y Gallardo (2018), donde reportan que el empoderamiento se asocia positivamente con el uso de anticonceptivos. Mientras que el empoderamiento de uso de anticonceptivos no se relacionó con la intención de uso de anticonceptivos, esto pudiera ser porque la madre adolescente ya ideó y decidió que método va a utilizar, es decir tenía poder de decisión sobre el anticonceptivo a utilizar. Lo que contradice lo reportado por Castro et al. (2022), en un estudio realizado en Mozambique, reportó que los niveles de empoderamiento medio a alto para el control sobre la sexualidad y el sexo seguro, también aumentaron las posibilidades de usar cualquier tipo de método anticonceptivo y usarlo por períodos más prolongados.

En relación al objetivo trece, determinar el efecto directo o indirecto de la intención de uso de anticonceptivos, el uso de anticonceptivos, se observó que existe una significancia entre la intención de uso de anticonceptivos con el uso de anticonceptivos, es decir que la ideación o deseo de usar o elegir algún anticonceptivo por la madre adolescente, tiene una influencia positiva en el uso de anticonceptivos. A mayor intención de uso de anticonceptivos mayor uso de anticonceptivos. Estos datos son consistentes con un estudio realizado por Manjarres (2020), que reporta en un estudio realizado con madres adolescentes, que la intención de uso de anticonceptivos fue un predictor de la conducta anticonceptiva, por lo tanto, las madres adolescentes están más

dispuestas a utilizar algún método anticonceptivo.

En relación al objetivo catorce, medir el efecto mediador de la intención de uso de anticonceptivos entre el empoderamiento y uso de anticonceptivos, la variable intención de uso de anticonceptivos, fue parcialmente mediadora sobre el empoderamiento y uso de anticonceptivos. Es decir que el empoderamiento de uso de anticonceptivos de la madre adolescente, parece desempeñar un papel importante en la mediación del efecto, de la intención de uso de anticonceptivos con el uso de anticonceptivos. Estos hallazgos sobre la conducta anticonceptiva medida por el uso de anticonceptivos coinciden con el trabajo realizado por Tiruye et al. (2020), reportaron que la autonomía de la mujer tuvo un efecto de mediación parcial en el embarazo no deseado, sobre la situación con la pareja.

En cuanto al objetivo tipo cualitativo, explorar los factores relacionados con el empoderamiento en el uso de anticonceptivos en madres adolescentes, se utilizaron los principios rectores de la metodología fenomenológica hermenéutica, para explorar las experiencias vividas de las madres adolescentes respecto a la maternidad, el uso de anticonceptivos y sus percepciones en la toma de decisiones. El análisis fenomenológico hermenéutico permitió ver la práctica o el fenómeno de tal manera que considera la estrecha interacción entre los participantes y los investigadores como instancias de su "estar en el mundo" en lugar de solo "ser" en sí mismo.

En cuanto a los resultados se identificaron tres categorías principales con sus subcategorías, permitiendo así la identificación de aquellos factores que influyen en la conducta anticonceptiva en madres adolescentes, para el uso de anticonceptivos. La categoría que emergió primero fue estar embarazada, se refiere a la experiencia de la gestación y parto en la adolescente, las subcategorías que surgieron fueron algo inesperado, un suceso traumático y un conflicto familiar las cuales influyen en el uso de métodos anticonceptivos.

Según los relatos de las adolescentes estar embarazada para algunas de ellas lo

consideran como algo positivo, mientras que para otras como algo negativo encontrándose reacciones ambivalentes ante la noticia del embarazo, coincide con Salva y Abrão (2020) que refieren, que el embarazo en la adolescencia puede causar consecuencias tanto positivas como negativas. En la subcategoría algo inesperado, las adolescentes relatan como el embarazo no lo tenían contemplado en sus vidas, fue algo inesperado y sorprendente, que a pesar de que algunas tenían conocimiento de anticonceptivos, no imaginaron que a ellas les pudiera ocurrir, los sentimientos que emergieron fueron de culpa, incertidumbre, angustia y miedo ante el futuro y la crianza, al respecto Reyes-López et al. (2020) reportan que las adolescentes pueden presentar reacciones adversas ante la noticia del embarazo como tristeza, negación al embarazo y angustia. Así mismo Hernández et al. (2020), encontraron que las mujeres no esperaban atravesar por esta situación y que la noticia generó en ellas perplejidad, tristeza, miedo y ansiedad.

En cuanto a la subcategoría de un suceso traumático, se encontró que las madres adolescentes refieren lo difícil que fue el estar embarazadas, las situaciones que vivieron en esa etapa, como violencia obstétrica por el personal de salud, recriminaciones por parte de sus padres, complicaciones propias de salud que pasaron en su periodo gestacional, temores ante la crianza de un hijo y temor ante un nuevo embarazo. A raíz de su experiencia para algunas traumática, las madres adolescentes refieren utilizar un método anticonceptivo para que no se repita por el momento o postergar un embarazo, ya que sienten la necesidad de no volver a pasar por esa experiencia que marco su vida. Como lo reporta Lewin et al. (2016), que un suceso traumático puede motivar a las adolescentes en el uso de anticonceptivos después del parto para no repetir la experiencia traumática que les generó el embarazo.

La subcategoría un conflicto familiar, es una situación que comúnmente pasan las familias, al contar con una hija adolescente embarazada, viven experiencias críticas mayormente con los padres, ya que al momento de dar la noticia en la mayoría de los

padres genera un impacto emocional no esperado mostraron enojo, desacuerdo y en algunas ocasiones orillan el abandono del hogar. Lo que hace que generen sentimientos de culpa, arrepentimiento y abandono de las adolescentes, generando sentimientos de abandono y soledad, que pudieran llegar a pensar en el aborto. Sáenz (2018) reporta que, la reacción de los padres al recibir la noticia, producirá un rechazo repentino, generando nuevos conflictos entre ellos, ya que la familia se ve obligada a la reorganización de sus funciones, creando climas rígidos, distantes, fríos y hostiles y con objetivo de que no vuelva a ocurrir ese evento orillan a la adolescente al uso de anticonceptivos.

En la categoría dos ser mamá, las participantes detallan sus experiencias en la maternidad, para la mayoría de ellas significa haber iniciado con un evento crítico por el contexto en el que se encontraban. Cursaron con sentimientos encontrados ya que por un lado ellas sentían temores y angustia, por otro lado sintieron felicidad y realización en su maternidad. El ser mamá para algunas adolescentes tuvo un inicio tormentoso, pero se fue transformando esa angustia a un evento positivo, lleno de esperanza y plenitud. Como lo reporta Botero-Botero et al. (2020), que para las adolescentes la maternidad trae consigo un acumulo de cambios que requieren de reorganización de la propia identidad ya que es vivenciada como un acontecimiento complejo y ambivalente. En esta categoría emergen las subcategorías una etapa difícil, cambios en mi vida y apoyo a la madre adolescente.

En la subcategoría etapa difícil las madres adolescentes comparten su experiencia sobre lo complicado que es ser mamá en edades tempranas, por un lado, la recuperación en el posparto, las que presentaron complicaciones y que fueron apartadas de su hijo por un tiempo, seguido de lo que implica el cuidado de un bebé, la demanda de tiempo, energía y el desconocimiento en el cuidado de un recién nacido, las mantenía en un estrés emocional constante. Para algunas de ellas el no contar con apoyo emocional por parte de la familia o pareja, llegaron a sentirse perdidas y desvalorizadas, lo que no les ayudo a superar esta etapa fácilmente. Esto coincide con el trabajo de Mollborn (2017),

donde refiere que las madres adolescentes presentan limitaciones en la maternidad por su corta edad y esto genera estrés en el cuidado de su hijo, la demanda del cuidado y el de continuar con su vida, puede limitar las habilidades como cuidadora.

Referente a la subcategoría cambios en mi vida, el discurso de las madres adolescentes se enfoca en el desajuste en sus dinámicas de vida, a la transformación de la vida de las adolescentes abrupto de niña a mamá, como el abandono de actividades que normalmente realizaban e incluir nuevas actividades que no tenían contempladas. La interrupción de sus estudios, el unirse en pareja, que trajo consigo vivir una relación hasta cierto punto forzada, en otro lugar o con otras personas, el tener que trabajar cuando antes solo asistían a la escuela y sobre todo la percepción de los demás ante su maternidad temprana, trajo para algunas de ellas sentimientos de frustración y discriminación. Otro aspecto fue que después del nacimiento de su hijo, tuvieron que elegir o reforzar el uso de anticonceptivos para evitar un embarazo repetido. Madrid et al. (2019), reportan que la maternidad en la adolescencia trae consigo consecuencias negativas, ya que las aleja de sus proyectos personales, como sucede con la salida prematura de las escuelas, la aceleración de una vida conyugal, con la posibilidad del fracaso y en algunas ocasiones la entrada al mercado laboral.

En cuanto a la subcategoría apoyo a la madre adolescente, el sentir de las madres adolescentes de manera positiva al tener a alguien a quien recurrir, como padres, hermanos, pareja u otros familiares, favorece el desarrollo para el cuidado de ella y su hijo. Las narrativas algunas de las madres adolescentes refieren, que el apoyo de los padres fue muy importante cuando se encontraron en esta situación, trajo consigo sentimientos de amor y seguridad, lo que les favoreció para su adaptación al nuevo rol materno, disminuyendo su carga emocional del cuidado de un bebé.

Esto lo reafirma Delgado (2021), en su estudio cualitativo donde, refiere que el apoyo social hacia la madre adolescente, facilita el desarrollo de una conducta sensible hacia sus hijos, lo cual es explicado por la percepción de un menor número de factores

estresores y esto facilita en la elección de un anticonceptivo para la madre adolescente. Cadrazco-Urquijo et al. (2018) reporta que el embarazo planificado o no planificado tiene un impacto en la familia, ya que influye directamente en la realización de la joven madre, por las alteraciones emocionales que están pasando las gestantes, dotándola de poder para la toma de decisiones.

En la tercera categoría denominada como me voy a cuidar, comprende las experiencias de las madres adolescentes en el uso de anticonceptivos después del nacimiento de su hijo, en un sentido positivo o negativo. Para algunas madres adolescentes su experiencia en el uso de anticonceptivos incluyó el desconocimiento de algunos anticonceptivos y su función, algunas cursaron por algunos efectos adversos que manifestaron desconocer, esta situación las llevo a suspender el uso de anticonceptivos o a cambiar de método. En esta categoría se identificaron cuatro subcategorías poder de elección, decisión importante, soporte de la pareja y cuidado profesional.

En la subcategoría poder de elección, en los relatos de las madres adolescentes se pudo observar que ellas, se sienten con la libertad de elegir un método anticonceptivo que más les convenga y su postura es que tienen primeramente la voluntad de hacerlo, de buscar y conocer más sobre el tipo de anticonceptivo a utilizar, sienten la independencia de acudir a los centros de salud y cuestionar el anticonceptivo que más les parezca, para mejorar su vida familiar con la postergación de otro embarazo. Lo anterior coincide con lo reportado por Alano y Hanson (2018), en un estudio de Etiopia, con mujeres rurales en edad fértil, a pesar de la zona donde se realizó la investigación, la mujeres expresaron tener la libertad de elegir un anticonceptivo y el usarlos, esto mejoró el nivel educativo de sus hijas y experimentaron una mejor imagen de sí mismas, una mejor posición social y mejores relaciones familiares. Las experiencias ilustraron además que el uso de anticonceptivos no solo era emancipador y transformador,

En cuanto a la decisión importante, se pudo observar que las madres adolescentes están conscientes de que tanto la maternidad, la elección de un anticonceptivo y el

cuidado de los hijos requiere de tomar constantemente decisiones que se tienen que pensar o reflexionar, para ellas sus elecciones las han tomado en lo individual pero a veces lo han realizado en pareja, con el fin de buscar su bienestar y el de sus hijos.

En soporte de la pareja, el contar con una pareja sentimental, para las madres adolescentes es de suma importancia, les da fortaleza al hacerlas sentir seguras y amadas, el ideal de contar con una pareja e iniciar un proyecto de familia juntos, las llena de ilusión y complementa el cariño con la llegada de su hijo. A pesar de que en algunas adolescentes la unión es forzada, se soluciona ante la sociedad la llegada de su hijo antes de tiempo. Como le reporta Madrid et al. (2019), que la constitución de un hogar a través de la formalización de la pareja da soporte, sentido y tiene el objetivo de garantizar una acogida segura para el hijo en camino, lo cual les da seguridad a las madres adolescentes inclusive para la elección de un anticonceptivo. Al igual que Enríquez et al. (2019), reportan que la pareja como fuente de soporte, resulta ser positivo para las adolescentes ya que rompe el estereotipo de la conducta masculina que desaparece al enterarse del embarazo.

En el cuidado profesional se refiere a la práctica integradora del personal de salud, cuya finalidad es fortalecer y/o aliviar alteraciones de salud, preocuparse por la otra persona, cuya intervención favorece a la toma de decisiones en la persona de cuidado, lo que ocasiona un impacto positivo, como puede ser la orientación a las madres adolescentes sobre el uso correcto y sostenido de anticonceptivos.

En cuanto a los factores relacionados con el no uso de métodos anticonceptivos dentro de las dos categorías estar embarazada y ser mamá, se identificaron subcategorías de manera negativa al uso de anticonceptivos. En la subcategoría los motivos del embarazo, se identifican las intenciones hacia la maternidad, como lo es el embarazo planeado, donde interrumpen su anticoncepción por el deseo de la maternidad, en algunos casos repitiendo patrones familiares como haber sido hija de madre adolescente, por el deseo de cumplir un sueño materno o paterno, que siga un proyecto de vida.

En este sentido Madrid et al. (2019) reportan que la maternidad planeada en la adolescencia, las adolescentes añoran embarazarse en su primera etapa, que una vez que se embarazaron y pasaron por la experiencia del parto se consideran maduras y responsables, transitando de la vida adulta a través de la maternidad.

En la subcategoría lo mejor que me ha pasado, se describe la maternidad como la experiencia del embarazo positivo en sus vidas, que ha transformado la manera de cumplir sus ideales maternos y de satisfacer sus necesidades. Para algunas adolescentes el cumplir con su sueño materno les trae alivio y estabilidad emocional, que pudiera estar relacionado a su contexto familiar. El embarazo provocó felicidad y entusiasmo, ya que por sus relatos las adolescentes conocían y algunas utilizaban anticonceptivos que suspendieron por cumplir su ideal en la maternidad, esta ideación fue compartida ya que mencionan que lo platicaron con sus parejas y llegaron al acuerdo de dejar usar anticonceptivos.

Las complicaciones con su bebé, es una situación común en los embarazos adolescentes, al no estar físicamente preparadas para un embarazo los hijos pueden cursar con complicaciones que requieran de hospitalizaciones por tiempos prolongados, esta situación de acuerdo a las narrativas de las madres adolescentes su principal interés fue la recuperación de su hijo, antes que pensar en un método anticonceptivo, ya que su prioridad estaba dirigida a la situación que vivía con su hijo, si se recuperaría, con que complicaciones tendría que lidiar una vez que estuviera en casa.

De acuerdo al objetivo mixto, que fue integrar la convergencia de los factores que influyen en el empoderamiento de uso de anticonceptivos en madres adolescentes, los resultados que se obtuvieron permitieron incluir nuevas variables al modelo, como resultado de las metainferencias, la variable que emergió fue la de libertad de decisión, esta variable es mencionada en la teoría del empoderamiento de Shearer (2000a) previo al empoderamiento, la toma de decisiones libremente tiene un impacto positivo en las personas, sobre todo en las mujeres para tomar el control de su salud, también otorga

poder en la mujer para negociar y decidir libremente, lo que mejor le convenga para su vida y su salud, como es en el uso de anticonceptivos.

Esto coincide con el reporte presentado por Shagabuddin et al. (2016), donde refiere que los factores principales que influyeron en la toma de decisiones en adolescentes, sobre los métodos anticonceptivos y la maternidad, fueron los factores individuales y los factores sociales, tales como la pareja, la familia y el personal de salud, factores coinciden con la teoría del empoderamiento en salud.

Estos factores influyeron en las adolescentes para la toma de decisiones, que al igual que los resultados de este trabajo, las madres adolescentes cursan por diferentes etapas a la hora de elegir un anticonceptivo, primero ellas conocen de anticoncepción pero desconocen los efectos secundarios de su uso, al igual la mayoría de las adolescentes no tenían información concreta sobre las consecuencias del embarazo precoz, esto a razón de que su autonomía en la toma de decisiones era baja, ya que las decisiones en relación a uso de anticonceptivos y maternidad las tomaban otras personas. Segundo los factores individuales (denominados en la teoría de empoderamiento de Shearer como factores contextuales), como la libertad de decisión estaban influenciados por los factores sociales, lo que influyo en el comportamiento anticonceptivo real lo que llevo a la maternidad.

Es así como los resultados de este estudio, permitió tener un panorama más amplio del fenómeno, la conducta anticonceptiva mediante el uso correcto y sostenido de anticonceptivos ha sido estudiada ampliamente por mucho tiempo, pero el embarazo en adolescentes sigue presente y cada vez son más jóvenes que inician vida sexual temprana con el riesgo inminente de embarazo.

Es así como este fenómeno es ampliamente complejo y se requiere de estudios que proporcionen información desde diferentes aristas. El abordaje mixto de acuerdo a Creswell (2014), permitió una aproximación a la realidad de las madres adolescentes en el uso de anticonceptivos, en la toma de decisiones y en las experiencias vividas en la

maternidad, situaciones sociales altamente complejas y tratadas, pero que siguen invisibles para muchos otros.

### **Conclusiones**

El modelo de empoderamiento en el uso de anticonceptivos en madres adolescentes (MOEMA), explicó algunas variables relacionadas de la conducta anticonceptiva (empoderamiento de uso de anticonceptivos, intención de uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos), se encontró que el uso previo de anticonceptivos es una variable que tiene un gran impacto en la conducta anticonceptiva, lo que coincide con el factor predictor de acuerdo a la teoría de Shearer (2000), el uso de anticonceptivos de corta duración es un riesgo mediano para la conducta ya que en cualquier situación de la vida de la madre adolescente, puede interrumpir ese método, considerado como pasajero y de fácil acceso, los anticonceptivos de larga duración también influyen en la conducta pero de una manera positiva.

El proyecto de vida fue una variable que no se contempló para este estudio, sin embargo emergió como una variable importante para la conducta anticonceptiva, si la madre adolescente manifiesta tener planes para el futuro como seguir estudiando, seguir trabajando o comprarse una casa, son ideaciones que van planteándose para el futuro y que de cierta manera influye directa o indirectamente en la conducta anticonceptiva, ya que un hijo por el momento no está en sus planes, aportando al estudio de acuerdo a los factores contextuales de la madre adolescente como una conducta predictora al empoderamiento.

El embarazo planeado es una constante en las madres adolescentes que tienen dos hijos, la referencia de haber planeado su segundo hijo, se interpreta como una seguridad y estabilidad con la pareja actual, el haber postergado la anticoncepción y cumplido su deseo materno también evidencia a una adolescente con conciencia y que a pesar de los riesgos que se conocen, deciden correrlos. Lo cual influye en la conducta anticonceptiva por postergar su método, eso también demuestra que las adolescentes

están empoderadas, se trazan un plan de vida, saben lo que quieren y lo llevan a cabo.

La experiencia materna en las adolescentes tiene una influencia positiva en la conducta anticonceptiva, las dificultades que han enfrentado algunas adolescentes ante la maternidad, han llegado a un estado de madurez abrupta, la vida las he hecho madurar y con tal de no volver a vivir experiencias amargas y no gratas, las instruye para tomar decisiones anticonceptiva que mejor les favorezca. Como lo comentan en alguno de los argumentos las adolescentes, a pesar de haber pasado por malas experiencias con el personal de salud, insisten en buscar soluciones anticonceptivas.

El apoyo de la pareja es una variable que tiene gran impacto en la conducta anticonceptiva con las madres adolescentes, ya que se sienten seguras y estables al compartir la responsabilidad de la anticoncepción familiar. El sentirse acompañadas y de cierta manera protegidas, favorece a la toma de decisiones en la anticoncepción. El apoyo del personal de salud, también se visualiza como algo positivo para la conducta anticonceptiva, un trato humano e incondicional hacia la madre adolescente, favorece positivamente para una buena conducta anticonceptiva.

Una de las variables que emergió fue libertad de decisión, las madres adolescentes expresan sentirse libre para tomar sus decisiones, sin coerción a pesar de las influencias de pareja o familiares, dicen sentirse libres para elegir lo que más les convenga, esta situación tiene un impacto positivo ante la conducta anticonceptiva ya que la madre adolescente se identifica como empoderada en sus elecciones.

En cuanto a la utilización de la metodología mixta, fue acertada su abordaje ya que el fenómeno de estudio es considerado complejo, tanto el embarazo en la adolescencia, la anticoncepción y el empoderamiento, son considerados fenómenos altamente complicados para su estudio, por la multicausalidad que los constituye, además la población de estudio es una población vulnerable y marginada, que la presencia del embarazo es una constante en estos grupos poblacionales,

Además, permitió integrar nuevas variables que explican la conducta en el modelo propuesto, con los factores que influyen como la libertad de decisión, para el uso correcto y sostenido de anticonceptivos, que llevan al empoderamiento de la madre adolescente. El abordaje cuantitativo permitió un acercamiento general de la conducta anticonceptiva en el uso correcto y sostenido de anticonceptivos y la metodología cualitativa permitió conocer las percepciones de las madres adolescentes y sus significados acerca de la maternidad.

### **Limitaciones**

A continuación, se reportan las limitaciones que se presentaron en este estudio desde el diseño, análisis y resultados. En el diseño de este trabajo fue de tipo concurrente transformativo, donde se realizó al mismo tiempo la colecta de los datos, en cuanto a la fase cualitativa el abordaje de la fenomenología hermenéutica, requiere de tiempo para procesar la información. Las entrevistas semiestructuradas se realizaron una vez identificada a la población se realizó, por técnica de bola de nieve en los centros de salud, algunas aceptaron que se realizara en el mismo centro y otras prefirieron vía virtual. Algunas entrevistas se tuvieron que descartar sobre todo las virtuales por no contar con la privacidad que se requería o fallas técnicas. Presentando un ligero desfase en temporalidad para la realización de otras entrevistas.

En relación a los instrumentos utilizados, fueron auto-aplicables y algunas adolescentes se mostraron indiferentes al tener que leer las preguntas, parecía que las leían rápidamente sin cuestionar o sin leer correctamente las preguntas, en relación al tiempo de aplicación les parecía prolongado por lo que se tuvieron que realizar varias pausas para completar todos los instrumentos. En cuanto a los instrumentos, que fueron apropiados para medir las variables de estudio, en la cedula de datos personales en la pregunta 3 actualmente vives con, se encontró que la madre adolescente puede estar viviendo con el padre de su hijo o pareja sentimental en casa de familiares, pero por su relación sentimental marcaban que vivían solo con su pareja.

En cuanto al instrumento Escala de autoeficacia para el uso de anticonceptivos y Apoyo social referente a la pareja, algunas de las preguntas abordan la toma de decisiones o situaciones con la pareja, para algunas de las madres adolescentes no respondieron ya que refieren no haber tenido pareja en ese momento.

En el aspecto ético se presentaron algunas situaciones como: madres adolescentes que convivían con parejas sentimentales de más de 40 años de edad, de cierto modo limitaron el abordaje en cuanto a entrevistas, se encontraron madres adolescentes que se consideraban trabajadoras sexuales y madres adolescentes que refieren que su hijo fue producto de una violación, tipo incesto por el padre de la adolescente. Estas situaciones se tuvieron que reportar en las unidades de salud donde se abordaron a las adolescentes.

### **Recomendaciones**

Con base a los resultados obtenidos, se recomienda fomentar más la investigación de tipo mixta, ya que esta metodología permitió abordar un fenómeno complejo multicausal y se logró profundizar en la comprensión de la conducta del empoderamiento en el uso de anticonceptivos de las madres adolescentes. Se sugiere abordar en otros estudios a los adolescentes hombres que figuran como pareja en la toma de decisiones, en el uso de anticonceptivos y en la planeación de la paternidad, así como aspectos relacionados a la violencia que se ejerce hacia la madre adolescente que interfiere en el uso de anticonceptivos. Se recomienda realizar investigaciones en la salud mental y uso de anticonceptivos, ya que se identificó que los anticonceptivos tienen cierta influencia en la salud mental.

Con el modelo final propuesto, se recomienda generar nuevas intervenciones para disminuir el embarazo en la adolescencia, con algunas particularidades para las madres adolescentes, generar nuevas propuestas para habilitar a las niñas y adolescentes en el poder y libertad de decisiones en la elección de algún método anticonceptivo y sobre todo en las implicaciones de llevar una vida sexual a temprana edad.

Se sugiere también proponer ante las autoridades educativas implementar actividades que favorezcan al empoderamiento, sobre todo en los derechos sexuales y reproductivos de las niñas y adolescentes, elaborar planes y políticas públicas dirigidas a fomentar una vida libre y consiente en la elección de un anticonceptivo, donde se incluya también al sistema de salud, que garantice su derecho y libertad de elección libre de discriminación o imposición.

## Referencias

- Adarve-Hidalgo, E., Falguera-Puig, G., & Seguranyes Guillot, G. (2016). Adherencia y cumplimiento del método anticonceptivo hormonal oral. *Matronas Profesión*, 2016, vol. 17, num. 1, p. 28-34.
- Ajzen, I. (2019). The theory of planned behaviour diagram. Recuperado de:  
<https://people.umass.edu/~ajzen/tpb.diag.html#null-link>
- Alano A, & Hanson L (2018) Women's perception about contraceptive use benefits towards empowerment: A phenomenological study in Southern Ethiopia. *PLoS ONE* 13(9): e0203432. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203432>
- Albuquerque, A. P. D. S., Pitanguí, A. C. R., Rodrigues, P. M. G., & Araújo, R. C. D. (2017). Prevalence of rapid repeat pregnancy and associated factors in adolescents in Caruaru, Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 17, 347-354.
- Allahverdizadeh, S., Kohan, S., Farajzadegan, Z., & Ghojzadeh, M. (2018). Designing a guideline for empowering married adolescent girls in reproductive health: a mixed-method study protocol. *Reproductive Health*, 15(1), 1-6.
- Alva, R. (2018). Sobre la Educación en el Control Prenatal en el Perú. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*, 3(2), 8-9.
- Andia Quintana, D. (2017). Aspectos relacionados con la toma de decisiones en la elección de métodos anticonceptivos con equidad de género, en el Centro de Salud de Wanchaq 2016.
- Aslam, R., Hendry, M., Booth, A., Carter, B., Charles, J., Craine, N., Edwards, R., Noyes, J., Ntambwe, L., Pasterfield, D., Rycroft-Malone, J., Williams, N., Asaolu, I. O., Okafor, C. T., Ehiri, J. C., Dreifuss, H. M., & Ehiri, J. E. (2017). Association between measures of Women's empowerment and use of modern contraceptives: an analysis of Nigeria's demographic and health surveys. *Frontiers in public health*, 4, 293.

- Asaolu, I. O., Okafor, C. T., Ehiri, J. C., Dreifuss, H. M., & Ehiri, J. E. (2017). Association between measures of Women's empowerment and use of modern contraceptives: an analysis of Nigeria's demographic and health surveys. *Frontiers in public health*, 4, 293.
- Ávila, D. A. (2019). Nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en madres adolescentes del Servicio de Maternidad, Hospital Belén de Trujillo 2019.
- Ayma Ninahuanca, S., & Huamán Mamani, S. L. (2016). Aspectos relacionados con la toma de decisiones de la elección de métodos anticonceptivos con equidad de género en el Centro de Salud de Ollantaytambo 2016.
- Bacher, S. B., & Alzueta, C. (2019). Comunicación y educación en la prevención del embarazo no intencional en la adolescencia. *Comunicación*, (40), 53-64.
- Bamberger, M. (2012). Introducción a los métodos mixtos de la evaluación de impacto. *Notas sobre evaluación de impacto*, 3, 1-42.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive Theory: An agentic perspective. *Annual review of Psychology*.
- Bardin, L. (1996) *Análisis de contenido*. Madrid: Akal Ediciones.
- Barrett, E. (1986a). Investigation of the principle of helicy: The relationship of human field motion and power. In V. Malinski (Ed.), *Explorations on Martha Rogers' science of unitary human beings* (PP. 173-184). Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts
- Barrett, E. (1990b). Health patterning with clients in a private practice environment. In E. Barrett (Ed.), *Visions of Rogers' science-based nursing* (pp. 105-115). New York: National League for Nursing.
- Barrett, E. (2015c). Barrett's theory of power as knowing participation in change. In M. C. Smith & M. E. Parker (Eds.). *Nursing theories and nursing practice* (4th Ed) (pp. 495 - 508). Philadelphia: F. A. Davis.

- Barona, R. C., Oliveros, H. L. V., & Amaya, R. M. R. (2017). Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años en el municipio de Buenaventura, Colombia. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 49(2), 290-300.
- Bazeley, P. (2009). Analyzing mixed methods data. Dans S. Andrew et E. Halcomb (dir.), *Mixed methods research for nursing and the health sciences* (p. x-x). Chichester : Wiley.
- Becker, J., Crivelli, K.A. & Gronseth, L.D. (2004). Individual Empowerment: How community health workers operacionalize self-determination, self-sufficiency and decision-making abilities of low-income mothers. *Journal of Community Psychology*, 32 (3), 327-342.
- Benner, P. (1985). Quality of life: A phenomenological perspective on explanation, prediction, and understanding in nursing science. *Advances in nursing science*, 8(1), 1-14.
- Bernal, L. A. A., Londoño, D. C. C., Gómez, A. K. L., Roa, I. D. A., & Castillo, L. A. D. (2021). Autoestima y embarazo adolescente en un grupo de estudiantes de bachillerato en el municipio de Soacha (Colombia). *Paradigmas Socio-Humanísticos*, 3(1), 11-23.
- Bernal, L., Salgado, M., Arias, P., Rojas, J. P., Ramírez, C., Navarro, A. M., ... y Tovar Rivero, B. E. (2020). Administración de medicamentos: un abordaje desde la teoría de los seres humanos unitarios.
- Blaessinger, R. R. (2012). Maternidad: ¿Un deseo femenino en la Teoría freudiana? *Nomadías*, (16), ág-119.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.

- Borovac-Pinheiro, A., Jesus, E. A. R., & Surita, F. (2019). Empowering Adolescent Mothers in the Choice of Contraception at Postpartum Period: Avoiding a Subsequent Pregnancy. Available at SSRN 3335048.
- Botero-Botero, L., Giraldo-Gómez, M., & Zuluaga-Jaramillo, C. (2018). Maternidad en adolescentes y su relación con las experiencias vinculares tempranas. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (54), 114-128.
- Bucknall, A., & Bick, D. (2019). Repeat pregnancies in teenage mothers: An exploratory study. *Journal of Advanced Nursing*, 75(11), 2923-2933.
- Burke, H. M., Santo, L. D., Bernholc, A., Akol, A., & Chen, M. (2018). Correlates of rapid repeat pregnancy among adolescents and young women in Uganda. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 44(1), 11-18.
- Burke, H. M., Ridgeway, K., Murray, K., Mickler, A., Thomas, R., & Williams, K. (2022). Reproductive empowerment and contraceptive self-care: a systematic review. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 29(3), 2090057.
- Cadrazco-Urquijo, J. A., & Chacón-Rodríguez, L. K. (2019). *Relaciones interpersonales y emocionalidad en Interpersonal relationships and emotion in pregnant teens*. 7, 2–6.
- Cancino, A., & Valencia, M. (2015). Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. *Perinatología y Reproducción Humana*, 29(2), 76–82.  
<https://doi.org/10.1016/j.rprh.2015.05.004>
- Caroselli, C., & Barrett, E. A. M. (1998). A review of the power as knowing participation in change literature. *Nursing Science Quarterly*, 11(1), 9–16.  
<https://doi.org/10.1177/089431849801100105>
- Casique, I. (2003a). Empoderamiento femenino y uso de anticonceptivos en México. *Boletín género y salud en cifras*, 1, 13-18.
- Casique, I. (2010b). Factores de empoderamiento y protección de las mujeres contra la violencia. *Revista mexicana de sociología*, 72(1), 37-71.

- Casique, I. (2017c). Propuesta y validación de una escala general para medir el empoderamiento de los adolescentes en México. *Notas de Población*.
- Castro Lopes, S., Constant, D., Fraga, S., & Harries, J. (2022). How women's empowerment influences fertility-related outcomes and contraceptive practices: A cross-sectional study in Mozambique. *PLOS Global Public Health*, 2(9), e0000670.
- Caudillo-Ortega, L., Alicia Benavides-Torres, R., Harrison, T., Flores Arias, M. L., Vital Ornelas, V. M., & Valdez Montero, C. (2019). Factores Relacionados con la Conducta Anticonceptiva en Mujeres Jóvenes: Estudio Mixto. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 19(2).
- Caudillo, L., Benavides, R., Harrison, T., Montañez, M., Moreno, M., & Hernández, M. (2015). Autoeficacia para la anticoncepción y conducta anticonceptiva en mujeres jóvenes. *Cuidados de Enfermería y Educación en Salud*, 2(1), 84-94.
- Caudillo, O. L. & Benavides-Torres, R. A. (2016). *Modela de la conducta anticonceptiva en mujeres desde un abordaje con métodos mixtos (Tesis Doctoral)*. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.
- Cedeño, L. (2006). *Relación entre el empoderamiento y la conducta reproductiva y anticonceptiva*.
- Coleman-Minahan, K., Dillaway, C. H., Canfield, C., Kuhn, D. M., Strandberg, K. S., & Potter, J. E. (2018). Low-Income Texas Women's Experiences Accessing Their Desired Contraceptive Method at the First Postpartum Visit. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 50(4), 189-198.
- Conroy, K., Engelhart, T., Martins, Y., Huntington, N., Snyder, A., Coletti, K., & Cox, J. E. (2016). The Enigma of Rapid Repeat Pregnancy: A Qualitative Study of Teen Mothers. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(3), 312–317.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpag.2015.12.003>
- Costillas-Caño, P., Cristóbal-García, I., Falguera-Puig, G., Jurado-López, A. R., LoboAbascal, P., Obiol-Sáiz, A. M., & Calaf-Alsina, J. (2018). Buenas prácticas en

el asesoramiento anticonceptivo a mujeres: recomendaciones del grupo de Expertos Multidisciplinar en Materia Anticonceptiva (EMMA). *Medicina Reproductiva y Embriología Clínica*, 5, 1-10.

Creswell, J. W. (2014). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 4th edn. United States of America: SAGE Publications, Inc

Creswell, J., & Plano, V.L. (2011). *Design and conducting, mixed methods research*. 2nd Edition. SAGE publications, Inc.

Creswell, J., & Poth, C. (2018). *Research design: Qualitative inquiry and research design; Choosing among five approaches* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Cruz, M., Lastra, N. y Lastre, G. (2018). Revisión de conceptos: Embarazo en adolescentes y la experiencia en el control prenatal. *Ciencia de Innovación en Salud*, 6(2), 1-21. Recuperado de

<http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/view/3100>

Cox, J. E., Harris, S. K., Conroy, K., Engelhart, T., Vyavaharkar, A., Federico, A., & Woods, E. R. (2019). A parenting and life skills intervention for teen mothers: a randomized controlled trial [Habilidades parentales y de vida para madres adolescentes ECA]. *Pediatrics*, 143(3).

Curtis, S. E. (2011). *A Health Empowerment Theory approach to pregnant adolescents 18 and 19 years of age in the Bahamas*. University of Miami.

Dadi D, Bogale D, Minda Z, & Megersa S. (2020). Decision-Making Power of Married Women on Family Planning Use and Associated Factors in Dinsho Woreda, South East Ethiopia. *Open Access J Contracept*. 11:15-23. Disponible en:

<https://doi.org/10.2147/oajc.s225331>

Darroch, J. E., Woog, V., Bankole, A., & Ashford, L. S. (2016). Adding it up: costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents. [

De Castro, F., Rojas-Martínez, R., Villalobos-Hernández, A., Allen-Leigh, B.,

Breverman-Bronstein, A., Billings, D. L., & Uribe-Zúñiga, P. (2018). Sexual and

- reproductive health outcomes are positively associated with comprehensive sexual education exposure in Mexican high-school students. *PloS one*, 13(3), e0193780.
- Del Pino Duymovich D. (2015). Nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en madres adolescentes del “Centro de Salud Chorrillos I Gustavo Lanatta Luján. (Tesis Obstetricia). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
- Demissie, G. D., Akalu, Y., Gelagay, A. A., Alemnew, W., & Yeshaw, Y. (2021). Factors associated with decision making power of women to use family planning among married women in sub-Saharan Africa: A multilevel analysis of demographic health surveys.
- Dew, K. (2007). A health researcher's guide to qualitative methodologies. *Australian and New Zealand journal of public health*, 31(5), 433-437.
- Domínguez del Campo, M., & Jiménez Rodríguez, M. L. (2017). Formalización del binomio persona-entorno: una aproximación algebraica en Cuidadología. *Ene*, 11(3).
- Dulanto-Ramos, Y. B., Luna-Muñoz, C., & Roldan, L. (2022). Factores asociados al no uso de métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes del Perú. *Endes 2018-2020. Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 22(2), 345-352.
- Dulock, H., & Holzemer, W. L. (1991). Substruction: Improving the linkage from theory to method. *Nursing Science Quarterly*, 4(2).  
<https://doi.org/10.1177/0021955X9903500605>
- Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (2018). México: Consejo Nacional de Población, 2019 [citado febrero 4, 2020]. Disponible en:  
<https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454>
- Enríquez, A., Ortuño Villagómez, D., & Sacoto, M. F. M. (2019). Adolescentes mujeres y jóvenes adultas frente a los temas de embarazo y aborto: ¿Percepciones diferentes

- según la edad? Estudio realizado en Quito, Ecuador (2017). *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 9(1), 5-25.
- Estrada, F., Suárez-López, L., Hubert, C., Allen-Leigh, B., Campero, L., & Cruz-Jiménez, L. (2018). Factors associated with pregnancy desire among adolescent women in five Latin American countries: a multilevel analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 125(10), 1330-1336.
- Felicia, S. (2016). Nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en madres adolescentes del “Centro de Salud Chorrillos I Gustavo Lanatta Luján” febrero–abril 2015 (Doctoral dissertation, UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS).
- Fernández, Y., & Calle, A. (2018). Empoderamiento femenino: La vía para la apropiación y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. *Manglar*, 14(2), 107-114.
- Flavio Huaman, L. (2021). Factores asociados a la toma de decisión del uso de métodos anticonceptivos en mujeres de edad fértil, ENDES 2019.
- Flores Arias, M. L. (2017). Modelo explicativo de la conducta anticonceptiva de la pareja (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León).
- Flores, M., Nava, G. & Arenas, L. (2017). Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. *Revista de Salud Pública*, 19(3), 374-378. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=422/42254536013>
- Flórez, C., & Soto, V. (2019). Tendencias del embarazo en la adolescencia y sus determinantes próximos en Colombia1. *Embarazo temprano: Evidencias de la investigación en Colombia*, 59.
- Fondo de población de las naciones unidas UNFPA (2021b). Década de acción, objetivos del desarrollo sostenible. En línea <https://www.unfpa.org/es/sdg>
- Fondo de población de las naciones unidas UNFPA (2020a). Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescentes en México. Implementación de la

metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescentes en países de America Latina y el Caribe MILENA 1.0.

<https://mexico.unfpa.org/es/publications/consecuencias-socioecon%C3%B3micas-del-embarazo-en-adolescentes-en-m%C3%A9xico>

- Fortier, E., & Foster, A. M. (2018). Exploring young mothers' experiences with postpartum contraception in Ottawa: results from a multimethods qualitative study. *Contraception*, 97(5), 434-438.
- Frederiksen, B. N., Rivera, M. I., Ahrens, K. A., Malcolm, N. M., Brittain, A. W., Rollison, J. M., & Moskosky, S. B. (2018). Clinic-based programs to prevent repeat teen pregnancy: A systematic review. *American journal of preventive medicine*, 55(5), 736-746.
- Fuster, D. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 201-229. Doi: <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>
- 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.
- Gallardo Limache, L. M. (2019). Empoderamiento de la mujer asociado al uso de planificación familiar a nivel de los departamentos del Perú. 2018.
- Galvão, R. B., Figueira, C., Borovac-Pinheiro, A., Paulino, D., Faria-Schützer, D., & Surita, F. (2018). Hazards of repeat pregnancy during adolescence: a case-control study. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 40(8), 437-443.
- García, B. E., Álvarez, G. M. M. L., & Oropeza, I. F. D. (2016). 19 Escalas de evaluación psicológica.

- García Cantú, E. J. (2021). *Conocimiento sobre el uso de anticonceptivos en pacientes adolescentes* (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León).
- García-Barón, Á. V., Fonseca-Fonseca, W. A., & Camargo-Escobar, I. M. (2022). Variables relacionadas con la conducta sexual de los adolescentes. Ayala-Rodríguez, N. & López-Cantero, E.(Eds.).(2021). *Semilleros: Contribuciones investigativas desde la psicología a las realidades sociales en Colombia*. Bogotá: Universidad Católica de Colombia.
- Glaser B. & Strauss A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Aldine. Chicago, IL, EEUU. 271 pp.
- Gogna, M., & Binstock, G. (2018). Contextos familiares de las maternidades en la adolescencia. In V Jornadas CINIG de Estudios de Género y Feminismos y III Congreso Internacional de Identidades (La Plata, 10 y 12 de julio de 2018).
- Gogna, M., & Binstock, G. (2017). Contraception and maternity: Findings of a qualitative study with 18-and 19-year-olds in four provinces of Argentina. *Salud Colectiva*, 13(1), 63-72.
- Gómez, J., Ibaceta, P., Muñoz, F., & Pardo, E. (1996). Autoeficacia percibida en relación al comportamiento sexual y contraceptivo de los jóvenes. *Revista de la psicología general y aplicada*, 49(1), 173-183
- Góngora, V. C., & Casullo, M. M. (2009). Validación de la escala de autoestima de Rosenberg en población general y en población clínica de la Ciudad de Buenos Aires. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 1(27), 179-194
- González, E. (2016). Embarazo repetido en la adolescencia: la realidad chilena. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(5), 354-359. Doi: 10.4067/s0717-75262016000500002 [ Links ]
- González Nava, P., Rangel Flores, Y., & Hernández Ibarra, E. (2020). Retos en la prevención del embarazo adolescente subsiguiente, un estudio desde la perspectiva de madres adolescentes. *Saúde e Sociedade*, 29.

- González, E. (2016). Embarazo repetido en la adolescencia: la realidad chilena. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(5), 354-359.
- Govender, D., Naidoo, S., & Taylor, M. (2019). Prevalence and Risk Factors of Repeat Pregnancy among South African Adolescent Females. *African Journal of Reproductive Health*, 23(1), 73–87. <https://doi.org/10.29063/ajrh2019/v23i1.8>
- Grove, S. K., & Gray, J. R. (2019). *Investigación en enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. Elsevier Health Sciences.
- Guerrero, J. (2020). Disminución desigual de las tasas de fecundidad en adolescentes de 32 países de la Región de las Américas, 1960-2019. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, e71.
- Guerrero L, León A. (2018). Estilo de vida y salud. *Educere* [revista en Internet] 2010 citado el 29 de septiembre de 2018; 14 (48): 13-19. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/32226/1/articulo1.pdf>.
- Guo, C., Ding, R., Wen, X., & Zheng, X. (2019). Male Experience and Sociodemographic Characteristics of Premarital Pregnancy: Based on a Nationwide Population-Based Survey Among Urban and Rural Chinese Youths. *American journal of men's health*, 13(1), 1557988319831900.
- Guzzo, K. B., & Hayford, S. R. (2018). Adolescent reproductive and contraceptive knowledge and attitudes and adult contraceptive behavior. *Maternal and child health journal*, 22(1), 32-40.
- Hall. C. (1992). *Women and empowerment*. Philadelphia: Hemisphere Publishing Corporation.
- Hamidi, O., Deimling, T., Lehman, E., Weisman, C., & Chuang, C. (2018). High self-efficacy is associated with prescription contraceptive use. *Women's Health Issues*, 28(6), 509-513.
- Haynes, M. C., Ryan, N., Saleh, M., Winkel, A. F., & Ades, V. (2017). Contraceptive Knowledge Assessment: validity and reliability of a novel contraceptive research

tool. *Contraception*, 95(2), 190–197.

<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.09.002>

Hendrick, C., Cance, J., & Maslowsky, J. (2016). Peer and Individual Risk Factors in Adolescence Explaining the Relationship between Girls' Pubertal Timing and Teenage Childbearing. *Journal of Youth and Adolescence*, 45(5), 916–927.

<https://doi.org/10.1007/s10964-016-0413-6>

Hernández Quirama, A., Cáceres Manrique, F. D. M., & Rivero-Rubio, C. (2020). Estudio y embarazo en la universidad. Un reto difícil de superar. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 16(2), 353-363.

Horvath, B. (1994). The science of unitary human beings as a foundation for nursing practice with persons experiencing life-patterning difficulties: Transforming theory into motion. In M. Madrid and E.A. M. Barrett (Eds.), *Rogers' scientific art of nursing practice* (pp. 163-176). New York: National League for Nursing

Hubel, G. S., & Moreland, A. D. (2020). What do adolescent parents need to prevent repeat pregnancy? A qualitative investigation. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 15(1), 21–31. <https://doi.org/10.1080/17450128.2019.1668580>

Hsu, H. Y., Lien, Y. F., Lou, J. H., Chen, S. H., & Wang, R. H. (2010). Exploring the effect of sexual empowerment on sexual decision making in female adolescents. *Journal of Nursing Research*, 18(1), 44-52.

Husserl, E. (1992). *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica*. Madrid: FCE.

Ibitoye, M., Casterline, J. B., & Zhang, C. (2022). Fertility Preferences and Contraceptive Change in Low-and Middle-Income Countries. *Studies in family planning*, 53(2), 361-376.

Igras, S., Yahner, M., Ralaison, H., Rakotovao, J. P., Favero, R., Andriantsimietry, S., & Rasolofomanana, J. R. (2019). Reaching the youngest moms and dads: A socio-ecological view of actors and factors influencing first-time young parents' use of

sexual and reproductive health services in Madagascar. *African journal of reproductive health*, 23(3), 19-29.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017). La anticoncepción: implicaciones en el embarazo adolescente, fecundidad y salud reproductiva en México. In *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014* (Vol. 7). [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ENADID 2018. INEGI. Recuperado de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/resultados\\_enadid18.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/resultados_enadid18.pdf)

Instituto Nacional de las Mujeres & Instituto Nacional de Salud Pública (2018). *Trazando la ruta : embarazos subsecuentes en adolescentes Informe final 10 de octubre 2018*.

Instituto Nacional de las Mujeres (2020). Estudio sobre embarazo subsecuente en adolescentes. Meta-8: situación del embarazo adolescente en municipios con tasa de fecundidad adolescente alta y muy alta

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(1), 1-9.

Jaccard, J., Helbig, D. W., Wan, C. K., Gutman, M. A., & Kritz-Silverstein, D. C. (1996). The prediction of accurate contraceptive use from attitudes and knowledge. *Health Education Quarterly*, 23(1), 17-33.

Jacinto Cárdenas, R., Sánchez Ceuvas, M., Torres Álvarez, M. A. D. C., & Ruíz Palto, M. L. (2020). Mentoría como intervención de enfermería para el empoderamiento adolescente en la salud reproductiva. *Horizonte sanitario*, 19(1), 103-114.

James-Hawkins, L., Peters, C., VanderEnde, K., Bardin, L., & Yount, K. M. (2018). Women's agency and its relationship to current contraceptive use in lower-and

- middle-income countries: A systematic review of the literature. *Global Public Health*, 13(7), 843-858.
- Jenkins, M., Roye, C. F., & Frederickson, K. (2017). No rush to motherhood: the lived experience of African American never pregnant sexually active female teens. *Journal of pediatric nursing*, 32, 41-46.
- Kaewkiattikun, K. (2017). Effects of immediate postpartum contraceptive counseling on long-acting reversible contraceptive use in adolescents. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 8, 115.
- Kaiser, S., & Schulze, G. C. (2018). Person–Environment Analysis: A Framework for Participatory Holistic Research. *Gestalt Theory*, 40(1), 59-74.
- Kahsay, Z., Tegegne, D., Mohammed, E., & Kiros, G. (2018). Application of individual behavioral models to predict willingness to use modern contraceptives among pastoralist women in Afar region, Northern Ethiopia. *PloS one*, 13(5), e0197366.
- Kendall, T. L. (2020). A School-Based Sexual Health Education Program.
- Kumar, A., Jain, A. K., Ram, F., Acharya, R., Shukla, A., Mozumdar, A., & Saggurti, N. (2020). Health workers' outreach and intention to use contraceptives among married women in India. *BMC Public Health*, 20(1), 1-9.
- Lalas, J., Garbers, S., Gold, M. A., Allegrante, J. P., & Bell, D. L. (2020). Young men's communication with partners and contraception use: a systematic review. *Journal of Adolescent Health*, 67(3), 342-353.
- Lin, C. J., Nowalk, M. P., Ncube, C. N., Aaraj, Y. A., Warshel, M., & South-Paul, J. E. (2019). Long-term outcomes for teen mothers who participated in a mentoring program to prevent repeat teen pregnancy. *Journal of the National Medical Association*, 111(3), 296-301.
- Leftwich, H. K., & Alves, M. V. O. (2017). Adolescent pregnancy. *Pediatric Clinics*, 64(2), 381-388.

- Levinson, R., Wan, C. & Beame, L. (1998). The Contraceptive Self-Efficacy Scale: Analysis in Four Samples. *Journal of Youth and Adolescence*, 27 (6).
- Lewandowski, S. K., Duttge, G., & Meyer, T. (2020). Quality of life and mental health in adolescent users of oral contraceptives. Results from the nationwide, representative German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Quality of Life Research*, 29(8), 2209-2218.
- Lewin, A., Mitchell, S., Beers, L., Schmitz, K., & Boudreaux, M. (2016). Improved contraceptive use among teen mothers in a patient-centered medical home. *Journal of Adolescent Health*, 59(2), 171-176.
- Lewis, L. N., Doherty, D. A., Hickey, M., & Skinner, S. R. (2012). Predictors of sexual intercourse and rapid repeat pregnancy among teen- age mothers: an Australian prospective longitudinal study. *Medical Journal of Australia*, 193, 338–341.
- Lindberg, LD, & Kost, K. (2014). Explorando las intenciones de nacimiento de los hombres estadounidenses. *Revista de salud materno infantil*, 18 (3), 625 – 633
- Loewenberg Weisband, Y., 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(1), 1-8.
- MacQuarrie, Kerry L. D. 2021. Young Women’s Empowerment and Fertility Intentions. DHS Analytical Studies No. 77. Rockville, Maryland, USA: ICF.
- Madjar, I., & Walton, J. A. (1999). Nursing and the experience of illness: phenomenology in practice. Sydney: Allen & Unwin
- Madrid, J., Hernández, A., Gentile, A., & Cevallos, L. (2019). Embarazos y maternidad adolescente desde una perspectiva cualitativa en ciencias sociales. *ADOLESCERE Revista de Formación Continuada de La Sociedad Española de Medicina de La Adolescencia*, VII (n1), 39–47.

- Maggetti, M. (2020). Mixed-methods designs. *Handbuch Methoden der Politikwissenschaft*, 193-210.
- Mahendra, I. G. A. A., Wilopo, S. A., Sukamdi, y Putra, I. G. N. E. (2019). The role of decision-making pattern on the use of long-acting and permanent contraceptive methods among married women in Indonesia. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 24(6), 480-486.
- Malhotra, A., Schuler, S. R., & Boender, C. (2002). Measuring women's empowerment as a variable in international development. In background paper prepared for the World Bank Workshop on Poverty and Gender: New Perspectives (Vol. 28). Washington, DC: The World Bank
- Manjarres Posada, N. I. (2020). Intervención motivacional asistida por computador para el incremento en el uso de anticonceptivos en madres adolescentes (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León).
- Maravilla, J. C., Betts, K. S., Couto e Cruz, C., & Alati, R. (2017a). Factors influencing repeated teenage pregnancy: a review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217(5), 527-545.e31.  
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.04.021>
- Maravilla, J. C., Betts, K. S., & Alati, R. (2019b). Exploring the risks of repeated pregnancy among adolescents and young women in the Philippines. *Maternal and child health journal*, 23(7), 934-942.
- María, C., & Kishimoto, R. (2017). *Embarazo Reincidente En Madres Adolescentes Instituto Nacional Materno Perinatal 2015*.
- Mboane, R., & Bhatta, M. P. (2015). Influence of a husband's healthcare decision making role on a woman's intention to use contraceptives among Mozambican women. *Reproductive health*, 12(1), 1-8.
- Medina, O. S., & Ortiz, K. (2018). Fecundidad en adolescentes y desigualdades sociales en México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, 1-8.

- Mejía Ituyán, L. D., Trujillo Martínez, J. D., Hernández Forero, P., Aguilar Rodríguez, L. K., & Cárdenas Romero, J. (2019). Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos de gestantes adolescentes y sus parejas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(4).
- Méndez, C. M. (2017). La percepción de los adolescentes de las prácticas parentales y de su bienestar psicológico (Doctoral dissertation, Universidad de Montemorelos (México)).
- Méndez, R. E. S. (2020). Prevención del Embarazo Precoz en la Ciudad de México. *Ciencia Jurídica y sostenibilidad. Revista Audiovisual de Investigación*, 1(3).
- Mollborn, S. (2017). Teenage mothers today: what we know and how it matters. *Child development perspectives*, 11(1), 63-69.
- Mota, R., Santos, M., De Camargo, C., Pereira, N., Diniz, N. M., & Rodrigues, A. (2014). Sexualidad, embarazo y violencia doméstica: Experiencias de adolescentes Brasileñas. *Index de Enfermería*, 23(3), 139–143. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962014000200005>
- Munhall, P. L. (2012). A phenomenological method. P. Munhall (Ed.), *Nursing research: A qualitative perspective*, 113-176.
- Murk, C. (1999). *Autoestima. Investigación, teoría y práctica*. España: Desclée De Brouwer
- Nair, S., Rao, R., Kumar, T., Guru Prasad, G., Kumar, M., Khadeeja Henna, P., ... & Mani, M. (2019). Design of a do-it-yourself (DIY) based solar-powered led lighting system for training and empowering rural youth. In *Research into Design for a Connected World: Proceedings of ICoRD 2019 Volume 1* (pp. 451-460). Springer Singapore.
- Naranjo, M. C. C., Amell, G. E. L., & Lamby, N. L. (2018). Revisión de conceptos: embarazo en adolescentes y la experiencia en el control prenatal. *Ciencia e Innovación en Salud*.

- Norton, M., Chandra-Mouli, V., & Lane, C. (2017). Interventions for preventing unintended, rapid repeat pregnancy among adolescents: A review of the evidence and lessons from high-quality evaluations. *Global Health Science and Practice*, 5(4), 547–570. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-17-00131>
- Obregón Brocher, N., Armenta Hurtarte, C., Arari Zayat, D., & Ortiz-Izquierdo Herington, R. (2020). Maternidad cuestionada: diferencias sobre las creencias hacia la maternidad en mujeres. *Revista de Psicología-Tercera época*, 19.
- OlaOlorun, F. M., Anglewicz, P., & Moreau, C. (2020). From non-use to covert and overt use of contraception: Identifying community and individual factors informing Nigerian women’s degree of contraceptive empowerment. *PloS one*, 15(11), e0242345.
- Orcasita, L., & Uribe, A. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychologia*, 4(2), 69-82.
- Organización Mundial de la Salud (2014). Salud para los adolescentes del mundo. *OMS 1*, 20. [www.who.int/adolescent/second-decade](http://www.who.int/adolescent/second-decade)
- Organización Mundial de la Salud. (2018a). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf?ua=1>
- Organización Mundial de la Salud. (2019b). Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos en salud sexual y reproductiva. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312341/9789243514604-spa.pdf?ua=1>
- Organización Mundial de la Salud (2019c). *Adolescent pregnancy : Evidence brief*. Adolescence is a time of opportunity during which a range of actions can be taken to set the stage for healthy adulthood *WHO/RHR/19.15* ©.

Organización Mundial de la Salud (2012d). Regional Office for Europe. Health 2020 policy framework and strategy document [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [citado 2015 Feb. 28]. Disponible en:

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/170093/RC62wd08-Eng.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/170093/RC62wd08-Eng.pdf)

Organización Panamericana de la Salud (2005a). Política de Igualdad de Género adoptada por el Consejo Directivo de esta Organización, mediante la Resolución CD46.R16 del 30 de septiembre de 2005. Disponible en:

[www.paho.org/spanish/ad/ge/GenderEquityinHealthsp.pdf](http://www.paho.org/spanish/ad/ge/GenderEquityinHealthsp.pdf)

Organización Panamericana de la Salud (2017b). Informe final sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud en la Región de las Américas. Washington, DC: OPS; 106

Organización Panamericana de la Salud (2019c). Indicadores Básicos, Tendencias de la Salud en las Américas. Washington, DC: OPS; 21.

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, UNFPA, y UNICEF. (2016). *Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe*.

[http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34853/9789275319765\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34853/9789275319765_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Osuafor, G. N., Maputle, S. M., & Ayiga, N. (2018). Factors related to married or cohabiting women's decision to use modern contraceptive methods in Mahikeng, South Africa. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, 10(1), 1-7.

Otovo Arotoma, G. (2020). Niveles de autoestima en madres adolescentes asistidas en el Centro de Salud de Paucará–Huancavelica, 2019.

Osuafor, G. N., Maputle, S. M., & Ayiga, N. (2018). Factors related to married or cohabiting women's decision to use modern contraceptive methods in Mahikeng,

- South Africa. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, 10(1), 1-7.
- Paterno, M. T., Hayat, M. J., Wenzel, J., & Campbell, J. C. (2017). A mixed methods study of contraceptive effectiveness in a relationship context among young adult, primarily low-income African American women. *Journal of racial and ethnic health disparities*, 4(2), 184-194.
- Pender, N. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Stamford, CT:Appleton & Lange
- Pender, N. J. (2011). *Health promotion model manual*.
- Peláez-Mendoza, J. (2016). El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 42(1)
- Prado, M. L. D., Souza, M. D. L. D., Monticelli, M., Cometto, M. C., & Gómez, P. F. (2013). Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica. Serie PALTEX Salud y Sociedad 2000; 10.
- Pérez-Blanco, A., & Sánchez-Valdivieso, E. (2020). Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y Salud Reproductiva en adolescentes mexicanos de medio rural. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 85(5), 508-515.
- Pertuz, A. R. (2019). Bienestar en madres adolescentes en Latinoamérica [Tesis doctoral], Universidad Cooperativa De Colombia.
- Pratley, P. (2016). Associations between quantitative measures of women's empowerment and access to care and health status for mothers and their children: a systematic review of evidence from the developing world. *Social science & medicine*, 169, 119-131.
- Powers, M. E., Takagishi, J., Alderman, E. M., Chung, R. J., Grubb, L. K., Lee, J., ... & Vanderbilt, D. L. (2021). Care of adolescent parents and their children. *Pediatrics*, 147(5).

- Quinn, D. A., Mitchell, S. J., & Lewin, A. (2017). The role of teen mothers' support relationships in maintenance of contraceptive use. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 30(1), 35-40.
- Reed, P. (1997). Nursing: The ontology of the discipline. *Nursing Science Quarterly*, 10, 76-79.
- Reyes Kishimoto, C. M. (2017). Embarazo reincidente en madres adolescentes Instituto Nacional Materno Perinatal 2015.
- Reese, B. M., & Halpern, C. T. (2017). Attachment to Conventional Institutions and Adolescent Rapid Repeat Pregnancy: A Longitudinal National Study Among Adolescents in the United States. *Maternal and Child Health Journal*, 21(1), 58–67. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2093-y>
- Reyes-López, S. V., Cordero-Cruz, I. C., Báez-Hernández, F. J., & Nava-Navarro, V. (2020). Experiencias de las adolescentes que cursan un embarazo, desde un enfoque cualitativo. *Sanus*, 5(15) Rizo, Y. (2012). *Inteligencia emocional y resiliencia en adolescentes embarazadas que asisten a la Casa Materna del municipio de Jinotega, Departamento de Jinotega, Marzo - Mayo del 2012*. 1–59. <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/5713/1/222155.pdf>
- Ramos, Y., & Borges, D. (2016). Autoestima global y autoestima materna en madres adolescentes. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(4), 1-11.
- Reese, B. M., & Halpern, C. T. (2017). Attachment to conventional institutions and adolescent rapid repeat pregnancy: A longitudinal national study among adolescents in the United States. *Maternal and child health journal*, 21(1), 58-67.
- Rojas G, Aller L. (2017). Aspectos relacionados con la toma de decisiones en la elección de métodos anticonceptivos con equidad de género en el centro de salud de San Salvador. [Grado de Licenciada]. Cusco: Repositorio de la Universidad Andina del Cusco; 2017. Disponible en: <http://repositorio.uandina.edu.pe/handle/UAC/1158>

- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press
- Rogers M. (1970). *An introduction to the theoretical basis of nursing*. Filadelfia: Davis Company.
- Rogers, W. (2010). A protector motivation theory of fear appeals and attitude change. *J Psysc*.91:93-114.
- Ryff, C.D.: 1989, 'Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being', *Journal of Personality and Social Psychology* 57, pp. 1069-1081.
- Salas Vásquez, R. E. (2017). Nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en pacientes puérperas atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Vitarte-octubre 2016.
- Sáenz de Cabezón, B. (2018). El embarazo en la adolescencia: necesidades de cuidados
- Sánchez-Pájaro, A., Braverman-Bronstein, A., De- Castro, F., Vidaña-Pérez, D., Villalobos-Hernández, A., & Barrientos-Gutiérrez, T. (2019). Contribution of Second and Higher-Order Births to Adolescent Fertility in Mexico. *Studies in family planning*, 50(1), 63-70.
- Schulze, G. C. (2002). Die Feldtheorie von Kurt Lewin - Ein Ansatz zur Klärung von Verhaltensmustern im Bereich einer Pädagogik bei Verhaltensstörungen. *Sonderpädagogik*, 32(2), 107–119
- Schutt, R. K., & Gecker, W. (2012). *Teen empowerment in Somerville, Massachusetts: A multi-method evaluation of process and outcome*. University of Massachusetts Boston.
- Sebayang, S. K., Efendi, F., & Astutik, E. (2019). Women's empowerment and the use of antenatal care services: analysis of demographic health surveys in five Southeast Asian countries. *Women & health*, 59(10), 1155-1171.

- Shahabuddin, A. S. M., Nöstlinger, C., Delvaux, T., Sarker, M., Bardají, A., Brouwere, V. D., & Broerse, J. E. (2016). What influences adolescent girls' decision-making regarding contraceptive methods use and childbearing? A qualitative exploratory study in Rangpur District, Bangladesh. *PloS one*, *11*(6), e0157664.
- Shakya, H. B., Dasgupta, A., Ghule, M., Battala, M., Saggurti, N., Donta, B., ... & Raj, A. (2018). Spousal discordance on reports of contraceptive communication, contraceptive use, and ideal family size in rural India: a cross-sectional study. *BMC women's health*, *18*(1), 1-14.
- Shea, E., & Tronick, E. Z. (1988). The maternal self-report inventory: A research and clinical instrument for assessing maternal self-esteem. *Theory and research in behavioral pediatrics*, *4*, 101-139.
- Shearer, N. (2000a). Facilitators of health empowerment in women. (Doctoral dissertation, University of Arizona, 2000). *Dissertation Abstracts International*, *61*, 03B.
- Shearer, N. (2004). Relationships of contextual factors in health empowerment in women. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, *18*(4): 357-370.
- Shearer, N. (2007b). Toward a nursing theory of health empowerment in homebound older women. *Journal of Gerontological Nursing*, *33* (12), 38-45.
- Shearer, N., Fleury, J. & Belysea, M. (2010). Randomized control trial of the health empowerment intervention. *Nursing Research*, *59*(3): 203-211.
- Schoonenboom, J., & Johnson, R. B. (2017). How to construct a mixed methods research design. *Kolner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, *69*(Suppl 2), 107.
- Sipsma, H. L., Ickovics, J. R., Lewis, J. B., Ethier, K. A., & Kershaw, T. S. (2011). Adolescent pregnancy desire and pregnancy incidence. *Women's Health Issues*, *21*(2), 110-116.
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). A Conceptual Framework for Action

- on the Social Determinants of Health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*, 79. [https://doi.org/ISBN 978 92 4 150085 2](https://doi.org/ISBN%20978%2092%204%20150085%202)
- Stern, C. (2004). Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México. *Papeles de población*, 10(39), 129-158.
- Soin, K. S., Yeh, P. T., Gaffield, M. E., Ge, C., & Kennedy, C. E. (2022). Health workers' values and preferences regarding contraceptive methods globally: a systematic review. *Contraception*.
- Spencer, G. (2013). *Empowerment, health promotion and young people: a critical approach*. Routledge.
- Spencer, C., & McLaren, S. (2017). Empowerment in nurse leader groups in middle management: a quantitative comparative investigation. *Journal of clinical nursing*, 26(1-2), 266-279.
- Teddle, C., & Tashakkori, A. (2009). *Foundations of mixed methods research*. ISBN 9780-7619-3012-9. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc. Capítulo 2 [https://is.muni.cz/el/1423/jaro2010/SPP017/mixed\\_methods.pdf](https://is.muni.cz/el/1423/jaro2010/SPP017/mixed_methods.pdf)
- Ticona Chacón, L. V. (2016). Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en puérperas del Instituto Nacional Materno Perinatal. Enero 2016.
- Tip, L. K., Brown, R., Morrice, L., Collyer, M., & Easterbrook, M. J. (2020). Believing is achieving: a longitudinal study of self-efficacy and positive affect in resettled refugees. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 46(15), 3174-3190.
- Tiruye, T. Y., Harris, M. L., Chojenta, C., Holliday, E., & Loxton, D. (2020). The mediation effect of contraceptive use and women's autonomy on the relationship between intimate partner violence and unintended pregnancy in Ethiopia. *BMC public health*, 20(1), 1-14.
- Toffol, E., Heikinheimo, O., Koponen, P., Luoto, R., & Partonen, T. (2012). Further evidence for lack of negative associations between hormonal contraception and mental health. *Contraception*, 86(5), 470-480.

- Toffol, E., Partonen, T., Heikinheimo, O., & Suhonen, S. P. (2019). Contraception: satisfaction with the method, effects on sleep and psychological well-being. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 45(2), 169-171.
- Vásquez, S. A. (2019). Nivel de conocimiento en relación a la aceptación de los anticonceptivos hormonales parenterales en puérperas adolescentes atendidas en el Centro materno infantiles Tahuantinsuyo bajo, 2015.
- Vázquez, Vázquez, & Bellido (2013). Fiabilidad y validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) en pacientes con diagnóstico de psicosis. *Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental*, 31 (1). Recuperado en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/6.%20Fiabilidad%20y%20validez%20de%20la%20Escala%20de%20Autoestima%20de.pdf>
- Villalobos, A., Ávila-Burgos, L., Hubert, C., Suárez-López, L., de la Vara-Salazar, E., Hernández-Serrato, M. I., & Barrientos-Gutiérrez, T. (2020). Prevalencias y factores asociados con el uso de métodos anticonceptivos modernos en adolescentes, 2012 y 2018. *Salud pública de México*, 62(6, Nov-Dic), 648-660.
- 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 Publica de Mexico*, 57(2), 135–143. <https://doi.org/10.21149/spm.v57i2.7409>
- Walker, A. W., Stern, L., Cipres, D., Rodriguez, A., Alvarez, J., & Seidman, D. (2019). Do adolescent women's contraceptive preferences predict method use and satisfaction? A survey of Northern California family planning clients. *Journal of Adolescent Health*, 64(5), 640-647.
- Wall-Wieler, E., Roos, L. L., & Nickel, N. C. (2016). Teenage pregnancy: the impact of maternal adolescent childbearing and older sister's teenage pregnancy on a younger sister. *BMC pregnancy and childbirth*, 16(1), 1-12.

- Whitaker, R., Hendry, M., Booth, A., Carter, B., Charles, J. M., Craine, N., ... & Williams, N. (2016). Intervention Now to Eliminate Repeat Unintended Pregnancy in Teenagers (INTERUPT): a systematic review of intervention effectiveness and cost-effectiveness, and qualitative and realist synthesis of implementation factors and user engagement. *Health technology assessment (Winchester, England)*, 20(16), 1.
- Widman, L., Choukas-Bradley, S., Noar, S. M., Nesi, J., & Garrett, K. (2016). Parent-adolescent sexual communication and adolescent safer sex behavior: A meta-analysis. *JAMA pediatrics*, 170(1), 52-61.
- Wuni, C., Turpin, C. A., & Dassah, E. T. (2018). Determinants of contraceptive use and future contraceptive intentions of women attending child welfare clinics in urban Ghana. *BMC public health*, 18(1), 79.
- Yaya, S., Uthman, O. A., Ekholuenetale, M., & Bishwajit, G. (2018). Women empowerment as an enabling factor of contraceptive use in sub-Saharan Africa: a multilevel analysis of cross-sectional surveys of 32 countries. *Reproductive health*, 15(1), 1-12.
- Yount, K. M., VanderEnde, K. E., Dodell, S., & Cheong, Y. F. (2015). Measurement of women's agency in Egypt: A national validation study. *Social Indicators Research*, 128, 1171–1192. doi:10.1007/s11205-015-1074-7
- Zimmerman, M. A., Eisman, A. B., Reischl, T. M., Morrel-Samuels, S., Stoddard, S., Miller, A. L. & Rupp, L. (2018). Youth empowerment solutions: Evaluation of an after-school program to engage middle school students in community change. *Health Education & Behavior*, 45(1), 20-31.

## **Apéndices**



## Apéndice B Cédula de datos personales

**Folio** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ **Encuestador** \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

**Instrucciones:** Escribe lo que creas más adecuado a cada pregunta, puedes marcar con una X en los cuadros de acuerdo a tu respuesta. El objetivo de esta cédula es recabar información acerca de aspectos personales, tus respuestas son confidenciales por lo que te pedimos contestar lo más honestamente posible.

1.- ¿Qué edad tienes? \_\_\_\_\_

2.- ¿Cuál es su estado civil actual?

a) Soltera (nunca casada)  b) Casada, ¿Cuántos años? \_\_\_\_\_

c) Cohabitando o en unión libre, ¿Cuántos años? \_\_\_\_\_

d) Viuda  e) Divorciada  f) Separada

3.- Actualmente vives con:

a) Mis padres  b) Con familiares  c) Con el padre de mi hijo

d) Con mi pareja actual  e) Sola  f) Amigos o conocidos

4.- Último año de escuela que cursaste completo

a) Primaria incompleta  b) Primaria terminada  c) Secundaria incompleta

d) Secundaria terminada  e) Carrera técnica incompleta  f) Carrera técnica terminada

g) Preparatoria incompleta  h) Preparatoria terminada  i) Ninguna

5.- Ocupación actual (empleo)

a) ¿Actualmente trabajas?  Sí  No

b) Si tu respuesta fue SI ¿Cuál es tu ingreso económico mensual? \_\_\_\_\_

c) Si tu respuesta fue no, de ¿dónde obtienes ingresos económicos? \_\_\_\_\_

### Antecedentes ginecobstetricos

6.- ¿A qué edad fue tu primer embarazo? \_\_\_\_\_

7.- ¿Fue planeado tu embarazo?  Sí  No

8.- ¿Cuántas veces has estado embarazada?

Una vez (1)  dos veces (2)  más de dos (>2)

9.- ¿Cuándo fue el nacimiento de tu ultimo hijo? \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Día mes año

10.- ¿Cuántos bebes nacieron vivos?

Uno  dos  más de dos  ninguno

11.- ¿Has tenido algún aborto?  Sí  No

Si tu respuesta fue sí, ¿en qué fecha fue? \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Día mes año

### Uso de anticonceptivos

12.- ¿Has utilizado algún método anticonceptivo?  Sí  No

Si tu respuesta es Sí, (Marca con una X el método, puedes seleccionar más de uno)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Condón masculino | <input type="checkbox"/> Condón femenino    | <input type="checkbox"/> Dispositivo intrauterino (DIU) |
| <input type="checkbox"/> Ritmo            | <input type="checkbox"/> Coito interrumpido | <input type="checkbox"/> Inyecciones                    |
| <input type="checkbox"/> Implante         | <input type="checkbox"/> Método de Billings | <input type="checkbox"/> Temperatura Basal              |
| <input type="checkbox"/> Pastillas        | <input type="checkbox"/> Parche             | <input type="checkbox"/> Pastilla del día siguiente     |
| <input type="checkbox"/> Anillo           |   |   |

13.- ¿Desde cuándo has usado anticonceptivos? \_\_\_\_\_

**Apéndice C**  
**ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF**  
**(Ryff, 2006)**

**Instrucciones:** Estimada participante, lee detenidamente cada pregunta, te pedimos que contestes con sinceridad, eligiendo la opción que consideres que mejor describe lo que pensaste o sientes y márcala con una (X), recuerda que no hay respuesta correcta o incorrecta, todas sirven.

No	Pregunta	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Cuando analizo la historia de mi vida, me siento satisfecho de cómo han resultado las cosas					
2	Me preocupa cómo otras personas evalúan las elecciones que he hecho en mi vida					
3	Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga					
4	Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad.					
5	En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo					
6	No cuento con muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar					
7	Tiendo a preocuparme por lo que los demás piensan de mí					
8	Soy una persona activa cuando realizo los proyectos que me propongo					
9	Siento que mis amistades me aportan muchas cosas					
10	En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo					
11	Me siento bien cuando pienso lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.					

No	Pregunta	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
12	Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.					
13	Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad					
14	Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen					
15	Tengo clara la dirección y objetivo de mi vida					
16	Conforme pasa el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo					
17	No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza					
18	En su mayor parte me siento orgullosa de quien soy					
19	Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.					
20	Para mí la vida ha sido un proceso continuo de aprendizaje, desarrollo y crecimiento					

## Apéndice D

### Evaluación del Conocimiento Anticonceptivo-ECA

(Haynes et al., 2017)

**Instrucciones:** Estimada participante lee cuidadosamente cada pregunta, te pedimos que contestes con sinceridad, eligiendo la opción que consideres correcta y enciérrala en un círculo, solo UNA respuesta para cada pregunta.

- 1. ¿Durante el ciclo menstrual, cuándo es más probable que quede embarazada?**
  - a. Durante su periodo (inicio de ciclo)
  - b. Tres días después de que finalice su período
  - c. Dos semanas antes de que comience su próximo período
  - d. Tres días antes de que termine su período (fin de ciclo)
  - e. No lo sé
  
- 2. ¿Cuánto tiempo pueden durar vivos los espermias en el cuerpo de una mujer?**
  - a. 1–3 horas
  - b. 24 horas
  - c. 3-5 días
  - d. 7-10 días
  - e. No lo sé
  
- 3. ¿Cuál de las siguientes opciones es VERDADERA sobre el embarazo?**
  - a. No puedes quedar embarazada la primera vez que tienes relaciones sexuales.
  - b. No puedes quedar embarazada si tienes relaciones sexuales de pie
  - c. No puedes quedar embarazada si no tienes un orgasmo
  - d. Ninguna de las anteriores es cierta
  - e. No lo sé
  
- 4. ¿Cuál de las siguientes opciones es VERDADERA sobre el coito interrumpido (“sacar el pene”) antes de la eyaculación?**
  - a. El semen puede salir antes de la eyaculación
  - b. Sacar el pene funciona tan bien como los condones para prevenir el embarazo
  - c. Sacar el pene puede proteger contra algunas Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)
  - d. Sacar el pene funciona tan bien como la pastilla para prevenir el embarazo
  - e. No lo sé
  
- 5. ¿Qué método anticonceptivo garantiza que no quedará embarazada?**
  - a. Ninguno
  - b. Usar un condón cada vez que tenga relaciones sexuales.
  - c. Lavarse o bañarse inmediatamente después de tener relaciones sexuales
  - d. "Sacar el pene" antes de la eyaculación
  - e. No lo sé

**6. ¿Cuál es el único método anticonceptivo que ayuda a prevenir infecciones?**

- a. La pastilla anticonceptiva
- b. Condones masculinos y femeninos
- c. La inyección
- d. El DIU (dispositivo intrauterino, la "T")
- e. No lo sé

**7. Todo lo siguiente es VERDADERO sobre el uso de condones masculinos, EXCEPTO:**

- a. Debe utilizar lubricantes a base de agua con espermicida
- b. Use dos condones para estar más seguro.
- c. Evite las burbujas de aire sujetando la punta del condón cuando se lo ponga
- d. Verifique la fecha de vencimiento y manténgalos en un ambiente fresco y seco (es decir, no en una cartera o en un carro)
- e. No lo sé

**8. ¿En cuál de las siguientes formas, vienen los métodos anticonceptivos hormonales?**

- a. En pastillas
- b. En parche
- c. En anillo vaginal
- d. Todas las anteriores
- e. No lo sé

**9. ¿Cuál NO es un beneficio del uso de los métodos anticonceptivos hormonales?**

- a. Mejora de la diabetes.
- b. Mejora del acné.
- c. Reducción de los calambres menstruales y problemas de sangrado como la anemia
- d. Disminución del riesgo de cáncer de ovario y matriz
- e. No lo sé

**10. ¿Cuánto tiempo debe permanecer en su lugar el anillo vaginal antes de cambiarlo?**

- a. Un día
- b. Una semana
- c. Tres semanas
- d. Un mes
- e. No lo sé

**11. ¿Cuál de las siguientes opciones puede hacer que los métodos anticonceptivos no funcionen bien?**

- a. Medicamentos para las convulsiones (epilepsia)
- b. Medicina contra el VIH
- c. Suplementos de hierbas
- d. Todas las anteriores
- e. No lo sé

**12. ¿Cómo funcionan las pastillas anticonceptivas?**

- a. Evitan la ovulación
- b. Evita que el espermatozoide entre en el útero
- c. Evita que el óvulo fertilizado se implante en el útero
- d. Evita que el embrión (feto) siga creciendo
- e. No lo sé

**13. ¿Cuáles de los siguientes ingredientes pueden tener las pastillas anticonceptivas?**

- a. Testosterona
- b. Estrógeno
- c. Magnesio
- d. Calcio
- e. No lo sé

**14. En cuál de las siguientes situaciones NO debe usar la pastilla anticonceptiva:**

- a. Tumores en la matriz
- b. Beber alcohol
- c. Sí actualmente tomo antibióticos.
- d. Ninguna: es seguro usar la pastilla anticonceptiva en todas estas situaciones
- e. No lo sé

**15. ¿Cuánto tiempo después de que una mujer deja de usar métodos anticonceptivos puede quedar embarazada?**

- a. Inmediatamente
- b. Un mes
- c. 3 meses
- d. 6 meses
- e. No lo sé

**16. Si olvida tomar una pastilla anticonceptiva y recuerda al día siguiente, ¿qué debe hacer?**

- a. Tirar la pastilla olvidada y seguir la toma al día siguiente desde donde la dejó
- b. Tomar el resto de las pastillas de la semana a la vez y luego comenzar la semana de descanso
- c. Tomar las dos pastillas y luego continuar la toma normal
- d. Tirar la pastilla olvidada y esperar un mes para comenzar un nuevo paquete
- e. No lo sé

**17. ¿Cuál de las siguientes opciones es FALSA sobre “la inyección”?**

- a. Se administra cada tres meses.
- b. Puede subir de peso
- c. Puede tomar algunos meses quedar embarazada después de dejarla.
- d. No se puede utilizar durante la lactancia.

**18. ¿Cuál de los siguientes métodos anticonceptivos se puede devolver si decide quedar embarazada?**

- a. Ligadura de Trompas (“cortar las trompas”)
- b. Espiral Essure
- c. Vasectomía
- d. DIU (dispositivo intrauterino)
- e. No lo sé

**19. ¿Qué método anticonceptivo no es fácilmente visto por una pareja?**

- a. El DIU (dispositivo intrauterino)
- b. El anillo vaginal
- c. Condón masculino
- d. Condón femenino
- e. No lo sé

**20. ¿En qué parte del cuerpo, el médico coloca el DIU (dispositivo intrauterino)?**

- a. Trompa de Falopio
- b. Útero
- c. Cérvix
- d. Vagina
- e. No lo sé

**21. ¿Qué método anticonceptivo es el mejor para prevenir el embarazo?**

- a. El DIU (dispositivo intrauterino)
- b. La inyección (“Depo-provera”)
- c. Condón masculino
- d. Coito interrumpido (“sacar el pene”)
- e. Todos son igualmente efectivos.
- f. No lo sé

**22. ¿Qué opción es FALSA sobre los DIU (dispositivos intrauterinos)?**

- a. Mujeres de todas las edades pueden tener el DIU
- b. Las mujeres que nunca han tenido un bebé pueden tener el DIU
- c. A las mujeres se les puede colocar el DIU justo después de tener un bebé o abortar
- d. Las mujeres no pueden obtener el DIU si alguna vez han tenido una Infección de Transmisión Sexual (ITS)
- e. No lo sé

**23. ¿En qué parte del cuerpo, el médico coloca el implante anticonceptivo?**

- a. Muslo
- b. Vagina
- c. Brazo
- d. Nalga o glúteos
- e. No lo sé

**24. ¿Qué tan pronto después de la relación sexual debe usarse la “pastilla del día siguiente” para ser efectiva?**

- a. 1 hora
- b. 24 horas
- c. 5 días
- d. 20 días
- e. No lo sé

**25. ¿Cómo puede obtener la pastilla del día siguiente?**

- 1. Si es menor de 18 años, no puede obtenerlo, incluso con una receta
- 2. Si es menor de 18 años, debe hacer que sus padres lo acompañen al médico para obtener una receta
- 3. Todas las mujeres deben tener una receta, sin importar su edad
- 4. Puede comprarlo en la farmacia, sin receta, sin importar la edad
- 5. No lo sé

**Apéndice E**  
**Escala de Autoestima**  
**(Rosenberg, 1965)**

**Instrucciones:** Lee detenidamente cada pregunta, te pedimos que contestes con sinceridad, eligiendo la opción que consideres que mejor describe lo que pensaste o sientes y márcala con una (X), recuerda que no hay respuesta correcta o incorrecta, todas sirven.

Nº	Preguntas	Totalmente de acuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
		1	2	3	4
1	¿Comparada con otras personas, siente usted que es una persona que vale igual que las demás?				
2	¿Usted siente que tiene un buen número de cualidades?				
3	¿Cuándo usted piensa en su vida siente que es una fracasada?				
4	¿Es capaz de hacer cualquier cosa igual de bien que las demás personas?				
5	¿No tiene mucho de qué estar orgullosa?				
6	¿Su actitud es positiva hacia usted misma?				
7	¿Se encuentra satisfecha y a gusto consigo misma?				
8	¿Desearía tener más respeto para usted misma?				
9	¿A veces se siente inútil?				
10	¿A veces piensa que es una buena para nada?				

## Apéndice F

### Escala de Autoeficacia para el uso de anticonceptivos (Levinson et al., 1998)

**Instrucciones:** Lee detenidamente cada opinión sobre el uso de anticonceptivos, te pedimos que contestes con sinceridad ya para nosotros es muy importante tu opinión, lo que tú sientas y no lo que pudieran pensar tus amigos o familia. Las respuestas van del 1 al 5, elige la opción que consideres que mejor describe lo que pensaste, márcala con una (X), recuerda que no hay respuesta correcta o incorrecta, todas sirven.

Opiniones	1 No completamente verdadero para mí	2 Casi verdadero	3 Algo verdadero	4 Muy verdadero	5 Completamente verdadero
1.- Cuando estoy con una pareja siento que puedo ser responsable de lo que pase sexualmente con él.					
2.- Incluso si una pareja me habla de sexo yo puedo decirle lo que realmente siento acerca de las cosas del sexo.					
3.- Cuando tengo sexo, puedo disfrutarlo como algo que realmente quería hacer.					
4.- Si mi pareja y yo nos calentamos sexualmente, pero yo no quiero tener relaciones sexuales yo puedo decirle fácilmente que NO.					
5.- Si mi pareja habló acerca del sexo que estábamos teniendo, yo también pude hacerlo.					
6.- Cuando yo pienso lo que significa tener sexo, yo puedo tener sexo fácilmente.					
7.- Si mi pareja y yo nos calentamos sexualmente y yo en realidad no quiero tener relaciones sexuales (llegar hasta a la penetración vaginal), yo puedo fácilmente parar las cosas para que no tengamos relaciones sexuales.					

Opiniones	No completamente verdadero para mí	Casi verdadero	Algo verdadero	Muy verdadero	Completamente verdadero
8.- Hay veces que me encuentro involucrada sexualmente o emocionalmente con alguien que fácilmente podría tener relaciones sexuales, incluso si no estuviéramos protegidos (usando una forma de control natal).					
9.- Algunas veces me dejo llevar por lo que mi pareja quiere hacer sexualmente porque yo no me tomo la molestia de tratar de decir lo que quiero.					
10.- Hubo algún hombre (novio), a quien yo le era muy atractiva física o emocionalmente, yo pude sentirme comfortable de decirle que quería tener sexo con él.					
11.- Yo pude continuar usando un método de planificación familiar, aunque mis padres pudieran encontrarlo.					
12.- Sería difícil para mí ir a la farmacia y preguntar por espumas (diafragma, píldoras etc.) sin sentirme avergonzada.					
13.- Si mi novio y yo nos estábamos poniendo calientes en el sexo y decidimos tener relaciones sexuales y yo no estaba protegida... a). Lo pude fácilmente preguntar a él, si tenía protección (o decirle a él que yo no me estaba cuidando).					
b) Yo pude disculparme con mi pareja para colocarme un diafragma o espuma, si ya los he usado como planificación familiar.					
c) Yo le pude decir a mi pareja que uso pastillas o que tengo el DIU (si ya los he usado como planificación familiar)					
14.- Algunas veces yo debo de hablar con mi novio acerca del uso de anticonceptivos, pero y me parece que puedo hacerlo en la situación.					

## Apéndice G

### Creencias sobre la maternidad (Mota et al., 2014)

**Instrucciones:** Lee detenidamente cada opinión, te pedimos que contestes con sinceridad, eligiendo la opción que consideres que mejor describe lo que pensaste o sientes y márcala con una (X), recuerda que no hay respuesta correcta o incorrecta, todas sirven.

N <sup>o</sup>	Opinión	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	El valor de una mujer depende de que sea madre					
2	La vida vale la pena si tienes hijos					
3	Lo que más desea una mujer es tener uno o más hijos					
4	Para una mujer, ningún logro se compara con ser madre					
5	Una mujer está completa hasta que es madre					
6	El deber de una mujer es tener hijos					
7	Una mujer es más feliz si es madre					
8	Los hombres respetan más a la mujer cuando es madre					
9	Para sentirse feliz, una mujer necesita tener un hijo					
10	Una mujer se realiza hasta que tiene un hijo					
11	Lo más importante para una mujer es ser madre					
12	Si una mujer no tiene hijos, merece el rechazo de los demás					
13	Para una mujer vale la pena vivir solo si tiene hijos					

## Apéndice H

### Apoyo social (Familiar, pareja y profesional de salud) (Cutrona & Rossell, 1987)

**Instrucciones:** A continuación se presentan enunciados del uso de anticonceptivos. Encierra en un círculo la respuesta que tú consideres. Ten en cuenta que no existen respuestas buenas o malas, estamos interesados en tu opinión personal y queremos conocer cómo te sientes con cada uno de los enunciados y no lo que piensa tu familia o amigos.

<b>Apoyo familiar</b>	1	2	3	4	5
<b>Enunciados</b>	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.- Puedo confiar en mi familia para que me ayude a usar anticonceptivos si necesito ayuda.					
2.- Mi familia apoya el uso de anticonceptivos.					
3.- Yo puedo recurrir a mi familia y pedir orientación sobre uso de anticonceptivos					
4.- Mi familia depende de mí para ayudar a otros, cuando se trata de usar anticonceptivos.					
5.- Mi familia y yo disfrutamos la vida, cuando uso anticonceptivos.					
6.- Mi familia sabe que puedo hacer lo que sea necesario, para usar algún método anticonceptivo.					
7.- Me siento muy responsable de la salud y bienestar de mi familia.					
8.- Mi familia y yo compartimos las mismas creencias y actitudes sobre el uso de anticonceptivos.					
9.- Yo creo que mi familia aprecia lo que he hecho para proteger mi salud, cuando se trata de usar anticonceptivos.					
10.- Si yo fuera a usar anticonceptivos, mi familia no estaría ahí para apoyarme.					
11.- La relación con mi familia me hace sentir seguridad de que es menos probable embarazarme.					
12.-Yo puedo hablar con mi familia, sobre cómo usar anticonceptivos de forma segura si es necesario					

Apoyo familiar	1	2	3	4	5
Enunciados	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
13.- Mis creencias sobre la importancia del uso de anticonceptivos son respetadas por mi familia.					
14.- Mi familia comparte mis preocupaciones sobre el uso de anticonceptivos.					
15.- Mi pareja confía en mí consejo cuando se trata del uso de anticonceptivos.					
16.- Puedo confiar en mi familia para obtener un consejo si tuviera un problema relacionado con el uso de anticonceptivos.					
17.- Siento un vínculo emocional fuerte con mi familia y esto me anima a usar anticonceptivos.					
18.- Yo puedo contar con la ayuda de mi familia cuando se trata de usar anticonceptivos.					
19.- Me siento cómodo hablando con mi familia sobre anticonceptivos.					
20.- Mi familia respeta mi decisión de usar anticonceptivos.					
21.- El afecto que siento por mi familia me ayuda a usar anticonceptivos.					
22.- Fue una decisión de mi familia y mía, el usar anticonceptivos.					
23.- Si yo pensara que me he expuesto al mal uso de los anticonceptivos, podría contar con mi familia para que me ayude a manejar la situación.					
24.- Mi familia depende de mí para ayudar a otros a usar correctamente los anticonceptivos.					

Apoyo de la pareja	1	2	3	4	5
Enunciados	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
25. Puedo confiar en mi pareja, para que me ayude a usar anticonceptivos si necesito ayuda.					
26.- Mi pareja no apoya el uso de anticonceptivos.					
27.- Yo puedo recurrir a mi pareja para pedirle orientación sobre uso de anticonceptivos.					
28.- Mi pareja depende de mis conocimientos y consejo para ayudar a otros a la hora de usar anticonceptivos.					
29.- Mi pareja y yo disfrutamos más la vida, cuando usamos anticonceptivos.					
30.- Mi pareja sabe que puedo hacer lo necesario, para usar anticonceptivos.					
31.- Me siento personalmente responsable de la salud y bienestar de mi pareja.					
32.- Mi pareja y yo compartimos las mismas creencias y actitudes sobre el uso de anticonceptivos.					
33.- Yo creo que mi pareja aprecia lo que he hecho para proteger mi salud cuando se trata de usar de anticonceptivos.					
34.- Si yo fuera a usar anticonceptivos mi pareja no estaría allí para apoyarme.					
35.- La relación con mi pareja me hace sentir segura, de que existen pocas posibilidades de embarazarme.					
36.- Yo puedo hablar con mi pareja sobre cómo usar anticonceptivos más seguros, si es necesario.					
37.- Mis creencias sobre la importancia del uso de anticonceptivos, son respetadas por mi pareja.					
38.- Mi pareja y yo compartimos mismas preocupaciones sobre el uso de anticonceptivos.					
39.- Mi pareja confía en mí consejo cuando se trata de uso de anticonceptivos.					
40.- Mi pareja y yo compartimos las mismas preocupaciones sobre el uso de anticonceptivos.					

<b>Apoyo de la pareja</b>	1	2	3	4	5
<b>Enunciados</b>	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
41.- Siento un vínculo emocional fuerte con mi pareja y esto me anima a usar anticonceptivos.					
42.- Yo cuento con la ayuda de mi pareja cuando se trata de usar anticonceptivos.					
43.- Yo me siento cómoda cuando hablo con mi pareja acerca de los anticonceptivos					
44.- Mi pareja respeta mi decisión de usar anticonceptivos.					
45.- El afecto que siento por mi pareja me ayuda a usar anticonceptivos.					
46.- Fue una decisión mutua de mi pareja y mía, el usar anticonceptivos.					
47.- Si yo pensara que me he expuesto al mal uso de los anticonceptivos podría contar con mi pareja para que me ayude a manejar la situación.					
48.- Mi pareja depende de mí para ayudarle a usar correctamente los anticonceptivos.					
<b>Apoyo del personal de salud</b>	1	2	3	4	5
<b>Enunciados</b>	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
50.- Mi médico/enfermera apoya el uso de anticonceptivos.					
51.- Yo puedo recurrir a mi médico/enfermera para que me orienten sobre el uso de anticonceptivos.					
52.- Mi médico/enfermera me ayuda a la hora de usar anticonceptivos.					
53.- Mi médico/enfermera me orienta para usar anticonceptivos correctamente.					
54.- Mi médico/enfermera sabe que puedo hacer lo necesario para usar anticonceptivos.					
55.- Me siento personalmente responsable de la salud y bienestar de algunas personas.					

Apoyo del personal de salud	1	2	3	4	5
<b>Enunciados</b>	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
56.- Mi médico/enfermera y yo compartimos las mismas creencias y actitudes sobre el uso de anticonceptivos.					
57.- Yo creo que mi médico/enfermera aprecian las acciones que he tomado para proteger mi salud cuando se trata de usar de anticonceptivos.					
58.- Si yo fuera a usar anticonceptivos mi médico/enfermera estaría allí para mí.					
59.- La relación con mi médico/enfermera me hace sentir segura de que la posibilidad de embarazarme sea baja.					
60.- Yo puedo hablar con mi médico/enfermera sobre prácticas anticonceptivas más seguras si es necesario.					
61.- Las creencias que tengo sobre la importancia del uso de anticonceptivos son respetadas por mí médico/enfermera.					
62.- Mi médico/enfermera compartimos las mismas preocupaciones sobre el uso de anticonceptivos.					
63.- Mi médico/enfermera confía en mí para dar consejo a otras personas, cuando se trata del uso de anticonceptivos.					
64.- Mi médico/enfermera es alguien en quien pudiera confiar para consejo si tuviera un problema relacionado con el uso de anticonceptivos.					
65.- Siento un vínculo emocional fuerte con mi médico/enfermera y esto me anima a usar anticonceptivos.					
66.- Yo puedo contar con la ayuda mi médico/enfermera cuando se trata de usar anticonceptivos.					
67.- Yo me siento cómoda hablando con mi médico/enfermera sobre anticonceptivos.					
68.- Mi médico/enfermera respeta mi decisión de usar anticonceptivos					
69.- El afecto que siento por mi médico/enfermera me ayuda a usar anticonceptivos.					
70.- Fue una decisión mía y de mi médico/enfermera, el usar anticonceptivos.					

Apoyo del personal de salud	1	2	3	4	5
<b>Enunciados</b>	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
71.- Si yo pensara que he hecho mal uso de algún anticonceptivo podría contar con mí médico/enfermera para que me ayude a manejar la situación.					
72.- Mi médico/enfermera me ayuda a usar correctamente los anticonceptivos.					

## Apéndice I

### Instrumento de Empoderamiento en adolescentes, subescala de poder sexual

(Casique, 2010b)

**Instrucciones:** Lee detenidamente cada opinión, te pedimos que contestes con sinceridad, eligiendo la opción que consideres que mejor describe lo que pensaste o sientes y márcala con una (X), recuerda que no hay respuesta correcta o incorrecta, todas sirven.

<b>Poder sexual</b>	1	2	3	4	5
<b>Preguntas</b>	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. ¿Tienes relaciones sexuales sin protección porque tu pareja prefiere no usarlos?					
2. ¿Te aseguras de comprar los condones?					
3. ¿Te sientes seguro(a) y en control durante las relaciones sexuales?					
4. ¿Usas algún método anticonceptivo para prevenir infecciones de transmisión sexual?					
5. ¿Usas algún método anticonceptivo para evitar un embarazo?					





## Apéndice K

### Escala de conducta anticonceptiva (Jaccard et al., 1996)

**Instrucciones:** Lee detenidamente cada enunciado, te pedimos que contestes con sinceridad, eligiendo la opción que consideres que mejor describe lo que pensaste o sientes y márcala con una (X), recuerda que no hay respuesta correcta o incorrecta, todas sirven.

N <sup>0</sup>	Enunciado	0	1	2	3	4
		No responde	Casi no responde	Corresponde algo	Casi responde	Corresponde totalmente
1	Yo practico la anticoncepción cada vez que tengo sexo					
2	Yo tengo un método anticonceptivo preferido que uso para prevenir embarazos					
3	Yo pongo atención a cualquier información Anticonceptiva que me permita tener una buena práctica anticonceptiva					
4	Cuando dudo de la seguridad de un método Anticonceptivo después de tener relaciones sexuales con mis parejas, yo uso otros métodos compensatorios					
5	Yo uso métodos Anticonceptivos continuamente					

## Apéndice L

### Entrevista semiestructurada a madres adolescentes.

#### Objetivo

La siguiente entrevista tiene como objetivo de explorar las percepciones de la anticoncepción, sexualidad y su sentir en el uso de anticonceptivos en madres adolescentes que asisten a consulta niño sano o programa de planificación familiar en su centro de salud y tiene un propósito académico, no existe ningún juicio de valor en lo expresado por la informante.

#### Definiciones

El empoderamiento de uso de anticonceptivos es la libre elección de cualquier método anticonceptivo, que la adolescente con o sin su pareja decida utilizar, para prevenir o prolongar un embarazo no planeado.

#### Guía de Entrevista

##### *Previo a la entrevista*

El entrevistador debe de generar un rapport con la adolescente. Generando un ambiente de confianza y entablar una conversación tipo entrevista, debe de asegurarse que la madre adolescente ha comprendido el consentimiento informado para mayores de edad. Para menores de edad asegurarse de que los padres o tutores hayan comprendido el consentimiento informado, si autoriza la participación de la madre adolescente, asegurarse de que ella también haya comprendido el consentimiento y aceptado participar en la entrevista, asegurarse de que firme el documento. Deberá el entrevistador corroborar el buen funcionamiento del equipo de grabación y esté listo al momento de la entrevista así como estar en un lugar tranquilo, privado y en ambiente armonioso al momento de realizar la entrevista.

La duración aproximada de la entrevista será de 90 min.

*Guía temática*

**Datos Sociodemográficos**

Edad en años _____	Núm. de
Ultimo grado escolar	embarazo _____
terminado _____	Núm. de
Cuál es tu ocupación actual _____	hijos _____
Estado Civil _____	Edad del primer
	embarazo _____

**Primer tema a explorar: experiencia de la maternidad.**

*El objetivo de este primer tema es que la adolescente participante proporcione una narración acerca de las situaciones que la llevo a un embarazo. Este relato debe de incluir descripciones acerca los motivos, sentimientos, emociones que la involucraron para llegar a un embarazo.*

*Se sugiere iniciar solicitando lo siguiente: Cuéntame como si fuera una novela o una historia, ¿cómo fue estar embarazada a tu edad? Y desde ese momento hasta ahora, ¿cómo ha sido la maternidad para ti?*

**Subtemas importantes que deben de ser incluidos y explorados**

Inicio y definición de motivos, sentimientos y emociones que tuvo para embarazarse.

¿Qué motivos te llevaron a embarazarte?

Que significa ser madre para ti

Positivo o negativo

¿Qué hiciste cuando te enteraste que estabas embarazada?

Descríbeme tus sentimientos: ¿qué sentiste al momento de que te enteraste?

¿En ese momento, quien fue tu confidente y por qué?

¿Cómo tu familia ha tomado el hecho de tener un bebé?

¿Qué significado tiene para ti tener ya un hijo?

¿Qué emociones tuviste con tu bebé? y ¿con el padre de tu bebé?

¿Cuéntame cómo te sientes con el padre de tu hijo?

#### Factores sociales en el embarazo reincidente

¿Estás planeando volver a embarazarte?

Influyó en la toma de decisión para tu embarazo

Positivamente o negativamente

¿Con quién te sentías más apoyada en estos momentos y por qué?

¿Cómo tus amistades te tratan ahora que eres mamá?

¿Planeabas estudiar o seguir estudiando después de tu primer embarazo?

¿Quién o quienes te apoyan económicamente ahora que eres mamá?

¿Cuál fue tu experiencia cuando asistías a las clínicas a tu control o revisión prenatal?

#### **Segundo tema a explorar: Métodos anticonceptivos**

El objetivo de este segundo tema es obtener información acerca de su conocimiento, motivos e intenciones para usar un anticonceptivo, que le ha dado poder para usar un método anticonceptivo y evitar un segundo embarazo.

*Se sugiere iniciar con la siguiente petición: “pláticame acerca de los métodos anticonceptivos” “Pláticame que te ha favorecido para no volverse a embarazar desde que nació tu hijo”, o si ya tienes otro hijo “pláticame que no funciona en el uso de anticonceptivos”*

#### **Subtemas importantes que deben de ser incluidos y explorados**

Uso de anticonceptivos

¿Qué métodos anticonceptivos conoces? ¿Qué tipo de anticonceptivos utilizas?

Influencia sociales positivas en la vida de la adolescente

¿Qué o quién influyo en ti para no volver a embarazarte?

¿Tienes un plan de vida? ¿Qué piensas del futuro?

Estrategias para la prevención del embarazo recurrente

¿Qué acciones utilizaste para no embarazarte de nuevo?

Información: del personal de salud en métodos anticonceptivos

Determinación personal: Plan o proyecto de vida, quien decide que anticonceptivo usar, Oportunidades laborales.

¿Es fácil para ti obtener métodos anticonceptivos?

Si ya curso por un embarazo subsecuente:

¿Planeaste volver a embarazarte? ¿Cómo te sentiste con tu segundo embarazo?

¿Quién tomo la decisión de volverte a embarazarte?

Tercer tema a explorar: **Empoderamiento en uso de anticonceptivos**

El objetivo de este tercer tema es obtener información acerca de la libertad que tiene la madre adolescente en la elección de uso de anticonceptivos y del control de su vida

***Se sugiere iniciar con la siguiente petición: “pláticame acerca de tu familia, ¿cómo se toman las decisiones importantes?”***

**Subtemas importantes que deben de ser incluidos y explorados**

Poder y libertad para tomar decisiones

Cuéntame cómo se toman las decisiones importantes en tu casa

Como es tu relación con tus familiares,

Cuéntame cómo es el día a día en las compras,

Realizar grandes compras en el hogar

Visita de familiares, amigos o parientes

Recibir tratamientos médicos

Poder y libertad para tomar decisiones en el uso de anticonceptivos

¿Cómo decides que método anticonceptivo utilizar?

Tú y tu pareja actual, como llegan a acuerdos en el uso de anticonceptivos, como conversan en el uso de anticonceptivos.

¡Cuéntame cómo es tu relación con tu pareja?

¿Cómo conversan tú y tu pareja de cuantos hijos desean tener?

¿Tú puedes utilizar algún método anticonceptivo aunque tu pareja no quiera?

Cuando la entrevista culmine, se recomienda despedirse agradeciendo su participación y entregar un kit de aseo personal.

## Apéndice M

### Carta de consentimiento informado para la madre adolescente



### UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON FACULTAD DE ENFERMERIA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título:** Modelo de empoderamiento en el uso de anticonceptivos en madres adolescentes para prevenir el embarazo recurrente abordaje métodos mixtos

**Autor:** MSN Clarisa Luna Ferrales

**Director de tesis/ Asesora:** Dra. Rosalva del Carmen Barbosa Martínez

Actualmente se está realizando una investigación para conocer opiniones, sentimientos, historias de vida y prácticas en el uso de anticonceptivos en madres adolescentes, por eso se te invita a participar ya que tu edad entre 18 o 19 años y el ser madre coincide con las personas que buscamos para este estudio. En caso de encontrar palabras que no entiendas, podrás solicitar al encuestador que te explique con confianza. Esta participación es voluntaria y tendrás el derecho de retirarte en el momento que desees sin ninguna represalia, si no quieres contestar alguna pregunta lo podrás hacer.

Para nosotros es muy importante tu participación ya que nos permitirá conocer y comprender situaciones de vida como la tuya, en el empoderamiento en el uso de anticonceptivos, para poder generar programas que ayuden a prevenir embarazos no planeados en adolescentes.

#### Procedimientos

Se me ha explicado que mi participación de este estudio constará de dos fases, la primera fase será contestar 9 cuestionarios y la segunda fase si fuiste elegida constará de una entrevista que incluyen preguntas de aspecto personal e íntimo, que será audio grabada por el investigador, con una duración aproximada de 30 minutos para la primera fase y 60 minutos para la segunda fase.

#### Riesgos

Entiendo que no existen riesgos relacionados a mi participación en este estudio, no obstante la entrevista que me harán toca temas íntimos que me pueden causar estrés o incomodidad. En cualquier momento puedo parar la entrevista y continuarla en el lugar donde se me está solicitando mi participación, en otro momento si así lo deseo.

#### Beneficios

Se me ha informado que este estudio se realiza para obtención del grado de Doctor en Ciencias en Enfermería por parte de la Maestra Clarisa Luna Ferrales, estudiante de la Facultad de Enfermería, de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

### Confidencialidad

Toda la información que se proporcione será operada de forma estrictamente confidencial. Mis datos solo se ligarán a un código interno del investigador, solo si fui seleccionada para la segunda fase ósea la entrevista. Una vez finalizada el estudio los datos serán resguardados por doce meses y después serán destruidos. Este estudio fue aprobado por el comité de Ética e Investigación de la Facultad de enfermería, UANL con el registro No 19-CEI-004-20180614. En caso de alguna duda con mi participación como investigadora, podrás comunicarte a la Secretaría de Investigación, de la Facultad de Enfermería al teléfono 8348 89 43 o dirigirte a Avenida Gonzalitos 1500 Norte. Colonia Mitras Centro. C.P. 64460 Monterrey, Nuevo León, México.

Si aceptas participar en el estudio, por favor marca con una (X) en el recuadro donde dice “Si acepto participar” y firma, si no deseas participar entrega este documento al encuestador.

Si acepto participar

**Fecha** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,

Día                  Mes                  Año

**Firma** \_\_\_\_\_

**Testigo 1** \_\_\_\_\_

Nombre y Firma

**Testigo 2** \_\_\_\_\_

Nombre y Firma

## Apéndice N

### Consentimiento informado para padre o tutor de la madre adolescente.



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRE O TUTOR  
DE LA MADRE ADOLESCENTE.**

**Título:** Modelo de empoderamiento en el uso de anticonceptivos en madres adolescentes para prevenir el embarazo reincidente abordaje métodos mixtos

**Autor:** MSN Clarisa Luna Ferrales

**Director de tesis/ Asesora:** Dra. Rosalva del Carmen Barbosa Martínez

#### Estimado padre o tutor

Actualmente se está realizando una investigación con el propósito de conocer opiniones, sentimientos, historias de vida y prácticas en el uso de anticonceptivos en madres adolescentes, este estudio incluye a menores de 18 años. Por lo que le invitamos a autorizar la participación de la madre adolescente. En este estudio la participación es voluntaria y podrá retirarse la madre adolescente en el momento que desee sin ninguna represalia. Si Usted autoriza la participación de la madre adolescente, se le pedirá que firme este consentimiento informado.

Para nosotros es muy importante la participación de la madre adolescente ya que nos permitirá conocer y comprender situaciones de vida como la de ella, esta información podrá ser de utilidad para generar programas que ayuden a prevenir embarazos no planeados en adolescentes.

#### Procedimiento

La participación de la madre adolescente en este estudio constará dos fases; la primera fase será contestar 9 cuestionarios y la segunda fase, solo si fue elegida la madre adolescente se le hará una entrevista donde se incluyen preguntas de aspectos personal e íntimo, será audio grabada por el investigador, con una duración aproximada de 30 en la primera fase y 60 minutos en la segunda fase.

#### Riesgos

Entiendo que no existen riesgos relacionados a la participación de la madre adolescente en este estudio, no obstante la entrevista que se hará toca temas íntimos que pueden causar estrés o incomodidad. En cualquier momento puede parar la entrevista y continuarla en otro momento si así lo desea, dentro de las mismas instalaciones del centro de salud.

#### Beneficios

Se me ha informado que este estudio se realiza para obtención del grado de Doctor en Ciencias en Enfermería por parte de la Maestra Clarisa Luna Ferrales, estudiante de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

**Confidencialidad**

Toda la información que se proporcione será operada de forma estrictamente confidencial, ya que no se identificarán datos personales en los cuestionarios. Sin embargo si participa en la segunda fase (entrevista) del estudio, los datos solo se ligaran a un código interno para garantizar la confidencialidad, solo el investigador principal tendrá acceso a esta información. Una vez finalizada el estudio los datos serán resguardados por doce meses y después serán destruidos. Este estudio fue aprobado por el comité de ética e investigación de la Facultad de enfermería, UANL con el registro No 19-CEI-004-20180614, en caso de alguna duda con mi participación como investigadora podrá comunicarse a la Secretaría de Investigación de la Facultad de Enfermería al teléfono 8348 89 43 o dirigirme a Avenida Gonzalitos 1500 Norte. Colonia. Mitras Centro. C.P. 64460 Monterrey, Nuevo León, México.

Si autoriza la participación de la madre adolescente en el estudio, marque en el recuadro donde dice “si autorizo” y por favor firme este consentimiento, si no autoriza por favor entregue este documento al encuestador.

Si autorizo que la madre adolescente participe en la investigación

**Fecha** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

**Firma** \_\_\_\_\_

**Testigo 1** \_\_\_\_\_  
Nombre y Firma

**Testigo 2** \_\_\_\_\_  
Nombre y Firma

## Apéndice Ñ

### Carta de asentimiento para madres adolescentes.



#### UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON FACULTAD DE ENFERMERIA

#### CARTA DE ASENTIMIENTO PARA MADRES ADOLESCENTES

**Título:** Modelo de empoderamiento en el uso de anticonceptivos en madres adolescentes para prevenir el embarazo reincidente abordaje métodos mixtos

**Autor:** MSN Clarisa Luna Ferrales

**Director de tesis/ Asesora:** Dra. Rosalva del Carmen Barbosa Martínez

Actualmente se está realizando una investigación con el propósito de conocer opiniones, sentimientos, historias de vida y prácticas en el uso de anticonceptivos en madres adolescentes, por tu edad como menor de 18 años coincide con las personas que buscamos para este estudio.

Te invitamos a participar de forma voluntaria. Aun cuando alguno de tus padres o tutor haya autorizado 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 algún 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.

Tu participación en este estudio consistirá en:

- Responder algunas preguntas de 9 cuestionarios a lápiz y papel, la duración será aproximada de 30 minutos.
- Si fuiste elegida, para una segunda fase, se te hará una entrevista presencial en tu centro de salud y la duración aproximada será de 60 minutos.

Toda la información que nos proporciones nos ayudará a prevenir nuevos embarazos no esperados en adolescentes como tú.

#### Riesgos

Entiendo que no existen riesgos relacionados con mi participación en este estudio, no obstante la entrevista que se hará toca temas íntimos que pueden causar estrés o incomodidad. En cualquier momento puedes parar la entrevista y continuarla en otro momento si así lo deseas en tu centro de salud.

#### Beneficios

Se me ha informado que este estudio se realiza para obtención del grado de Doctor en Ciencias en Enfermería por parte de la Maestra Clarisa Luna Ferrales, alumna de la Facultad de Enfermería (Universidad Autónoma de Nuevo León).

#### Confidencialidad

Toda la información que nos proporciones será operada de forma estrictamente confidencial, ya que no se identificarán datos personales en los cuestionarios. Sin embargo si participas en la segunda fase (entrevista) del estudio tus datos solo se ligaran a un código interno, para garantizar la confidencialidad, solo el investigador principal tendrá acceso a esta información.

Una vez finalizada el estudio los datos serán resguardados por doce meses y después serán destruidos. Este estudio fue aprobado por el comité de ética e investigación de la Facultad de enfermería, UANL con el registro No 19-CEI-004-20180614, en caso de alguna duda con mi participación como investigadora podrás comunicarte a la Secretaría de Investigación de la Facultad de Enfermería al teléfono 8348 89 43 o dirigirte a la Avenida Gonzalitos 1500 Norte. Colonia. Mitras Centro. C.P. 64460 Monterrey, Nuevo León, México.

Si deseas participar, por favor marca con una (X) en el recuadro donde dice “Si acepto participar” y firma, si no autorizas la participación entrega este documento al encuestador.

Si acepto participar

**Fecha** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

**Firma** \_\_\_\_\_

**Testigo 1** \_\_\_\_\_  
Nombre y Firma

**Testigo 2** \_\_\_\_\_  
Nombre y Firma

## Apéndice O

### Carta de consentimiento informado para madres adolescentes de forma virtual



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**  
**FACULTAD DE ENFERMERIA**  
**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Título:** Modelo de empoderamiento en el uso de anticonceptivos en madres adolescentes para prevenir el embarazo recurrente abordaje métodos mixtos

**Autor:** MSN Clarisa Luna Ferrales

**Director de tesis/ Asesora:** Dra. Rosalva del Carmen Barbosa Martínez

#### **Estimada participante**

Actualmente se está realizando una investigación para conocer opiniones, sentimientos, historias de vida y prácticas en el uso de anticonceptivos en madres adolescentes, por eso se te invita a participar ya que tu edad entre 18 o 19 años y el ser madre coincide con las personas que buscamos para este estudio. En caso de encontrar palabras que no entiendas, podrás solicitar al encuestador que te explique con confianza. Esta participación es voluntaria y tendrás el derecho de retirarte en el momento que desees sin ninguna represalia, si no quieres contestar alguna pregunta lo podrás hacer.

Para nosotros es muy importante tu participación ya que nos permitirá conocer y comprender situaciones de vida como la tuya, en el empoderamiento en el uso de anticonceptivos, para poder generar programas que ayuden a prevenir embarazos no planeados en adolescentes.

#### **Procedimientos**

Se me ha explicado que mi participación en este estudio fue a través de invitación virtual por las diferentes redes sociales, donde se hará contacto conmigo en un grupo de whatsapp para cualquier duda que tenga. Mi participación constará de dos fases, la primera fase será contestar 9 cuestionarios de forma electrónica en la plataforma de Microsoft forms y la segunda fase si fui elegida, constará de una entrevista de forma virtual con el investigador principal que incluye preguntas de aspecto personal e íntimo y que será audio grabada por el investigador, con una duración aproximada de 30 minutos para la primera fase y 60 minutos para la segunda fase.

#### **Riesgos**

Entiendo que no existen riesgos relacionados a mi participación en este estudio, no obstante la entrevista que me harán toca temas íntimos que me pueden causar estrés o incomodidad. En cualquier momento puedo parar la entrevista y continuarla en el mismo lugar donde se me está solicitando mi participación, en otro momento si así lo deseo.

#### **Beneficios**

Se me ha informado que este estudio se realiza para obtención del grado de Doctor en Ciencias en Enfermería por parte de la Maestra Clarisa Luna Ferrales, estudiante de la Facultad de Enfermería, de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

**Confidencialidad**

Toda la información que se proporcione será operada de forma estrictamente confidencial. Mis datos solo se ligarán a un código interno del investigador, solo si fui seleccionada para la segunda fase ósea la entrevista. Una vez finalizada el estudio los datos serán resguardados por doce meses y después serán destruidos. Este estudio fue aprobado por el comité de Ética e Investigación de la Facultad de enfermería, UANL con el registro No 19-CEI-004-20180614. En caso de alguna duda con mi participación como investigadora, podrás comunicarte a la Secretaría de Investigación, de la Facultad de Enfermería al teléfono 8348 89 43 o dirigirte a Avenida Gonzalitos 1500 Norte. Colonia Mitras Centro. C.P. 64460 Monterrey, Nuevo León, México.

Si aceptas participar en el estudio, por favor da un click en el recuadro donde dice “Acepto los términos y acepto participar en el estudio” y si no deseas participar solo cierra esta aplicación.

Acepto los términos y acepto participar en el estudio

## Apéndice P

### Consentimiento informado para padre o tutor de la madre adolescente en modalidad virtual.



#### UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN FACULTAD DE ENFERMERÍA

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRE O TUTOR DE LA MADRE ADOLESCENTE EN MODALIDAD VIRTUAL

**Título:** Modelo de empoderamiento en el uso de anticonceptivos en madres adolescentes para prevenir el embarazo recurrente abordaje métodos mixtos

**Autor:** MSN Clarisa Luna Ferrales

**Director de tesis/ Asesora:** Dra. Rosalva del Carmen Barbosa Martínez

#### Estimado padre o tutor

Actualmente se está realizando una investigación con el propósito de conocer opiniones, sentimientos, historias de vida y prácticas en el uso de anticonceptivos en madres adolescentes, este estudio incluye a menores de 18 años. Por lo que le invitamos a autorizar la participación de la madre adolescente, en este estudio, la participación es voluntaria y podrá retirarse la madre adolescente en el momento que desee sin ninguna represalia.

Si Usted autoriza la participación de la madre adolescente, se le pedirá que firme este consentimiento informado, en caso de estar en forma electrónica solo marcar la casilla donde usted da su autorización.

#### Procedimientos

Para poder llegar a usted fue seleccionado (a) por medio de redes sociales, si usted autoriza la participación de la madre adolescente en este estudio constara dos fases; la primera fase será contestar 9 cuestionarios que se aplicarán por medio virtual en la plataforma Microsoft Forms y la segunda fase solo si fue elegida la madre adolescente, se le hará una entrevista vía zoom previo acuerdo virtual con un enlace que se pasara a través de un contacto de watss up con el investigador principal, esta entrevista incluye preguntas de aspecto personal e íntimo, que será audio grabada por el investigador, con una duración aproximada de 30 minutos para la primera fase y 60 minutos para la segunda fase.

#### Riesgos

Entiendo que no existen riesgos relacionados de la participación de la madre adolescente en este estudio, no obstante la entrevista que se hará toca temas íntimos que pueden causar estrés o incomodidad. En cualquier momento puede parar la entrevista y continuarla en otro momento si así lo desea.

**Beneficios**

Se me ha informado que este estudio se realiza para obtención del grado de Doctor en Ciencias en Enfermería por parte de la Maestra Clarisa Luna Ferrales, estudiante de la Facultad de Enfermería (Universidad Autónoma de Nuevo León).

**Confidencialidad**

Toda la información que se proporcione será operada de forma estrictamente confidencial, ya que no se identificaran datos personales en los cuestionarios. Sin embargo si participa en la segunda fase (entrevista) del estudio los datos de la madre adolescente solo se ligaran a un código interno. Para garantizar la confidencialidad, solo el investigador principal tendrá acceso a esta información. Una vez finalizado el estudio los datos serán resguardados por doce meses y después serán destruidos. Este estudio fue aprobado por el comité de Ética e Investigación de la Facultad de enfermería, UANL con el registro No 19-CEI-004-20180614. En caso de alguna duda con mi participación como investigadora, podrás comunicarte a la Secretaría de Investigación, de la Facultad de Enfermería al teléfono 8348 89 43 o dirigirte a Avenida Gonzalitos 1500 Norte. Colonia Mitras Centro. C.P. 64460 Monterrey, Nuevo León, México.

Si autoriza a la madre adolescente a participar en el estudio, por favor de un click en la casilla donde dice “Acepto los términos y autorizo la participación de la madre adolescente”, si no autoriza solo cierre esta aplicación.

Acepto los términos y autorizo la participación de la madre adolescente

## Apéndice Q

### Carta de asentimiento para madres adolescentes modalidad virtual.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA.

### CARTA DE ASENTIMIENTO PARA MADRES ADOLESCENTES MODALIDAD VIRTUAL

**Título:** Modelo de empoderamiento en el uso de anticonceptivos en madres adolescentes para prevenir el embarazo reincidente abordaje métodos mixtos

**Autor:** MSN Clarisa Luna Ferrales

**Director de tesis/ Asesora:** Dra. Rosalva del Carmen Barbosa Martínez

#### Estimada participante

Actualmente se está realizando una investigación con el propósito de conocer opiniones, sentimientos, historias de vida y prácticas en el uso de anticonceptivos en madres adolescentes, por tu edad coincide con las personas que buscamos para este estudio. Te invitamos a participar de forma voluntaria. Aun cuando alguno de tus padres 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.

Tu participación en este estudio consistirá en:

- Responder algunas preguntas de 9 cuestionarios de forma virtual a través de Microsoft Forms, con el apoyo de un grupo de watsapp se te contactará por si tienes alguna duda o comentario, la duración será aproximada de 30 minutos.
- Si fuiste elegida, se te hará una entrevista, virtualmente vía zoom y la duración aproximada será de 60 minutos.

Toda la información que nos proporciones nos ayudará a prevenir nuevos embarazos no planeados en adolescentes como tú.

#### Riesgos

Entiendo que no existen riesgos relacionados con mi participación en este estudio, no obstante la entrevista que se hará toca temas íntimos que pueden causar estrés o incomodidad. En cualquier momento puedes parar la entrevista y continuarla en otro momento si así lo deseas.

#### Beneficios

Se me ha informado que este estudio se realiza para obtención del grado de Doctor en Ciencias en Enfermería por parte de la Maestra Clarisa Luna Ferrales, alumna de la Facultad de Enfermería (Universidad Autónoma de Nuevo León).

**Confidencialidad**

Toda la información que nos proporcionas será operada de forma estrictamente confidencial, ya que no se identificarán datos personales en los cuestionarios. Sin embargo si participas en la segunda fase (entrevista) del estudio tus datos solo se ligaran a un código interno, para garantizar la confidencialidad, solo el investigador principal tendrá acceso a esta información. Una vez finalizada el estudio los datos serán resguardados por doce meses y después serán destruidos. Este estudio fue aprobado por el comité de Ética e Investigación de la Facultad de enfermería, UANL con el registro No 19-CEI-004-20180614. En caso de alguna duda con mi participación como investigadora, podrás comunicarte a la Secretaría de Investigación, de la Facultad de Enfermería al teléfono 8348 89 43 o dirigirte a Avenida Gonzalitos 1500 Norte. Colonia Mitras Centro. C.P. 64460 Monterrey, Nuevo León, México.

Si aceptas participar en el estudio, por favor da un click en el recuadro donde dice “Acepto los términos y acepto participar en el estudio” y si no deseas participar solo cierra esta aplicación.

Acepto los términos y acepto participar en el estudio

## Apéndice R

### Tríptico de métodos anticonceptivos

+

La planificación familiar se concibe como un derecho humano que hace posible acceder a otros derechos como la salud, la educación y el disfrute de una mejor calidad de vida, usando métodos anticonceptivos que evitan tener un embarazo no deseado y la libertad de intimidad con tu pareja.

**Métodos anticonceptivos**  
¡TÚ TIENES EL PODER!

Infórmate de los métodos anticonceptivos para disfrutar de tu sexualidad de manera segura.

+

¿Qué son?

Los métodos anticonceptivos son un medio, práctica o agente que impide los embarazos. Existen diversos tipos de anticonceptivos, de tal modo que cada persona decida qué método le conviene más y cuál se adapta más a sus necesidades. A continuación se muestran los diferentes métodos y sus características.

<p><b>Condón masculino</b></p> <p>Es de 85 a 95% efectivo. Si se utiliza correctamente, puede ayudar a prevenir ITS.</p>	<p><b>Pastillas anticonceptivas</b></p> <p>Son 98% efectivas. No protegen contra ITS.</p>
<p><b>Condón femenino</b></p> <p>Es de 75 a 95% efectivo. Si se utiliza correctamente, puede ayudar a prevenir ITS.</p>	<p><b>Anillo vaginal</b></p> <p>Son 92% efectivas. No protegen contra ITS.</p>
<p><b>Vasectomía</b></p> <p>Es 99% efectiva. Es un método anticonceptivo permanente para el hombre, sin embargo también es reversible.</p>	<p><b>Píldora postcoital</b></p> <p>Son 94% efectivas si se toman antes de las 24 horas; sin embargo baja su eficiencia a 75% si se toman más de 72 horas antes. No protegen contra ITS.</p>
<p><b>Salpingoclasia</b></p> <p>Es 99% efectiva. Es un método anticonceptivo permanente para la mujer.</p>	<p><b>Parche anticonceptivo</b></p> <p>Son 99% efectivo. No protegen contra ITS.</p>
	<p><b>Inyección hormonal</b></p> <p>Son 99% efectivo. No protegen contra ITS.</p>
	<p><b>DIU</b></p> <p>Son 99% efectivo. No protegen contra ITS.</p>

## Apéndice S

### Libro de códigos

Código	MMPE
Definición breve	Mis motivos para embarazarme
Definición completa	Motivo o impulso para cumplir un deseo de embarazo planeado, manifiesto de querer tener un hijo y ser madre, no deseo de uso de anticonceptivos.
Cuando se usa	Aplica cuando la adolescente refiere querer embarazarse, querer un hijo y haber planeado su maternidad.
Cuando no se usa	No aplica cuando la adolescente no desea embarazarse
Ejemplo	<i>"... ya lo estábamos planeando desde hace tiempo, pues ¡fue muy emocionante!"</i> ,
Código	EMBAI
Definición breve	El embarazo como algo inesperado
Definición completa	Se refiere a una situación imprevista o impensada de que un embarazo pudiera ocurrir en esa etapa de su vida, para bien o para mal.
Cuando se usa	Se aplica cuando las adolescentes manifiesten haberse sorprendido por el embarazo, por no utilizar un método anticonceptivo o por no utilizar los anticonceptivos adecuadamente.
Cuando no se usa	Cuando su embarazo fue planeado
Ejemplo	<i>"... ¿cómo no me cuide? fue de repente y nombre, no lo esperaba, ... a veces si usábamos condón, pero nunca pensé que nos pasaría, ¡no me lo esperaba!"</i>

Código	EMBST
Definición breve	Suceso impactante, doloroso e inesperado resultado de un embarazo
Definición completa	Se refiere a los resultados de un embarazo y parto complicado que cursa la adolescente, incluye el periodo postparto y el cambio de vida personal e intrafamiliar, que pudiera influir de manera positiva o negativa en el uso de anticonceptivos.
Cuando se usa	Cuando las madres adolescentes refieran haber cursado por dolor, incomodidad general, sentirse mal fisiológica y psicológicamente.
Cuando no se usa	Cuando la madre adolescente refiera no haber cursado por ningún inconveniente en su embarazo y parto.
Ejemplo	<p><i>“¡Fue muy feo! fueron unos días de martirio para mí ¡horrible!...”; la verdad sentía como mucha obligación a lo mejor mucha culpa, sentía como que yo no lo podía disfrutar.</i></p> <p><i>“Me toco una ginecóloga, muy este, déspota ¡muy fea! Como yo subí mucho de peso en el embarazo, me trataba muy mal la ginecóloga...”</i></p>
Código	CONFAM
Definición breve	Crisis a cambios drásticos que viven algunas familias
Definición completa	Se define como aquellos problemas que causan desequilibrio en la familia, suelen implicar cambios y

	adaptación en las dinámicas familiares resultado de un embarazo temprano de alguno de sus integrantes, estos conflictos pudieran influir en el uso de anticonceptivos en la madre adolescente.
Cuando se usa	Cuando las madres adolescentes refieran que por causa de su embarazo se presentaron conflictos con familiares más cercanos como padres o hermanos.
Cuando no se usa	Cuando la madre adolescente no refiera ningún conflicto familiar.
Ejemplo	<i>“Con mi mamá si tuve problemas como no se me notaba en los primeros meses[...], ellos se enojaron pero... ni modo, tenía que decirles y pues aquí estamos”</i>
Código	ELMQP
Definición breve	Vivencia positiva en la maternidad
Definición completa	Se define como experiencia en el embarazo como algo positivo en sus vidas, que ha transformado la manera de cumplir sus ideales maternos y que postergo el uso de anticonceptivos
Cuando se usa	Cuando la madre adolescente refiere el embarazo como una experiencia positiva en su vida, con ilusión y esperanza.
Cuando no se usa	Cuando la madre adolescente refiere que su embarazo fue traumático.
Ejemplo	<i>“pues nos dejamos de cuidar, dejé de tomarme las pastillas, después pues me enteré que estaba embarazada</i>

	<i>y compramos sus cositas de bebé y pos fue muy bonito [...]</i> ..
Código	EMBED (embarazo una etapa difícil)
Definición breve	Vivencia negativa relacionada a la maternidad
Definición completa	Se define como la experiencia difícil ante las dificultades que transita una adolescente en el periodo perinatal, relacionado a los cambios físicos y psicológicos de pasar de niña a mamá, donde la elección de un anticonceptivo pudiera verse influenciado por las experiencias negativas en la maternidad.
Cuando se usa	Cuando la madre adolescente refiere las dificultades por las que ha cursado en la maternidad.
Cuando no se usa	Cuando la madre adolescente refiere no haber cursado por dificultades en la maternidad
Ejemplo	<i>“Ha sido muy difícil para mí [...], la maternidad ha sido ¡muy difícil! El niño llora mucho y desde el embarazo fue difícil, pues porque me sentía muy mal, no quería esto para mí, y ver como cambio mi cuerpo y me sentía triste ¡muy triste!</i>
Código	CAMNV (cambios en mi vida)
Definición breve	La transformación de la vida de las adolescentes
Definición completa	Se define como la transformación de la vida de las adolescentes abrupto de niña a mamá, como abandono de

	actividades que normalmente realizaba, que pudiera favorecer o no en el uso de anticonceptivos
Cuando se usa	Cuando la madre adolescente refiere intercambio de actividades inesperadamente o que no esperaban realizar
Cuando no se usa	Cuando la madre adolescente no menciona ninguna modificación en su vida
Ejemplo	<i>“...dejé la escuela antes, siento mucha carga [...], estar al pendiente de pues todo, como no voy a la escuela solo estoy en casa pues que difícil...”</i>
Código	CMBB (complicaciones del bebé)
Definición breve	Estado de salud que se agrava
Definición completa	Se define como el momento de pasar de un buen estado a un estado de enfermedad que requiere atención médica inmediata, en el caso de las madres adolescentes y de los recién nacidos, esta situación puede favorecer o no al uso de anticonceptivos.
Cuando se usa	Cuando la madre adolescente refiere haber cambiado su estatus de salud a un estatus que requiere de atención inmediata y que a consecuencia puede o no favorecer el uso de anticonceptivos.
Cuando no se usa	Cuando la madre adolescente no refiere cambios en su estado de salud que haya requerido atención inmediata
Ejemplo	<i>“Y yo me preocupe mucho, ¿pensé que se iba a morir! Decía pero y si se muere, ya no lo voy a ver” ...</i>

Código	AFPMA (apoyo familiar y de pareja a la madre adolescente)
Definición breve	Es el soporte social, económico y emocional hacia la madre adolescente puede ser positivo o negativo.
Definición completa	Se define como el soporte que favorece el desarrollo de la madre adolescente para el cuidado de ella y su hijo, comparten la percepción de sentirse seguras y amadas, por sus padres, familiares o pareja y este soporte puede ser emocional o económico, que favorece positivamente al uso de anticonceptivos.
Cuando se usa	Cuando la madre adolescente refiere que se sintió apoyada por sus padres, por su mamá o por su pareja, sobre todo en la primera etapa de la maternidad, lo que la hacía sentir emocionalmente estable ante el cambio hacia la maternidad.
Cuando no se usa	Cuando la madre adolescente refiere soledad, abandono o frustración emocional para su familia o pareja.
Ejemplo	<i>“...bueno con que me cuiden a mi bebé con eso es de gran ayuda, bueno hasta a veces me dicen mis suegros, más bien mi suegra”...,”han sido un apoyo muy grande, porque ellos son los que me han cuidado, con mi bebé pues para continuar con las clases”... “siempre me han apoyado mucho, yo digo eso es algo que me sirvió mucho pues para continuar con la escuela para poder terminar, ósea que me cuidaran a mi bebé y también para elegir un método para cuidarme”</i>

Código	IMPAC (imposición de anticonceptivos)
Definición breve	Limitar o restringir la libertad de elección de un anticonceptivo
Definición completa	Se define como coartar el derecho reproductivo de una mujer a la libre elección informada sobre la elección de algún método anticonceptivo que le permita planear su vida sexual y reproductiva.
Cuando se usa	Cuando una madre adolescente refiere que no le preguntaron o comentaron que tenía la libertad de decidir sobre el tipo de anticonceptivo desea utilizar, cuando violaron sus derechos sexuales y reproductivos.
Cuando no se usa	Cuando la madre adolescente no refiera sentirse violentada en sus derechos sexuales y reproductivos, sobre todo en la elección de un anticonceptivo
Ejemplo	<i>“Ni siquiera me preguntaron, así nomás me lo impusieron, yo me entere hasta que fui a la consulta”, Pues yo les dije que no quería ningún método, pero ellos me dijeron que no podía salir del hospital si no me ponía uno [...], yo quería los condones, pero me dijeron en el centro de salud que había el implante y que ese era mejor para mí, yo no lo quería pero me sentí obligada a ponérmelo</i>
Código	PDELEC (poder de elección)
Definición breve	Libertad de decidir por sí mismo

Definición completa	Se define como la libertad de elegir sin represión o coerción, manifestado por el control en la toma de decisiones en su vida.
Cuando se usa	Cuando la madre adolescente refiere estar convencida de utilizar algún método anticonceptivo o no.
Cuando no se usa	Cuando la madre adolescente manifiesta indecisión.
Ejemplo	<i>“yo tengo el poder, tener poder, lo que yo quiera y decida en mi vida, en el uso de anticonceptivos y en el cuidado de mi bebé”, “Yo sola he tomado la decisión de ponerme el implante, un día vine aquí al centro de salud pregunte y si lo tenían, ya solo me dieron una cita para venir y me lo puse”.</i>
Código	DECIMP (decisiones importantes)
Definición breve	Determinación para actuar ante la elección de anticonceptivos
Definición completa	Se define como voluntad con la que se resuelve un problema, ante las diferentes alternativas en la vida, como el tener un hijo, el uso de anticonceptivos o estar con una pareja sentimental.
Cuando se usa	Cuando la madre adolescente de manera segura indica que hará en su vida, con su familia, pareja o en el cuidado de su bebé.
Cuando no se usa	Cuando la madre adolescente muestra angustia o inseguridad a la hora de tomar alguna decisión.

Ejemplo	<i>“Las decisiones que yo he tomado han sido con los cuidados de mi bebé, mi mamá me dice una cosa pero yo a veces hago otra, ¿porque no me parece!...” “Pues la pienso y ya, a veces mi mamá me ayuda, pero generalmente yo las tomo, y con mi esposo pues, como estamos separados pues yo las tomo y así, así es...”</i>
Código	SOPARE (soporte de la pareja)
Definición breve	Presencia emocional y económica de la pareja sentimental
Definición completa	Se define cuando la pareja sentimental otorga el soporte emocional y financiero a la madre adolescente, para la toma de decisiones, liberar la carga emocional por la maternidad y seguridad en la elección de anticonceptivos.
Cuando se usa	Cuando la madre adolescente refiere que su pareja sentimental esta con ella, la acompaña y cuando tiene que tomar decisiones se siente apoyada.
Cuando no se usa	Cuando la madre adolescente refiere estar sola o sin el soporte emocional o financiero.
Ejemplo	<i>“Pues mi novio, es el que le platicaba que sentía y el me daba su apoyo, fue el por qué estaba enamorada de él. La pasamos mal pero juntos [...], a veces platicamos mi novio y yo y llegados a un acuerdo [...]</i>
Código	CUIPRO (cuidado profesional)
Definición breve	Cuando los profesionales de la salud se preocupan y orientan a la madre adolescente

Definición completa	Se define como práctica integradora, cuya finalidad es fortalecer y/o aliviar alteraciones de salud, preocuparse por la otra persona, de una manera profesional en salud, que su intervención favorece a la toma de decisiones, como el uso de anticonceptivos.
Cuando se usa	Cuando las madres adolescentes refieren sentirse seguras, apoyadas en la toma de decisiones, sobre todo de una manera preventiva.
Cuando no se usa	Cuando el cuidado no es profesional o con sentido a recuperar su salud o acciones preventivas.
Ejemplo	<i>“La verdad pues en algunas ocasiones un personal de la salud muy profesional...”; “Ellos me apoyaron, cuando nació mi bebé me cuidaron muy bien y en las clínicas siempre me trataron bien, me hicieron sentir apoyada [...]”</i>

## Apéndice T

### Estadística descriptiva de los instrumentos

A continuación se muestran los estadísticos descriptivos de cada uno de los instrumentos utilizados, los cuales se mencionan a continuación: escala de autoestima de Rosenberg, Escala de bienestar psicológico de Ryff, instrumento de Evaluación del Conocimiento Anticonceptivo-ECA, escala de Autoeficacia para el uso de anticonceptivos, Creencias sobre la maternidad, de la Escala Provision Social para la conducta anticonceptiva en mujeres, se utilizaron las subescalas de Apoyo de la Familia, Apoyo de la pareja y de Apoyo del personal de salud; Subescala de poder sexual del Instrumento de Empoderamiento de anticonceptivos en adolescentes, Escala de intención de uso de anticonceptivos y Escala de conducta anticonceptiva.

La variable autoestima se midió con la escala de autoestima de Rosenberg (ver apéndice E). En la tabla 8, se muestran los resultados obtenidos, destacando que 53.3% (176) de las participantes están en desacuerdo, con sentir que tienen un buen número de cualidades, 50.0% (165) está en desacuerdo en tener una actitud positiva hacia sí misma y 50% (165) están en desacuerdo de tener una actitud positiva hacia la vida (Tabla T1).

Tabla T1

#### *Escala de autoestima de Rosenberg*

Pregunta	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. ¿Comparada con ...	114	34.5	131	39.7	58	17.6	27	8.2
2. ¿Cuándo usted ...	13	3.9	68	20.6	145	43.9	104	31.5
3. ¿Usted siente que ...	83	25.2	176	53.3	50	15.2	21	6.4
4. ¿Es capaz de hacer ...	91	27.6	159	48.2	58	17.6	22	6.7
5. ¿No tiene mucho ...	23	7.0	85	25.8	139	42.1	8	25.2

Pregunta	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
6. ¿Su actitud es ...	75	22.7	165	50.0	68	20.6	22	6.7
7. ¿Se encuentra ...	84	25.5	160	48.5	64	19.4	22	6.7
8. ¿Desearía tener ...	78	23.6	135	40.9	82	24.8	35	10.6
9. ¿A veces se siente ...	24	7.3	98	29.7	131	39.7	77	23.3
10. ¿A veces piensa que ...	23	7.0	68	20.6	136	41.2	103	31.2

Nota:  $n = 330$ ,  $f =$  frecuencia,  $\% =$  porcentaje

Se calculó el índice de la escala de autoestima de Rosenberg obteniendo como resultado  $M = 47.02$  ( $DE = 13.16$ ,  $Mín. = 3$ ,  $Máx. = 100$ ) lo cual indica que las madres adolescentes tienen un nivel medio de autoestima, en donde a mayor puntuación mayor autoestima. En la tabla T2 se observa que 63.3% (209) de las participantes muestran un nivel medio de autoestima.

Tabla T2

*Nivel de autoestima*

Nivel	<i>f</i>	%
Bajo	75	22.7
Medio	209	63.3
Alto	46	13.9

Nota:  $n = 330$ ,  $f =$  frecuencia,  $\% =$  porcentaje

La variable de bienestar psicológico, se midió con la escala de bienestar psicológico de Ryff (ver apéndice C). Se observa que 42.2% (149) de las madres adolescentes estuvieron de acuerdo en que les gustan los aspectos de su personalidad, seguido con 39.7% (131) sienten que siguen aprendiendo más de ellas conforme pasa el tiempo (Tabla T3).

Tabla T3

*Escala de bienestar psicológico Ryff*

Pregunta	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni en acuerdo ni desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Cuando analizo la historia ...	25	7.6	46	13.9	98	29.7	116	35.2	45	13.6
2. Me preocupa cómo otras...	18	5.5	66	20.0	99	30.0	84	25.5	63	19.1
3. Me resulta difícil dirigir ...	15	4.5	75	22.7	104	31.5	93	28.2	43	13.0
4. Disfruto haciendo ...	16	4.8	30	9.1	59	17.9	127	38.5	98	29.7
5. En general, me siento ...	14	4.2	36	10.9	68	20.6	129	39.1	83	25.2
6. No cuento con muchas ...	26	7.9	70	21.2	80	24.2	108	32.7	46	13.9
7. Tiendo a preocuparme ...	20	6.1	63	19.1	85	25.8	88	26.7	74	22.4
8. Soy una persona activa ...	14	4.2	34	10.3	75	22.7	124	37.6	83	25.2
9. Siento que mis amistades ...	30	9.1	61	18.5	122	37.0	80	24.2	37	11.2
10. En general, siento que...	13	3.9	27	8.2	65	19.7	124	37.6	101	30.6
11. Me siento bien cuando ...	24	7.3	40	12.1	95	28.8	106	32.1	65	19.7
12. Mis objetivos en la vida ...	13	3.9	39	11.8	112	33.9	112	33.9	54	16.4
13. Me gusta la mayor...	10	3.0	32	9.7	67	20.3	149	45.2	72	21.8
14. Las demandas de la vida ...	22	6.7	61	18.5	112	33.9	87	26.4	48	14.5
15. Tengo clara la dirección ...	27	8.2	8	2.4	93	28.2	125	37.9	77	23.3
16. Conforme pasa el tiempo ...	7	2.1	17	5.2	65	19.7	131	39.7	110	33.3
17. No he experimentado ...	42	12.7	98	29.7	102	30.9	68	20.6	20	6.1
18. En su mayor parte me siento ...	12	3.6	32	9.7	68	20.6	130	39.4	88	26.7

Pregunta	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni en acuerdo ni desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
19. Tengo la sensación de ...	10	3.0	26	7.9	77	23.3	118	35.8	99	30.0
20. Para mí la vida ha sido ...	11	3.3	29	8.8	55	16.7	119	36.1	116	35.2

Nota:  $n = 330$ ,  $f =$  frecuencia,  $\% =$  porcentaje

Se calculó el índice de la escala de bienestar psicológico, obteniendo como resultado  $M = 60.01$  ( $DE = 13.10$ ,  $Mín. = 11.25$ ,  $Máx. = 95$ ) lo cual indica que las madres adolescentes tienen un bienestar psicológico normal, lo cual representa el 51.2% (169) de los casos, que de acuerdo al instrumento lo ideal es que presenten puntajes de normal a alto (Tabla T4).

Tabla T4

*Nivel de bienestar psicológico*

Nivel	<i>f</i>	%
Bajo	85	25.8
Normal	169	51.2
Alto	76	23.0

Nota:  $n = 330$ ,  $f =$  frecuencia,  $\% =$  porcentaje

En cuanto a la variable de conocimiento de anticonceptivos, se mide con el Instrumento de Evaluación del Conocimiento Anticonceptivo-ECA (ver apéndice D), donde se observa en la tabla T5, los resultados con frecuencias y porcentajes respecto a las respuestas correctas e incorrectas. Se observa que 97% (320) de las madres adolescentes, desconocen la efectividad de la pastilla del día siguiente, después de una relación. Un 93.3% (308) de las madres adolescentes desconocen el uso del anillo vaginal, seguido del 83.9% (277) que desconocen que medicamentos para convulsiones, virus de inmunodeficiencia humana y suplementos de hierbas, pueden afectar el funcionamiento de los métodos anticonceptivos.

Tabla T5

*Instrumento de Evaluación del Conocimiento Anticonceptivo-ECA*

Pregunta	Respuesta correcta		Respuesta incorrecta	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. ¿Durante el ciclo menstrual...	92	27.9	238	72.1
2. ¿Cuánto tiempo pueden durar vivos...	75	22.7	255	77.3
3. ¿Cuál de las siguientes opciones es VERDADERA...	173	52.4	157	47.6
4. ¿Cuál de las siguientes opciones es VERDADERA sobre el ...	167	50.6	163	49.4
5. ¿Qué método anticonceptivo garantiza...	139	42.1	191	57.9
6. ¿Cuál es el único método anticonceptivo...	228	69.1	102	30.9
7. Todo lo siguiente es VERDADERO sobre el uso...	123	37.3	207	62.7
8. ¿En cuál de las siguientes formas, vienen los métodos...	137	41.5	193	58.5
9. ¿Cuál NO es un beneficio del uso de los métodos...	95	28.8	235	71.2
10. ¿Cuánto tiempo debe permanecer en su lugar...	22	6.7	308	93.3
11. ¿Cuál de las siguientes opciones puede hacer...	53	16.1	277	83.9
12. ¿Cómo funcionan las pastillas anticonceptivas?	97	29.4	233	70.6
13. ¿Cuáles de los siguientes ingredientes pueden...	94	28.5	236	71.5
14. En cuál de las siguientes situaciones NO debe...	68	20.6	262	79.4
15. ¿Cuánto tiempo después de que una mujer deja de usar...	126	38.2	204	61.8
16. Si olvida tomar una pastilla anticonceptiva...	69	20.9	261	79.1
17. ¿Cuál de las siguientes opciones es FALSA...	122	37.0	208	63.0
18. ¿Cuál de los siguientes métodos anticonceptivos...	149	45.2	181	54.8
19. ¿Qué método anticonceptivo no es...	103	31.2	227	68.8
20. ¿En qué parte del cuerpo, el médico coloca el DIU	126	38.2	204	61.8
21. ¿Qué método anticonceptivo es el mejor...	100	30.3	230	69.7
22. ¿Qué opción es FALSA sobre los DIU...	89	27.0	241	73.0
23. ¿En qué parte del cuerpo, el médico coloca el implante...	241	73.0	89	27.0
24. ¿Qué tan pronto después de la relación sexual...	10	3.0	320	97.0
25. ¿Cómo puede obtener la pastilla del día siguiente?	185	56.1	145	43.9

Nota:  $n = 330$ ,  $f =$  frecuencia,  $\% =$  porcentaje

De acuerdo al instrumento, se promedió de cero a 100, para los resultados del instrumento de evaluación del conocimiento anticonceptivo-ECA, se obtuvo como resultado  $M = 34.91$  ( $DE = 17.18$ ,  $Mín. = 0$ ,  $Máx. = 80$ ), lo cual indica que las madres adolescentes, tienen un nivel de conocimiento bajo, dado que a mayor puntaje mayor conocimiento. En la tabla T6 se observa que 49.1% (162) de las participantes,

presentan un nivel bajo de conocimientos de anticonceptivos, seguido de un 46.4% (153) con un conocimiento medio.

Tabla T6

*Nivel de conocimiento anticonceptivo en madres adolescentes*

Nivel	<i>f</i>	%
Bajo	162	49.1
Medio	153	46.4
Alto	015	4.5

Nota:  $n = 330$ ,  $f =$  frecuencia,  $\% =$  porcentaje

La variable autoeficacia anticonceptiva, se midió con la Escala de Autoeficacia para el uso de anticonceptivos (ver apéndice F). Se observa que 32.7% (108) de las madres adolescentes, coinciden en algo verdadero, en que pueden tener sexo fácilmente cuando piensan su significado, un 30.9% (102) coinciden en algo verdadero, cuando sienten que pueden ser responsables de lo que pase con su pareja y 31.8% (105) respondieron completamente verdadero, que pueden parar las cosas si no desean tener relaciones sexuales (Tabla T7).

Tabla T7

*Escala de Autoeficacia para el uso de anticonceptivos*

Pregunta	No completamente verdadero para mi		Casi verdadero		Algo verdadero		Muy verdadero		Completamente verdadero	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Cuando estoy con una pareja ...	46	13.9	45	13.6	102	30.9	78	23.6	59	17.9
2. Incluso si una pareja ...	26	7.9	56	17.0	92	27.9	83	25.2	73	22.1
3. Cuando tengo sexo...	17	5.2	41	12.4	94	28.5	92	27.9	86	26.1
4. Si mi pareja y yo nos ...	22	6.7	50	15.2	68	20.6	83	25.2	107	32.4

Pregunta	No completamente verdadero para mi		Casi verdadero		Algo verdadero		Muy verdadero		Completamente verdadero	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
5. Si mi pareja habló acerca ...	35	10.6	46	13.9	86	26.1	78	23.6	85	25.8
6. Cuando yo pienso lo que ...	37	11.2	52	15.8	108	32.7	73	22.1	60	18.2
7. Si mi pareja y yo nos ...	24	7.3	41	12.4	87	26.4	73	22.1	105	31.8
8. Hay veces que me encuentro ...	92	27.9	66	20.0	93	28.2	49	14.8	30	9.1
9. Algunas veces me dejo llevar ...	97	29.4	78	23.6	83	25.2	49	14.8	23	7.0
10. Hubo algún hombre (novio)...	69	20.9	63	19.1	88	26.7	55	16.7	55	16.7
11. Yo pude continuar ...	42	12.7	50	15.2	90	27.3	88	26.7	60	18.2
12. Sería difícil para mí ir a la ...	90	27.3	51	15.5	92	27.9	62	18.8	35	10.6
13. Si mi novio y yo... a). Lo pude...	27	8.2	48	14.5	98	29.7	79	23.9	78	23.6
b) Yo pude disculparme ...	78	23.6	64	19.4	97	29.4	52	15.8	39	11.8
c) Yo le pude decir a mi ...	36	10.9	55	16.7	74	22.4	80	24.2	85	25.8
d) Yo pude parar las ...	36	10.9	55	16.7	74	22.4	80	24.2	85	25.8
14. Algunas veces yo debo ...	31	9.4	44	13.3	93	28.2	82	24.8	80	24.2

Nota:  $n = 330$ ,  $f =$  frecuencia,  $\% =$  porcentaje

Se calculó el índice de la Escala de Autoeficacia para el uso de anticonceptivos (ver apéndice F), obteniendo como resultado  $M = 54.51$  ( $DE = 18.71$ ,  $Mín. = 0$ ,  $Máx. = 94$ ) lo cual indica que las madres adolescentes tienen un nivel de autoeficacia medio, de acuerdo a la escala a mayor puntaje mayor nivel de autoeficacia anticonceptiva. En la tabla T8, se observa que 59.1% (195) se encuentra en un nivel de autoeficacia anticonceptiva media.

Tabla T8

*Nivel de autoeficacia anticonceptiva*

Nivel	<i>f</i>	%
Bajo	172	21.8
Medio	195	59.1
Alto	63	19.1

Nota:  $n = 330$ ,  $f =$  frecuencia,  $\% =$  porcentaje

La variable deseo de ser madre, se midió con el instrumento de creencias sobre la maternidad (ver apéndice G). Los resultados muestran que 53.9% (178) de las madres adolescentes están totalmente en desacuerdo, en que una mujer que no tiene hijos merece ser rechazada. Así mismo, 48.2% (159) coinciden en estar totalmente en desacuerdo, que el valor de una mujer depende de ser madre. Este instrumento mide a mayor puntaje mayor significado de la mujer, por el hecho de ser madre (Tabla T9).

Tabla T9

*Creencias sobre la maternidad*

Pregunta	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Algo de acuerdo		Un poco de acuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. El valor de una mujer ...	159	48.2	63	19.1	30	9.1	42	12.7	20	6.1	16	4.8
2. La vida vale la pena ...	98	29.7	46	13.9	34	10.3	38	11.5	66	20.0	48	14.5
3. Lo que más desea una ...	91	27.6	22	6.7	79	23.9	43	13.0	63	19.1	32	9.7
4. Para una mujer ...	80	24.2	137	41.5	2	0.6	3	0.9	60	18.2	48	14.5
5. Una mujer está ...	108	32.7	81	24.5	36	10.9	35	10.6	40	12.1	30	9.1
6. El deber de una mujer ...	145	43.9	70	21.2	40	12.1	36	10.9	25	7.6	14	4.2
7. Una mujer es más ...	87	26.4	56	17.0	51	15.5	39	11.8	58	17.6	39	11.8

Pregunta	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Algo de acuerdo		Un poco de acuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
8. Los hombres...	121	36.7	43	13.0	74	22.4	44	13.3	33	10.0	15	4.5
9. Para sentirse feliz una...	122	37.0	65	19.7	49	14.8	48	14.5	29	8.8	17	5.2
10. Una mujer se realiza ...	133	40.3	73	22.1	40	12.1	37	11.2	33	10.0	14	4.2
11. Lo más importante ...	99	30.0	128	38.8	12	3.6	27	8.2	45	13.6	19	5.8
12. Si una mujer no tiene hijos...	178	53.9	62	18.8	33	10.0	27	8.2	22	6.7	8	2.4
13. Para una mujer ...	155	47.0	54	16.4	46	13.9	30	9.1	31	9.4	14	4.2

Nota:  $n = 330$ ,  $f =$  frecuencia,  $\% =$  porcentaje

Se calculó el índice del instrumento de creencias sobre la maternidad, obteniendo como resultado una media de 27.07 ( $DE = 19.72$ ,  $Mín. = 0$ ,  $Máx. = 81$ ), lo que indica que las madres adolescentes tienen un nivel de significado medio. En la tabla T10 se observa que 59.1% (164) de las participantes cuentan con un nivel medio de creencias sobre la maternidad.

Tabla T10

*Nivel de creencia sobre la maternidad*

Nivel	<i>f</i>	%
Bajo	100	30.3
Medio	164	59.1
Alto	66	19.1

Nota:  $n = 330$ ,  $f =$  frecuencia,  $\% =$  porcentaje

En cuanto la variable apoyo familiar, se midió con la subescala de apoyo de la familia, de la Escala de Provision social para la conducta anticonceptiva (ver apéndice H). Se observa que 41.2% (136) de las madres adolescentes, están ni de

acuerdo ni desacuerdo, que cuando usa anticonceptivos disfrutan de la vida ella y su familia. Un 40.0% (132) de las participantes están ni en acuerdo, ni en desacuerdo, respecto a que el afecto que siente por su familia, le ayuda a usar anticonceptivos (Tabla T11).

Tabla T11

*Subescala de Apoyo de la Familia*

Pregunta	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni en acuerdo ni desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Puedo confiar en ...	20	6.1	32	9.7	87	26.4	120	36.4	71	21.5
2. Mi familia apoya ...	9	2.7	33	10.0	81	24.5	126	38.2	81	24.5
3. Yo puedo recurrir ...	13	3.9	35	10.6	91	27.6	119	36.1	72	21.8
4. Mi familia depende ...	62	18.8	98	29.7	100	30.3	50	15.2	20	6.1
5. Mi familia y yo ...	28	8.5	66	20.0	136	41.2	70	21.2	30	9.1
6. Mi familia sabe que ...	18	5.5	39	11.8	114	34.5	101	30.6	58	17.6
7. Me siento muy ...	30	9.1	56	17.0	104	31.5	92	27.9	48	14.5
8. Mi familia y yo ...	24	7.3	55	16.7	110	33.3	103	31.2	38	11.5
9. Yo creo que mi ...	16	4.8	36	10.9	109	33.0	119	36.1	50	15.2
10. Si yo fuera a usar...	75	22.7	83	25.2	100	30.3	50	15.2	22	6.7
11. La relación con ...	36	10.9	56	17.0	122	37.0	85	25.8	31	9.4
12. Yo puedo hablar ...	28	8.5	55	16.7	122	37.0	97	29.4	28	8.5
13. Mis creencias ...	19	5.8	26	7.9	90	27.3	120	36.4	75	22.7
14. Mi familia ...	16	4.8	45	13.6	116	35.2	110	33.3	43	13.0
15. Mi pareja confía ...	12	3.6	36	10.9	86	26.1	130	39.4	66	20.0
16. Puedo confiar ...	13	3.9	41	12.4	86	26.1	127	38.5	63	19.1
17. Siento un vínculo ...	17	5.2	50	15.2	117	35.5	106	32.1	40	12.1
18. Yo puedo contar ...	16	4.8	35	10.6	95	28.8	122	37.0	62	18.8
19. Me siento cómodo ...	23	7.0	40	12.1	108	32.7	107	32.4	52	15.8
20. Mi familia respeta ...	15	4.5	30	9.1	88	26.7	126	38.2	71	21.5
21. El afecto que ...	23	7.0	54	16.4	132	40.0	92	27.9	29	8.8
22. Fue una decisión ...	47	14.2	66	20.0	112	33.9	63	19.1	42	12.7
23. Si yo pensara que ...	21	6.4	36	10.9	105	31.8	112	33.9	56	17.0
24. Mi familia ...	59	17.9	77	23.3	115	34.8	46	13.9	33	10.0

Nota:  $n = 330$ ,  $f =$  frecuencia,  $\% =$  porcentaje

Se calculó el índice de la subescala de apoyo familiar, de la Escala de Provision social para la conducta anticonceptiva, obteniendo como resultado

$M=57.24$  ( $DE=16.19$ ,  $Mín.=0$ ,  $Máx.=96$ ) lo cual indica que las madres adolescentes tienen un apoyo familiar medio. En la tabla 19 se observa 62.7% (207) de madres adolescentes en un nivel medio de apoyo familiar (Tabla T12).

Tabla T12

*Nivel de Apoyo familiar*

Nivel	<i>f</i>	%
Bajo	61	18.5
Medio	207	62.7
Alto	62	18.8

Nota:  $n= 330$ ,  $f=$  frecuencia,  $\%=$  porcentaje

La variable apoyo de la pareja, se midió con la subescala de apoyo de la pareja de la Escala de Provision social para la conducta anticonceptiva (ver apéndice H). Se obtuvo 47.6% (157) de las madres adolescentes, que están de acuerdo contar con la ayuda de su pareja cuando usan anticonceptivos, 45.5% (150) que son apreciadas por sus parejas cuando usan anticonceptivos y 33.6% (111) de las informantes se sienten seguras con sus parejas de tener pocas posibilidades de embarazo (Tabla T13).

Tabla T13

*Subescala de Apoyo de la pareja*

Pregunta	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni en acuerdo ni desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
25. Puedo confiar en mi pareja ...	30	9.1	23	7.0	66	20.0	129	39.1	82	24.8
26. Mi pareja no apoya el uso de ...	101	30.6	79	23.9	56	17.0	69	20.9	25	7.6
27. Yo puedo recurrir a mi pareja ...	26	7.9	25	7.6	89	27.0	122	37.0	68	20.6
28. Mi pareja depende de mis ...	50	15.2	56	17.0	108	32.7	85	25.8	31	9.4
29. Mi pareja y yo disfrutamos más ...	20	6.1	41	12.4	97	29.4	110	33.3	62	18.8

Pregunta	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni en acuerdo ni desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>
30. Mi pareja sabe que puedo hacer ...	15	4.5	22	6.7	86	26.1	129	39.1	78	23.6
31. Me siento personalmente ...	26	7.9	35	10.6	107	32.4	114	34.5	48	14.5
32. Mi pareja y yo compartimos ...	11	3.3	21	6.4	99	30.0	136	41.2	63	19.1
33. Yo creo que mi pareja aprecia ...	19	5.8	13	3.9	74	22.4	150	45.5	74	22.4
34. Si yo fuera a usar anticonceptivos ...	89	27.0	68	20.6	81	24.5	66	20.0	26	7.9
35. La relación con mi pareja me hace ...	22	6.7	30	9.1	109	33.0	111	33.6	58	17.6
36. Yo puedo hablar con mi pareja ...	12	3.6	20	6.1	73	22.1	137	41.5	88	26.7
37. Mis creencias sobre la importancia ...	16	4.8	15	4.5	77	23.3	129	39.1	93	28.2
38. Mi pareja y yo compartimos ...	15	4.5	20	6.1	99	30.0	127	38.5	69	20.9
39. Mi pareja confía en mí consejo ...	13	3.9	16	4.8	73	22.1	138	41.8	90	27.3
40. Mi pareja y yo compartimos las ...	13	3.9	15	4.5	86	26.1	143	43.3	73	22.1
41. Siento un vínculo emocional ...	23	7.0	27	8.2	92	27.9	128	38.8	60	18.2
42. Yo cuento con la ayuda de mi ...	15	4.5	22	6.7	65	19.7	157	47.6	71	21.5
43. Yo me siento cómoda cuando ...	18	5.5	20	6.1	65	19.7	139	42.1	88	26.7
44. Mi pareja respeta mi decisión de usar ...	12	3.6	20	6.1	60	18.2	144	43.6	94	28.5
45. El afecto que siento por mi pareja ...	18	5.5	19	5.8	88	26.7	142	43	63	19.1
46. Fue una decisión mutua de mi pareja ...	22	6.7	15	4.5	75	22.7	129	39.1	89	27.0
47. Si yo pensara que me he expuesto ...	17	5.2	18	5.5	80	24.2	133	40.3	82	24.8
48. Mi pareja depende de mí para ...	57	17.3	42	12.7	103	31.2	89	27.0	39	11.8

Nota:  $n = 330$ ,  $f =$  frecuencia,  $\% =$  porcentaje

Se calculó el índice de la subescala de apoyo de la pareja de la Escala de Provision social para la conducta anticonceptiva, obteniendo como resultado una

$M=63.20$  ( $DE=17.66$ ,  $Mín.=0$ ,  $Máx.=99$ ), lo cual indica que las madres adolescentes sienten que tienen un nivel medio de apoyo de la pareja. En la tabla T14 se observa que 61.2% (202) se encuentra en el nivel medio.

Tabla T14

*Nivel Apoyo de la pareja*

Nivel	<i>f</i>	%
Bajo	60	18.2
Medio	202	61.2
Alto	68	20.6

Nota:  $n= 330$ ,  $f=$  frecuencia,  $\%=$  porcentaje

La variable apoyo del personal de salud, se midió con la subescala de apoyo del personal de salud de la Escala de Provision social para la conducta anticonceptiva (ver apéndice H). Se observa que 47.6% (157) de las madres adolescente, están de acuerdo que pueden acudir con el personal de salud para orientación sobre anticonceptivos, 46.7% (154) están de acuerdo en que pueden hablar con el personal de salud sobre anticoncepción segura (Tabla T15).

Tabla T15

*Subescala de Apoyo del personal de salud*

Pregunta	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni en acuerdo ni desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
49. Puedo confiar en mi médico/enfermera ...	57	17.3	42	12.7	103	31.2	89	27.0	39	11.8
50. Mi médico/enfermera apoya el uso de ...	13	3.9	11	3.3	47	14.2	150	45.5	109	33.0
51. Yo puedo recurrir a mi médico/enfermera para ...	6	1.8	11	3.3	37	11.2	157	47.6	119	36.1
52. Mi médico/enfermera me ayuda a la hora ...	10	3.0	20	6.1	52	15.8	142	43.0	106	32.1

Pregunta	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni en acuerdo ni desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
53. Mi médico/enfermera me orienta para usar ...	11	3.3	10	3.0	44	13.3	145	43.9	120	36.4
54. Mi médico/enfermera sabe que puedo hacer ...	11	3.3	10	3.0	44	13.3	145	43.9	120	36.4
55. Me siento personalmente responsable de la salud ...	55	16.7	56	17.0	107	32.4	80	24.2	32	9.7
56. Mi médico/enfermera y yo compartimos las ...	10	3.0	34	10.3	120	36.4	115	34.8	51	15.5
57. Yo creo que mi médico /enfermera aprecian ...	8	2.4	29	8.8	106	32.1	119	36.1	68	20.6
58. Si yo fuera a usar anticonceptivos ...	8	2.4	17	5.2	81	24.5	151	45.8	73	22.1
59. La relación con mi médico/enfermera ...	13	3.9	29	8.8	100	30.3	125	37.9	63	19.1
60. Yo puedo hablar con mi médico/enfermera ...	2	0.6	19	5.8	66	20.0	154	46.7	89	27.0
61. Las creencias que tengo sobre la importancia ...	10	3.0	17	5.2	75	22.7	133	40.3	95	28.8
62. Mi médico/enfermera compartimos las mismas ...	4	1.2	21	6.4	117	35.5	116	35.2	72	21.8
63. Mi médico/enfermera confía en mí para dar ...	11	3.3	32	9.7	131	39.7	103	31.2	53	16.1
64. Mi médico/enfermera es alguien en quien ...	8	2.4	21	6.4	77	23.3	142	43.0	82	24.8
65. Siento un vínculo emocional fuerte con ...	26	7.9	32	9.7	141	42.7	88	23.7	43	13.0
66. Yo puedo contar con la ayuda de mi ...	7	2.1	17	5.2	80	24.2	146	44.2	80	24.2
67. Yo me siento cómoda hablando con mi ...	6	1.8	17	5.2	75	22.7	140	42.4	92	27.9
68. Mi médico/enfermera respeta mi decisión ...	11	3.3	10	3.0	44	13.3	145	43.9	120	36.4
69. El afecto que siento por mi médico/enfermera ...	38	11.5	48	14.5	139	42.1	70	21.2	35	10.6
70. Fue una decisión mía y de mi médico/enfermera...	18	5.5	40	12.1	95	28.8	126	38.2	51	15.5
71. Si yo pensara que he hecho mal uso ...	13	3.9	25	7.6	71	21.5	139	42.1	82	24.8
72. Mi médico/enfermera me ayuda a usar ...	10	3.0	20	6.1	60	18.2	152	46.1	88	26.7

Nota:  $n = 330$ ,  $f =$  frecuencia,  $\% =$  porcentaje

Se calculó el índice de la subescala de apoyo del personal de salud, de la

Escala de Provision social para la conducta anticonceptiva, obteniendo como resultado  $M=67.41$  ( $DE=16.64$ ,  $Mín.=0$ ,  $Máx.=100$ ) lo cual indica, que las madres adolescentes sienten que tienen un nivel medio de apoyo del personal de salud. En la tabla T16 se observa que 53.9% (178) de las madres adolescentes tienen un nivel medio de apoyo del personal de salud.

Tabla T16

*Subescala Apoyo del personal de salud*

Nivel	<i>f</i>	%
Bajo	76	23.0
Medio	178	53.9
Alto	76	23.0

Nota:  $n= 330$ ,  $f=$  frecuencia,  $\%=$  porcentaje

La variable empoderamiento en el uso de anticonceptivos, se midió con la subescala de poder sexual del Instrumento de empoderamiento de anticonceptivos en adolescentes (ver apéndice I). Se observó que 39.7% (131) de las madres adolescentes, estuvieron de acuerdo en sentirse seguras y en control en las relaciones sexuales, seguido del 37.6% (124) que coinciden en que evitan un embarazo con el uso de anticonceptivos (Tabla T17).

Tabla T17

*Subescala de poder sexual*

Pregunta	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni en acuerdo ni desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. ¿Tienes relaciones sexuales sin protección ...	15	4.5	47	14.2	99	30.0	82	24.8	87	26.4
2. ¿Te aseguras de comprar los condones?	31	9.4	77	23.3	105	31.8	91	27.6	26	7.9
3. ¿Te sientes seguro(a) y en control durante las ...	20	6.1	24	7.3	90	27.3	131	39.7	65	19.7
4. ¿Usas algún método anticonceptivo para ...	28	8.5	43	13.0	90	27.3	107	32.4	62	18.8

Pregunta	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni en acuerdo ni desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>
5. ¿Usas algún método anticonceptivo para evitar ...	23	7.0	25	7.6	74	22.4	124	37.6	84	25.5

Nota:  $n = 330$ ,  $f =$  frecuencia,  $\% =$  porcentaje

Se calculó el índice de la subescala de poder sexual, del Instrumento de empoderamiento de anticonceptivos en adolescentes, obteniendo como resultado  $M = 61.11$  ( $DE = 17.31$ ,  $Mín. = 10$ ,  $Máx. = 100$ ) lo cual indica, que las madres adolescentes tienen nivel de poder sexual medio. En la tabla T18 se observa 50.6% (167) de las madres adolescentes tiene un nivel medio de poder sexual.

Tabla T18

*Nivel de Poder sexual*

Nivel	<i>f</i>	%
Bajo	110	33.3
Medio	167	50.6
Alto	53	16.1

Nota:  $n = 330$ ,  $f =$  frecuencia,  $\% =$  porcentaje

La variable intención de uso de anticonceptivos, se midió con la escala de intención de uso de anticonceptivos (ver apéndice J). Se observa 62.1% (205) que las madres adolescentes, no tienen intención de usar el anillo vaginal en los próximos 30 días, seguido de 57.6% (190) sin intención de usar la inyección y 54.5% (180) sin intención de utilizar el parche anticonceptivo (Tabla 19).

Tabla T19

*Subescala de intención de uso de anticonceptivos*

Pregunta	Extremada mente probable que <b>NO</b> lo haré														Extremada mente probable que <b>SI</b> lo haré	
	0	1	2	3	4	5	6	7								
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
9	73	22.1													170	51.5
			20	6.1	6	1.8	19	5.8	18	5.5	8	2.4	16	4.8		
10	159	48.2													53	16.1
			26	7.9	26	7.9	18	5.5	18	5.5	13	3.9	17	5.2		
11	73	22.1													170	51.5
			20	6.1	6	1.8	19	5.8	18	5.5	8	2.4	16	4.8		
12	159	48.2													53	16.1
			26	7.9	26	7.9	18	5.5	18	5.5	13	3.9	17	5.2		
13	180	54.5													37	11.2
			27	8.2	21	6.4	30	9.1	13	3.9	12	3.6	10	3.0		
14	205	62.1													21	6.4
			28	8.5	28	8.5	16	4.8	12	3.6	9	2.7	11	3.3		
15	190	57.6													37	11.2
			26	7.9	20	6.1	24	7.3	12	3.6	10	3.0	11	3.3		
16	165	50.0													62	18.8
			23	7.0	12	3.6	19	5.8	16	4.8	13	3.9	20	6.1		
17	145	43.9													84	25.5
			21	6.4	7	2.1	20	6.1	16	4.8	19	5.8	18	5.5		
18	115	34.8													115	34.8
			18	5.5	7	2.1	16	4.8	25	7.6	16	4.8	18	5.5		
19	159	48.2													52	15.8
			35	10.6	20	6.1	16	4.8	20	6.1	15	4.5	13	3.9		

Nota:  $n=330$ ,  $f$ = frecuencia, %= porcentaje

Se calculó el índice de la subescala de intención de uso de anticonceptivos, obteniendo como resultado  $M=61.11$  ( $DE=17.31$ ,  $Mín.=10$ ,  $Máx.=100$ ) lo cual indica que las madres adolescentes tienen una intención media. En la tabla T20 se observa que 50.6% (167) de las madres adolescentes se ubican en un nivel medio de intención de uso de anticonceptivos.

Tabla T20

*Subescala intención de uso de anticonceptivos*

Nivel	F	%
Bajo	110	33.3
Medio	167	50.6
Alto	53	16.1

Nota:  $n=330$ ,  $f$ = frecuencia, %= porcentaje

La variable de uso de anticonceptivos se midió con la escala de conducta anticonceptiva (ver apéndice K). Se observó que 32.1% (106) de las madres adolescentes refirieron que tener un método anticonceptivo preferido corresponde totalmente, seguido del 28.2% (93) que reportan poner atención a cualquier información sobre anticoncepción (Tabla T21).

Tabla T21

*Escala de conducta anticonceptiva*

Enunciado	No corresponde		Casi no corresponde		Corresponde algo		Casi corresponde		Corresponde totalmente	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Yo practico la anticoncepción ...	74	22.4	51	15.5	79	23.9	57	17.3	69	20.9
2. Yo tengo un método anticonceptivo ...	58	17.6	43	13.0	55	16.7	68	20.6	106	32.1
3. Yo pongo atención a cualquier ...	37	11.2	43	13.0	78	23.6	79	23.9	93	28.2
4. Cuando dudo de la seguridad de un ...	58	17.6	55	16.7	80	24.2	72	21.8	65	19.7
5. Yo uso métodos Anticonceptivos ...	54	16.4	48	14.5	64	19.4	73	22.1	91	27.6

Nota:  $n=330$ ,  $f$ = frecuencia, %= porcentaje

Se calculó el índice de la Escala de conducta anticonceptiva, obteniendo como resultado  $M=55.98$  ( $DE=28.56$ ,  $Mín.=10$ ,  $Máx.=100$ ) lo cual indica que las madres adolescentes tienen conducta anticonceptiva media. En la tabla T22 se observa que 51.2% (169) de las madres adolescentes se ubican en un nivel medio de la conducta anticonceptiva.

Tabla T22

*Nivel de conducta anticonceptiva*

Nivel	<i>f</i>	%
Bajo	81	24.5
Medio	169	51.2
Alto	80	24.2

Nota:  $n= 330$ ,  $f=$  frecuencia,  $\%=$  porcentaje

## **Resumen Autobiográfico**

### **MSN. Clarisa Luna Ferrales**

#### **Candidato a Obtener el Grado de Doctor en Ciencias de Enfermería**

**Biografía:** Clarisa Luna Ferrales, nacida en la Ciudad de Chihuahua, Chih., el día 2 de septiembre de 1972, hija de C.P. Jorge Humberto Luna Duque de Estrada y la Sra. Magdalena Ferrales Guerra.

**Educación:** Egresada de la Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua, como Licenciada en enfermería en el 1997. Egresada de University of New México, Albuquerque N.M. del College of Nursing como Master Science of Nursing en el año 2000. Becaria del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), para realizar estudios de Doctorado en Ciencias de Enfermería en la Universidad Autónoma de Nuevo León, en el periodo agosto diciembre 2022.

**Experiencia profesional:** •Enfermera general del Hospital General Salvador Zubirán de la Cd. Chihuahua, Chih. 1996-1998, Enfermera encargada del servicio médico de Electrocomponentes de México S.A de C.V, Cd de Chihuahua, 1998-2000. Enfermera registrada RN en el University Hospital of New México Albuquerque, USA. (2001-2003). Enfermera de Calidad en atención al hispano, en el departamento de calidad de enfermería de la “Clínica Milagro”, en University Hospital of New México, Albuquerque, NM. (2000-2002). Profesor de tiempo completo de la Facultad de Enfermería y Nutriología del 2004 a la fecha, Coordinadora estatal de enseñanza en enfermería y servicio social del Instituto Chihuahuense de Salud y de los Servicios Estatales de Salud del Estado de Chihuahua, periodo administrativo 2010-2016.

**Miembro de las siguientes asociaciones:** Sigma Theta Tau International. Honor Society of Nursing, Mixed Methods International Research Association, Sociedad Mexicana de Salud Pública AC. y Asociación mexicana de psicología social.