



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Enfermería



**Barreras para el uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios de
Morelia**

Tesis

**Que para obtener el Título de
Licenciado en Enfermería**

Presenta

Gustavo Enrique Rangel Pineda

Asesora

M.A.H. Alma Rosa Picazo Carranza

Coasesora

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Revisora

Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga

Morelia, Michoacán

Noviembre, 2021

Directivos

M.S.P. Julio César González Cabrera

Director

M.I.E.N. Cecilia Castro Calderón

Secretaria Académica

M.E. Renato Hernández Campos

Secretario Administrativo

Mesa sinodal

M.A.H. Alma Rosa Picazo Carranza

Presidente

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Vocal 1

Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga

Vocal 2

Dedicatorias

Agradezco primordialmente a dios que siempre estuvo a un lado mío durante toda mi carrera, apoyándome en las buenas y en las malas, por permitirme tener esta vida plena de alegría, conocimientos y amistades durante toda mi carrera en enfermería.

También agradezco infinitamente a mi madre, que, gracias a ella, a su aprendizaje y largo trayecto laborando como enfermera, me oriento y asesoro en muchas ocasiones cuando yo no sabía cómo realizar procedimientos, exponer en mis trabajos en clase. Siempre fue un pilar importante para mí, ella me motivo demasiado en toda mi carrera universitaria. Siempre estaré completamente agradecido con ella, sé que desde el cielo va a estar orgullosa de mí, siempre la amaré y la recordaré con tanto amor y admiración, como mujer, como enfermera, como madre, como amiga, como compañera, como hermana, siempre estarás en mi corazón.

También agradecer a mi familia, pareja, amigos, maestros, que siempre estuvieron a un lado mío durante toda la carrera, apoyándome, para no rendirme, que confiaron en mí y que me tuvieron paciencia, porque gracias a ustedes que son parte de mi crecimiento y desarrollo nunca dejaron de confiar en mí y darme esas fuerzas para seguir adelante y ser quien soy ahora.

También agradezco mucho a mis papás que, sin el apoyo, el cariño y el amor que me dieron durante toda mi formación no sería la persona que ahorita soy, por todo el esfuerzo que hicieron para que yo terminara mis estudios, por todos esos valores que me enseñaron para seguir adelante, para nunca rendirme, siempre mirar hacia adelante y cumplir todas mis metas y sueños y por todos esos buenos consejos que me dieron.

También agradezco a mis hermanos, que en ocasiones yo decía que no podía, siempre me ayudaron a poner los pies sobre la tierra, y dándome un consejo o un empujón

a seguir con mi carrera universitaria, que en algunas ocasiones ellos ayudaron económicamente en mi formación, les agradezco infinitamente.

Agradecimientos

Estoy muy agradecido con mi asesora de la tesis la Dra. Ma de Jesús Ruiz Recéndiz, quien me estuvo apoyando durante la elaboración de la tesis, que siempre estuvo en las buenas y en las malas, que nunca dejo de creer en mí, que me tuvo mucha paciencia durante todo este tiempo, que sin su apoyo todo esto no se hubiera logrado en tiempo y en forma, que se volvió también parte de mi vida por todos los buenos consejos que me dio, que gracias a eso soy la persona que soy en este momento.

También doy gracias a la facultad de enfermería, a todos los directivos por tener en buenas condiciones las aulas, laboratorios, por brindar muchas oportunidades de aprendizaje y campo clínico dentro de los hospitales, preocupándose por nuestra preparación práctica.

Agradezco a mis profesores, por compartir con cada uno de nosotros como estudiantes todos sus conocimientos en los años que llevan como docentes, enfermeras, enfermeros y doctores. Gracias a ellos el conocimiento que adquirimos dentro de la facultad es alto, ya que siempre están al pendiente porque nosotros captemos las ideas y la información, irnos sin dudas y con buen conocimiento teórico práctico.

A mis enfermeras durante mi formación de mi carrera que me apoyaron en la aplicación de todo lo teórico en lo práctico, que me ayudaron a dominar procedimientos que hacía falta practicar más. Por resolver cada una de las dudas que surgían durante nuestras prácticas hospitalarias, como prácticas de campo. Por la paciencia al llegar a cometer algún error, gracias a ellas mi aprendizaje también fue creciendo cada vez más en cada uno de los servicios por los que pase.

Resumen

Introducción. La planificación familiar y la anticoncepción constituyen una base fundamental de la salud reproductiva, física y mental para los estudiantes dados sus potenciales beneficios sociales y de salud. **Objetivo.** Evaluar las barreras para el uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios de Morelia. **Material y métodos.** Estudio cuantitativo, diseño no experimental, descriptivo y transversal. Muestra probabilística de 203 estudiantes seleccionados con muestreo aleatorio simple. Se utilizó el instrumento Barrera de métodos anticonceptivos ($\alpha=.85$). Estadística descriptiva e inferencial (U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis). **Resultados.** Mayoría de los participantes son mujeres (76.4%), 92.6% solteros, 59.1% vive con la familia, 68% inició vida sexual activa, 58.1% usa algún método anticonceptivo y 8.9% tuvo un embarazo previo. los participantes presentaron menores barreras al uso de métodos anticonceptivos en la escala total (87.7%) y en las dimensiones personal (91.6%), sociocultural (91.6%), planificación familiar (87.7%), profesional de salud (89.2%). Se encontraron diferencias con las variables ¿Con quién vive? y vida sexual activa en la escala total ($p<.005$). **Conclusiones.** Los estudiantes presentaron menores barreras al uso de métodos anticonceptivos.

Palabras claves: estudiantes, anticonceptivos, universitarios.

Abstract

Introduction. Family planning and contraception constitute a fundamental basis of reproductive, physical, and mental health for students given their potential health and social benefits.

Objective. To evaluate the barriers to the use of contraceptive methods among university students in Morelia.

Material and methods. Quantitative study, non-experimental, descriptive and cross-sectional design. Probabilistic sample of 203 students selected with simple random sampling. The contraceptive method barrier instrument ($\alpha=.85$) was used. Descriptive and inferential statistics (Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis).

Results. Most of the participants were women (76.4%), 92.6% were single, 59.1% lived with their families, 68% started an active sexual life, 58.1% used some contraceptive method and 8.9% had a previous pregnancy. The participants presented lower barriers to contraceptive use on the total scale (87.7%) and in the personal (91.6%), sociocultural (91.6%), family planning (87.7%) and health professional (89.2%) dimensions. Differences were found with the variables With whom do you live? and sexually active life in the total scale ($p<.005$).

Conclusions. Students presented lower barriers to the use of contraceptive methods.

Keywords: students, contraceptives, university students.

Índice

Introducción	1
I. Justificación	4
II. Planteamiento del problema.....	9
III. Objetivos	11
3.1 General	11
3.2 Específicos.....	11
IV. Hipótesis	12
V. Marco teórico	14
5.1. Métodos anticonceptivos.....	14
5.1.1. Concepto.....	14
5.1.2. Antecedentes históricos	15
5.1.3. Clasificación.....	16
5.1.3.1. Métodos anticonceptivos hormonales.	17
5.1.3.2. Métodos anticonceptivos no hormonales.	18
5.1.3.3. Métodos anticonceptivos permanentes.	18
5.2 Teoría de Nola Pender.....	18
5.2.1. Generalidades de la teoría.....	18
5.2.2. Principales conceptos y definiciones	19
5.2.3. Principales premisas	22
5.2.4. Principales premisas	23
VI. Material y métodos.....	26
6.1. Enfoque y diseño	26
6.2. Límites de tiempo y espacio.....	26
6.3. Universo	26
6.4. Muestra y muestreo	26
6.5. Variables	26
6.6. Criterios de selección.....	27
6.6.1. Criterios de inclusión	27
6.6.2. Criterios de exclusión.....	27
6.6.3. Criterios de eliminación.....	27
6.7. Instrumento	27

6.8. Procedimiento	29
6.9. Análisis estadístico.....	29
VII. Consideraciones éticas y legales.....	30
VIII. Resultados	33
IX. Discusión	39
X. Conclusiones	40
XI. Sugerencias	41
XII. Referencias bibliográficas.....	42
XIII. Anexos	46
Anexo 1. instrumento Barrera de métodos anticonceptivos.....	46
XIV. Apéndices	48
Apéndice 1. Formulario de consentimiento informado	48
Apéndice 2 Cronograma de actividades	50
Apéndice 3. Operacionalización de variables	51
Apéndice 4 Dictamen del Comité de Investigación.....	52
Apéndice 5 Dictamen del Comité de Ética en Investigación.....	54

Relación de tablas

No.	Título	página
1	Puntos de corte para las barreras de métodos anticonceptivos	28
2	Variables sociodemográficas de los participantes ($n=203$)	30
3	Escala total de Barreras del uso de métodos anticonceptivos y sus dimensiones ($n=203$)	34
4	Barreras del uso de métodos anticonceptivos en escala total y dimensiones ($n=203$)	35
5	Diferencias en la variable ¿Con quién vive?	36
6	Diferencias en la variable Vida sexual activa	37
7	Diferencias en la variable uso de métodos anticonceptivos	38

Relación de figuras

No.	Título	página
1	Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender revisado	24

Introducción

En el presente protocolo se realizó una investigación para determinar las barreras que existen para el uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios, recordando que los métodos anticonceptivos son todos aquellos mecanismos utilizados voluntariamente, por el hombre, la mujer o la pareja, idealmente de común acuerdo, con el fin de evitar la concepción (Jiménez y Vilchis, 2016). De acuerdo con diversas investigaciones se sabe que algunos datos que pueden influir son la edad, sexo, religión, lugar de origen, conocimientos acerca de, nivel de estudios, entre otros.

Dado al gran problema que representa para enfermería el objetivo para este trabajo fue evaluar las barreras que existen para el uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios.

Este protocolo está diseñado en varios capítulos, siendo el Capítulo I donde se presenta la justificación que contiene la magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad para poder realizar este estudio. En este capítulo también se incluye el planteamiento del problema seguido de los objetivos y las hipótesis de la investigación.

En el capítulo II se continúa con el marco teórico donde se describen la variable de estudio barreras que existen para el uso de métodos anticonceptivos y la población de estudiantes universitarios.

En el Capítulo III se describen material y métodos donde se presenta diseño de la investigación, límites de tiempo y espacio, universo, muestra y muestreo, variables, criterios de inclusión, exclusión y eliminación, instrumentos, procedimiento análisis estadísticos, y último, las consideraciones éticas y legales.

El capítulo IV se presentan los resultados obtenidos en la investigación, así como la discusión, conclusiones y sugerencias.

Finalmente se enlistan las referencias bibliográficas consultadas para la elaboración de la investigación, así como los anexos y apéndices elaborados por el investigador.

Este proyecto de investigación se inscribe en la LGAC Estilos de vida saludable.

Capítulo I

I. Justificación

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) se calcula que en los países en desarrollo unos 214 millones de mujeres en edad fecunda desean posponer o detener la procreación, pero no utilizan ningún método anticonceptivo moderno.

El uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en al África subsahariana. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57.4% en 2015 (OMS, 2018)

En México la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2018) registró que, en el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, se observó un porcentaje similar respecto a la Ensanut 2012. Del total de adolescentes de 12 a 19 años edad que reportaron haber iniciado vida sexual, 19.1% (14% de los hombres y 26.1% de las mujeres) no utilizó métodos anticonceptivos (Shamah-Levy et al, 2020, p. 109).

En el caso de Michoacán sobre el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, se observó que del total de adolescentes de 12 a 19 años edad que reportaron haber iniciado vida sexual, 25.7% no utilizó métodos anticonceptivos, porcentaje mayor al nacional (19.1%). De los que usaron algún método, 70.3% usó condón masculino (cuadro 3.8), cifra menor al porcentaje nacional (77%). (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020, p. 41).

En México, el descenso que la tasa global de fecundidad ha tenido a lo largo de tiempo se debe básicamente a la promoción e incremento gradual del uso de anticonceptivos entre las mujeres y sus parejas. No obstante, en los últimos 12 años esta tendencia ha tenido una desaceleración. La cobertura anticonceptiva de las mujeres unidas o casadas aumentó de 15.0% en 1973 a 74.5% en 2003 para posteriormente disminuir a 70.9% en 2006; la última estimación disponible sitúa esta cobertura en 72.5% en 2009.

En cuanto al cuidado de enfermería, una de las grandes teóricas de enfermería Nola J. Pender, señala que amplía el modelo promoción a la salud (MPS) para abarcar las conductas que fomentan la salud, y se aplica de forma potencial a lo largo de toda la vida (Sakraida y Wilson, 2018, p. 870).

En cuanto a promoción a la salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación (OPS, 2019).

Así mismo, para enfermería es necesario realizar una investigación sobre la relación de la carencia afectiva y las barreras que existen para el uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios para poder identificar las dudas o si se está haciendo un uso incorrecto de los métodos anticonceptivos y crear estrategias para encumbrar el uso de estos.

Es posible realizar esta investigación dado que se tiene acceso a la población de estudio en la ciudad de Morelia e igualmente se dispone del tiempo necesario para la realización de la investigación.

De igual manera, es factible también efectuar la investigación, ya que los recursos financieros generados en esta investigación serán cubiertos por los investigadores principales.

Los artículos de investigación que se consultaron para este estudio que implicaron los conceptos de promoción a la salud, planificación familiar, uso de métodos anticonceptivos, etc. se presentan a continuación.

En el 2016 Pérez, Serrano, Hernández y Fernández llevaron a cabo una investigación en Pinar del Río, Cuba con el objetivo de evaluar la efectividad de una intervención educativa sobre riesgo preconcepciones en mujeres en edad fértil. Donde la muestra fue no probabilística, 110 mujeres con riesgo preconcepciones. En los resultados se pudo encontrar que se elevó el conocimiento sobre planificación familiar después de la intervención educativa a 93.7 %, sobre métodos anticonceptivos resultó el 96,3 % el conocimiento alcanzado, la asistencia a consulta se logró incrementar a un 69.0 % después de la intervención.

En el 2016 Quezada, et al. llevaron a cabo una investigación en Chiclayo, Coima cuyo objetivo era: Conocer las características del uso de métodos anticonceptivos en los estudiantes de la Universidad de Chiclayo. Tratándose de un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, con un muestreo probabilístico, conformada por 6760 personas en el segundo semestre, se aplicó un cuestionario conformado por 19 preguntas abiertas, carrera y edad, y preguntas cerradas; obteniéndose así los siguientes resultados. El método anticonceptivo más usado por ambos sexos es el de barrera con (60.8%), seguido de los métodos hormonales (17%), siendo usados así un 5.3% métodos anticonceptivos de emergencia.

En el 2016 López, et al se enfocaron en identificar las diferencias entre la afectividad y las conductas sexuales en adolescentes en Colombia y España, donde se encuestaron un total de 500 adolescentes entre 15 a 18 años donde se encontró que el sexo, nacionalidad y grupo de edad es un factor importante ante las relaciones sexuales donde el mayor porcentaje fue de las mujeres en España dado diversos factores, incluyendo uno de ellos la afectividad hacía los padres, donde se mostró que era mayor hacía el padre que a la madre, de esta manera impactaba en su pareja, así como en los conocimientos de las relaciones sexuales. (López, Carcedo, Fernández y Martínez, 2017).

En México los embarazos no planificados se presentan entre 30% y 60% en adolescentes. Esta problemática permea a todos los grupos de la sociedad observándose aún en las universidades. La Universidad Autónoma del Estado de México ha realizado acciones preventivas; sin embargo, en cinco años, el número de embarazos en las estudiantes incrementó en un plantel de la zona oriente, por lo que se propuso evaluar el conocimiento sobre métodos de planificación familiar y conducta sexual que tienen los estudiantes universitarios. (Contreras, Ibarra, Casas, Camacho y Velasco, 2020).

En el ámbito global, jóvenes y adolescentes son reconocidos como población prioritaria de atención y entre los principales problemas de salud identificados en adolescentes y adultos jóvenes se encuentran las infecciones de transmisión sexual (ITS) (5). Se ha documentado que el 50% de estas afecta a este grupo poblacional (6). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que el VIH-sida es una de las cinco principales causas de muerte de los jóvenes en el Caribe, con aproximadamente el 1,6% de la población de 15-24 años infectada por el virus. En América Latina, la prevalencia es de 0,3%. Además, uno de cada 20 jóvenes en la región está infectado con una ITS (Covarrubias, Villegas, Verde, Espinosa y Rivero, 2016).

El uso de métodos anticonceptivos depende del conocimiento de estos, para un uso responsable que permitan una vida sexual saludable. El objetivo fue determinar la relación del nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios. Fue un estudio descriptivo correlacional de corte transversal, con población de estudio 477 estudiantes universitarios. Los resultados muestran que la edad de los participantes se ubicó entre 17 y 27 años, 54.7% son mujeres, 75.3% residen en Cañar y 60% son sexualmente activos, de los cuales 92.7% manifestó conocer sobre métodos anticonceptivos, 39.2% no utiliza ningún método como medida de protección, el método preferido es el preservativo (32.5%). (Bravo, Guerra, Uguña y Castillo, 2020).

La depresión es un problema de salud que afecta al 23% de universitarios predisponiéndolos a prácticas sexuales de riesgo. Hurtado., Veytia, Guadarrama, Gonzalez, y Wagner (2017) realizaron un estudio con el objetivo de identificar la influencia existente entre la sintomatología depresiva elevada (SDE) en el uso de anticonceptivos y fallas al usarlos. Se realizó un estudio transversal no experimental a 1853 estudiantes de ambos sexos entre 18-24 años, del área de la salud de dos universidades públicas del centro de México. Se encontró que la SDE es mayor en mujeres, la probabilidad de fallas en el uso anticonceptivos naturales y hormonales con SDE es 40%; y no usar condón 38%, ($p < 0.05$), lo que aumenta el riesgo para embarazos no planeados y/o para la adquisición de infecciones de transmisión sexual. (Hurtado, Veytia, Guadarrama, González, y Wagner 2017).

II. Planteamiento del problema

Los métodos anticonceptivos son aquéllos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente (Secretaría de salud, 1993).

Es necesario brindarle a la población en edad fértil y con algún factor de riesgo, el modo de controlar la fecundidad dado que puede ser negativo para el recién nacido, así como el niño en alguna etapa de su vida por una carencia afectiva de los padres, pues muchos no tienen la motivación suficiente para llevar adelante este control y cuidado o no conocen cómo realizarlo para así crear la actividad de planificación familiar y de anticoncepción.

La planificación familiar (PF) y la anticoncepción (AC) constituyen una base fundamental de la salud reproductiva, física y mental (SR) dados sus potenciales beneficios sociales y de salud. Dichos beneficios incluyen desde la reducción de la pobreza y la mortalidad materna e infantil, hasta una mejora en la calidad de vida, lo que se traduce en mayores oportunidades de educación y empleo, y la inserción más igualitaria de las mujeres a la sociedad. Asimismo, la PF contribuye de manera importante al logro de varias Metas del Milenio (OMS, 2018).

En cuanto a México se tiene una trayectoria de más de 35 años en la promoción de PF, la cual fue impulsada por dos importantes cambios en el marco legal y de las políticas públicas. El primero, en 1973, cuando nuestro país se convirtió en el segundo del mundo y el primero en América Latina en instituir en su Constitución el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos (Artículo 4º). El segundo fue el planteamiento en 1974 de una serie de acciones para regular el crecimiento de la población dentro de la Ley General de Población. Si bien desde antes de estos acontecimientos algunas instituciones públicas habían establecido programas de

forma aislada, fue a partir del Plan Nacional de Planificación Familiar 1977-1979 que hubo un esfuerzo coordinado de todo el sector salud para promover PF y AC.

A pesar de los esfuerzos realizados y a su estrategia nacional para la prevención del embarazo en adolescentes el embarazo en adolescentes (ENAPEA) es un fenómeno que ha cobrado importancia en los últimos años debido a que México ocupa el primer lugar en el tema, entre los países de la organización para la cooperación y el desarrollo económico (OCDE) con una tasa de fecundidad de 77 nacimientos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años de edad. asimismo, en México, 23% de las y los adolescentes inician su vida sexual entre los 12 y los 19 años. de estos, 15% de los hombres y 33% de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual siendo así un factor de riesgo importante para la salud mental de un niño o adolescente. Es así que, de acuerdo con estos datos, aproximadamente ocurren al año 340 mil nacimientos en mujeres menores de 19 años.

En cuanto al Modelo de Promoción a la Salud Nola J. Pender es similar a la construcción del modelo de creencia en la salud, pero no se limita a explicar la conducta de prevención de la enfermedad. El MPS se diferencia del modelo de creencia en la salud porque en el MPS no tienen cabida el miedo o la amenaza como fuente de motivación para la conducta sanitaria. Por este motivo, se amplía el MPS para abarcar las conductas que fomentan la salud, y se aplica de forma potencial a lo largo de toda la vida. (Sakraida y Wilson, 2018)

En cuanto a la información anterior basada en la investigación; se plantea la siguiente pregunta de investigación, ¿cuáles son las barreras para el uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios de Morelia?

III. Objetivos

3.1 General

Evaluar las barreras para el uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios de Morelia.

3.2 Específicos

1. Describir a los estudiantes universitarios de Morelia con base en las variables sociodemográficas.
2. Identificar las barreras para el uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios de Morelia.
3. Determinar las diferencias de las barreras para el uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios de Morelia con las variables sociodemográficas.

IV. Hipótesis

Hipótesis nula

H_0 No existen barreras para el uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios de Morelia.

Hipótesis Alterna

H_i Existen barreras para el uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios de Morelia.

Capítulo II

V. Marco teórico

En este capítulo se presentan las variables de estudio barreras para el uso de métodos anticonceptivos, la teoría de Nola Pender y la población de estudio.

5.1. Métodos anticonceptivos

5.1.1. Concepto

En líneas generales, estos son los principales métodos anticonceptivos: píldoras anticonceptivas orales, implantes, inyectables, parches, anillos vaginales, dispositivos intrauterinos, preservativos, esterilización masculina y femenina, método de la amenorrea de la lactancia, coito interrumpido y métodos basados en el conocimiento de la fertilidad. Estos métodos tienen diferentes mecanismos de acción y eficacia a la hora de evitar embarazos no deseados. La eficacia se mide por el número de embarazos habidos en un año por cada 100 mujeres que utilizan el método. Según su grado de eficacia utilizándolos de forma habitual, los métodos se clasifican en: muy eficaces (entre 0 y 0,9 embarazos por cada 100 mujeres); eficaces (entre 1 y 9 embarazos por cada 100 mujeres); moderadamente eficaces (entre 10 y 19 embarazos por cada 100 mujeres) y menos eficaces (20 o más embarazos por cada 100 mujeres). (OMS, 2020).

Los métodos anticonceptivos son objetos, sustancias, y procedimientos que se utilizan de manera voluntaria para regular la capacidad reproductiva de una persona o pareja con el fin de evitar un embarazo no planeado. Si la pareja desea tener más hijos, la mujer puede embarazarse al suspender su uso. Los definitivos evitan el embarazo de manera permanente y se recurre a ellos cuando la pareja tiene la paridad satisfecha. El termino paridad se refiere al número de hijos que cada pareja decide tener (OMS, 2018).

5.1.2. Antecedentes históricos

El origen del control de la natalidad y la anticoncepción se remonta al descubrimiento por nuestros antepasados de la asociación entre la práctica de relaciones sexuales y la posibilidad de embarazo en el caso de mujeres fértiles. Aunque en general, la confirmación de la fertilidad era considerada de manera favorable, y la infertilidad se consideraba una maldición o castigo, se deseaba postergar la reproducción al momento más favorable como en la época de cosecha (Guibovich, 2012).

Las Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos (RPS) proporcionan orientación sobre “cómo” utilizar los métodos anticonceptivos de manera segura y eficaz. El objetivo del documento es mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar así como el acceso a tales servicios, al ofrecer a las personas formuladoras de políticas, responsables de la toma de decisiones y directores(as) de programas recomendaciones que pueden utilizarse como base para elaborar o modificar guías nacionales sobre la provisión de todos los anticonceptivos hormonales, dispositivos intrauterinos, métodos de barrera, métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, esterilización masculina y femenina, y anticoncepción de emergencia. El presente documento no proporciona guías estrictas, sino que brinda recomendaciones que sirven de base para la racionalización de la provisión y del uso de diversos anticonceptivos, teniendo en cuenta la información más actualizada disponible. (OMS, 2018).

Esta presentación forma parte de una serie de módulos de capacitación producido por *Family Health International*. Su finalidad es familiarizar a los profesionales de salud y a los estudiantes de medicina, enfermería y salud pública con una variedad de métodos de planificación familiar. La meta de la planificación familiar es capacitar a las parejas y a cada persona para que elijan libremente cuántos hijos van a tener y cuándo tenerlos. La mejor

forma de hacer esto es poniendo a la disposición toda una variedad de métodos anticonceptivos eficaces y seguros, y dando a los hombres y a las mujeres suficiente información para que puedan tomar decisiones informadas. (OMS, 2020).

La primera píldora anticonceptiva fue comercializada hace unos 40 años, representando uno de los avances más importantes tanto en el campo de la ginecología como en el de la situación de la mujer. La posibilidad de contar con un método seguro y fiable ha contribuido a mejorar la salud reproductiva de las mujeres de todo el mundo, permitiéndole el control de su fertilidad y una adecuación del deseo reproductivo a las necesidades socioeconómicas de las parejas. Durante las últimas décadas hemos sido testigos de los avances científicos en materia de anticoncepción. La industria farmacéutica ha creado diversidad de métodos para que las parejas puedan decidir libre y responsablemente la cantidad de descendientes que desean tener, así como el período intergenésico y la creación de una planificación familiar efectiva que les permita elegir el momento adecuado para el nacimiento de sus hijos. (Somogyi, Mora, 2011).

Los anticonceptivos de emergencia (AE), son un método simple, seguro y efectivo para la planificación familiar que pueden utilizar las mujeres para prevenir un embarazo no planeado. Los AE se usan días después de una relación sexual no protegida, es decir, cuando no se usó un anticonceptivo de barrera, cuando este falló o fue usado incorrectamente y en el caso extremo de una violación sexual; este disminuye el porcentaje de jóvenes en embarazo y de abortos, permitiendo ejercer a las mujeres el derecho a controlar su fertilidad. (Acevedo, Ramírez, Cardona y Oliveros, 2019).

5.1.3. Clasificación

La clasificación de los métodos anticonceptivos varía según los autores, la Secretaría de Salud los clasifica en hormonales y no hormonales, y se agregará una tercera clasificación, métodos anticonceptivos permanentes.

5.1.3.1. Métodos anticonceptivos hormonales.

Anticonceptivos orales

a) Los anticonceptivos orales (AO) en combinación (la “pastilla” o “píldora”) contiene dos hormonas (estrógeno y progestágeno) y evita la liberación de óvulos por los ovarios (ovulación). La eficacia de los anticonceptivos orales es de mayor de 99% si se usa de manera correcta y sostenida.

Los anticonceptivos orales tienen varias ventajas entre ellas disminuir el riesgo de cáncer endometrial y ovárico, aunque, en un uso típico, si los AO no se usan en forma correcta y sistemática, se reduce su eficacia. Los AO, para que sean más eficaces, se deben tomar diariamente.

b) Píldoras sólo de progestina (POP por sus siglas en inglés). Para estas píldoras, una mujer toma una píldora por día, de preferencia a la misma hora cada día. Su mecanismo de acción está dado porque las píldoras solo de progestina podrían interferir con la ovulación o la función del espermatozoide.

La eficacia de las píldoras de progestina es de 99% si se usa de manera correcta y sostenida. La ventaja de las píldoras de progestina es que engrosan el moco cervical, lo que dificulta que el espermatozoide nade hacia el útero o ingrese a las trompas de Falopio. Una de sus desventajas es que alteran los cambios cíclicos normales en el revestimiento uterino y podrían provocar sangrado entre los períodos menstruales normales de una mujer (metrorragia).

- c) Píldora de emergencia
- d) Anticonceptivos inyectables
- e) Implantes subdérmicos
- f) Dispositivo intrauterino (Instituto de Salud del Estado de México, 2018)

5.1.3.2. Métodos anticonceptivos no hormonales.

- a) Métodos anticonceptivos naturales:
- b) Métodos de barrera
- c) Dispositivo intrauterino
- d) Lactancia ininterrumpida. (Instituto de Salud del Estado de México, 2018)

5.1.3.3. Métodos anticonceptivos permanentes.

- a) Vasectomía
- b) Salpingoplastia. (Instituto de Salud del Estado de México, 2018)

5.2 Teoría de Nola Pender

5.2.1. Generalidades de la teoría

Las bases que Pender poseía en enfermería, en desarrollo humano, en psicología experimental y en educación la llevaron a utilizar una perspectiva holística y psicosocial de la enfermería, y al aprendizaje de la teoría como bases para el Modelo de promoción de la salud (MPS).

El MPS integra diversas teorías. La teoría del aprendizaje social de Albert Bandura (1977), que postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta, es de gran importancia para el MPS. La teoría del aprendizaje social, denominada actualmente teoría cognitiva social, incluye las siguientes creencias: autoatribución, autoevaluación y autoeficacia. La autoeficacia es una construcción central para el MPS. Además, el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana descrito por Feather (1982), que afirma que la conducta es racional y económica, es importante para el desarrollo del modelo. El MPS es similar a la construcción del modelo de creencias en la salud (Becker, 1974), pero no se limita a explicar la conducta de prevención de la enfermedad. El MPS se diferencia del modelo de creencia en la salud porque en el MPS no tienen cabida el miedo

o la amenaza como fuente de motivación para la conducta sanitaria. Por este motivo, se amplía el MPS para abarcar las conductas que fomentan la salud, y se de forma potencial a lo largo de toda la vida (Sakraida y Wilson, 2018).

5.2.2. Principales conceptos y definiciones

Conducta relacionada previa

La conducta relacionada previa alude a la frecuencia de comportamientos iguales o parecidos en el pasado. Esto tiene efectos directos e indirectos sobre la probabilidad de que el paciente adopte conductas que fomenten la salud.

Factores personales

Los factores personales se categorizan como biológicos, psicológicos y socioculturales. Estos factores son predictores de una conducta determinada y vienen modulados por la naturaleza del comportamiento diana que se esté planteando (Sakraida y Wilson, 2018).

Factores biológicos personales

Dentro de los factores biológicos personales se incluyen variables como la edad, el sexo, el índice de masa corporal, el estado puberal, la menopausia, la capacidad aeróbica, la potencia, la agilidad y el equilibrio (Sakraida y Wilson, 2018).

Factores psicológicos personales

Los factores psicológicos personales incluyen variables como la autoestima, la automotivación, la competencia personal, el estado de salud percibido y la definición de salud (Sakraida y Wilson, 2018).

Factores socioculturales personales

Algunos factores socioculturales son la raza, la etnia, la aculturación, la educación y el estado socioeconómico.

Aspectos cognitivos y afectos específicos de conducta

Los siguientes son aspectos cognitivos y afectos específicos de conducta a los que se atribuye una importancia mayor a nivel de la motivación; estas variables se pueden modificar mediante las acciones enfermeras (Pender, 1996 citada por Sakraida y Wilson, 2018).

Beneficios percibidos de la acción

Los beneficios percibidos de la acción son resultados positivos anticipados de una conducta de salud.

Barreras percibidas para la acción

Las barreras percibidas para la acción son bloqueos anticipados, imaginados o reales, y los costes personales de asumir una conducta determinada.

Autoeficacia percibida

La autoeficacia percibida es el juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta de promoción de la salud. La autoeficacia percibida influye sobre las barreras percibidas para la acción, de forma que una eficacia más alta determina una menor percepción de las barreras para conseguir realizar la conducta (Sakraida y Wilson, 2018).

Afecto relacionado con la actividad

El afecto relacionado con la actividad describe los sentimientos subjetivos positivos o negativos que se producen antes, durante o después de una conducta, y que se basan en las propiedades de estímulo de la conducta en sí misma. El afecto relacionado con la actividad influye sobre la autoeficacia percibida, lo que implica que, cuanto más positivo sea

el sentimiento subjetivo, mayor será la sensación de eficacia. A su vez, el aumento del sentimiento de eficacia puede generar un mayor afecto positivo (Sakraida y Wilson, 2018).

Influencias interpersonales

Estas influencias son aspectos cognitivos relacionados con las conductas, creencias o actitudes de los demás. Las influencias interpersonales incluyen normas (expectativas de personas significativas), apoyo social (estimulación instrumental y emocional) y modelado (aprendizaje vicario mediante la observación de otras personas que practican una conducta determinada). Las principales fuentes de estas influencias interpersonales son las familias, los compañeros/amigos y los profesionales sanitarios (Sakraida y Wilson, 2018).

Influencias situacionales

Las influencias situacionales son percepciones y aspectos cognitivos personales ante una determinada situación o contexto y que pueden facilitar o dificultar un comportamiento. Incluyen percepciones de las opciones disponibles, características exigidas y rasgos estéticos del entorno en el cual se plantea realizar una conducta promotora de la salud determinada. Las influencias situacionales pueden condicionar la conducta de salud de forma directa o indirecta (Sakraida y Wilson, 2018).

Antecedentes inmediatos de la conducta y de los resultados de la misma

Los siguientes son los antecedentes inmediatos de la conducta o los resultados de la misma. Una conducta se inicia mediante un compromiso para la acción salvo que exista una exigencia contraria que no se pueda evitar o una preferencia competidora que no sea posible resistir (Pender, 2000 citada por Sakraida y Wilson, 2018).

Compromiso con un plan de acción

Este compromiso describe el concepto de intención e identificación de una estrategia planificada, que conduce a la aplicación de una conducta de salud.

Exigencias y preferencias que compiten de forma inmediata

Las exigencias competitivas son conductas alternativas sobre las cuales los individuos tienen un bajo control, por la existencia de contingencias ambientales, como las responsabilidades de trabajo o cuidado familiar. Las preferencias competitivas son conductas alternativas sobre las cuales los individuos ejercen un control relativamente alto, como la elección de un helado o una manzana para un tentempié (Sakraida y Wilson, 2018).

Conducta de promoción de la salud

Una conducta de promoción de la salud es un resultado o consecuencia de una acción orientada a conseguir un efecto positivo sobre la salud, como un bienestar óptimo, la satisfacción personal o una vida productiva. Los ejemplos de conductas de promoción de la salud son la ingesta de una dieta saludable, la práctica regular de ejercicio, el control del estrés, el logro de un reposo y crecimiento espiritual adecuado, y la formación de relaciones positivas (Sakraida y Wilson, 2018).

5.2.3. Principales premisas

El modelo de promoción de la salud fue revisado por Nola Pender después de varios resultados de la investigación. El proceso de refinar el modelo de promoción de la salud publicado en 1987 permitió introducir varios cambios en el mismo. En primer lugar, se eliminó la importancia de la salud, el control percibido de la acción y los estímulos para la acción. En segundo lugar se recolocó la definición de salud, el estado de salud percibido, y las características biológicas y demográficas como factores personales en la revisión del modelo de 1996 (Sakraida y Wilson, 2018, p. 873)

El Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender revisado añadió tres nuevas variables, que influían en que un individuo iniciara una conducta de promoción de la salud:

afecto relacionado con la actividad, compromiso con un plan de acción y exigencias y preferencias que compiten de forma inmediata. (Sakraida y Wilson, 2018, p. 874).

El modelo de promoción de la salud revisado se centra en 10 categorías de determinantes de las conductas de promoción de la salud. El modelo revisado identifica conceptos importantes para las conductas de promoción de la salud y facilita la generación de hipótesis analizables (Sakraida y Wilson, 2018, pp. 874 - 875). Ver figura 1.

5.2.4. Principales premisas

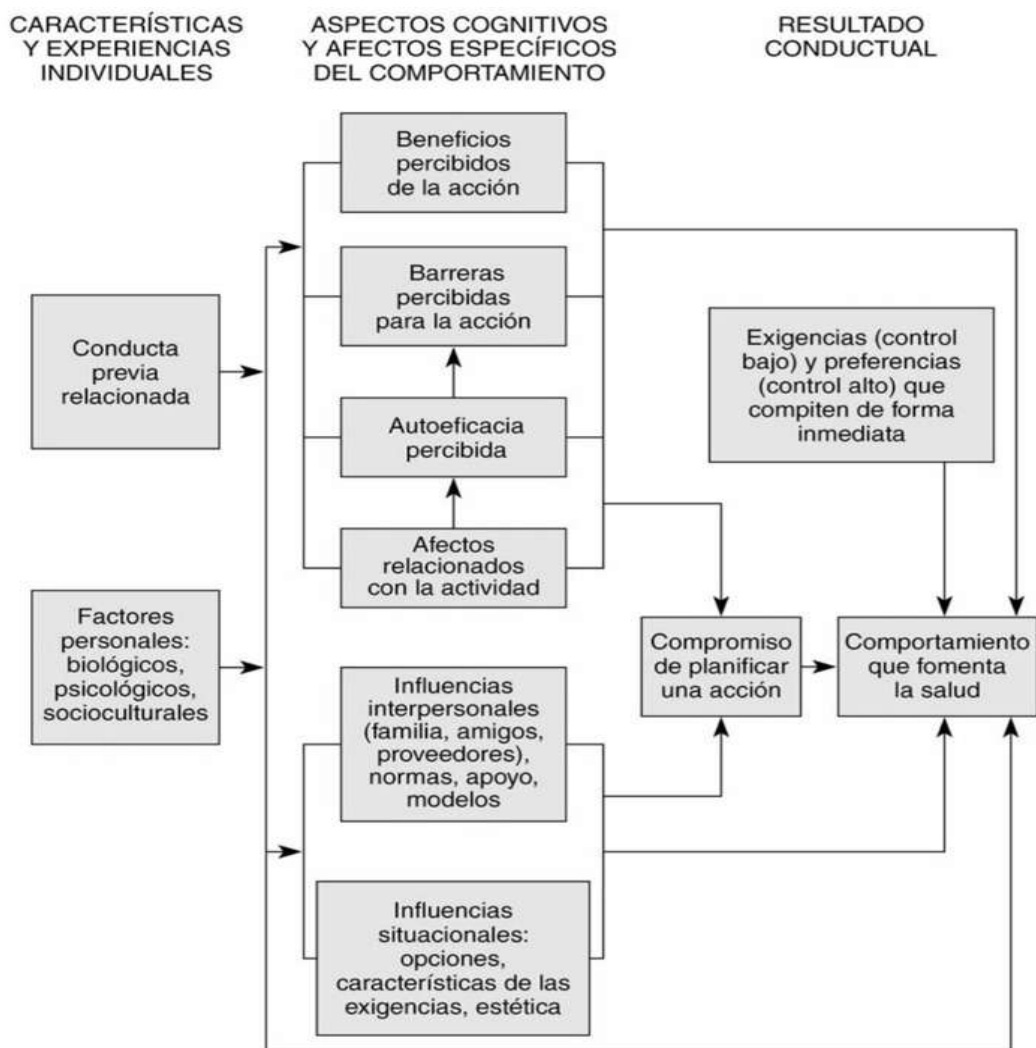
Las asunciones reflejan la perspectiva de las ciencias conductuales y resaltan el papel activo del paciente en el manejo de las conductas de salud mediante la modificación del contexto ambiental. En la tercera edición de *Health Promotion in Nursing Practice*, Pender (1996) afirmaba que las principales asunciones del modelo de promoción de la salud que evalúan la persona, el entorno y la salud son las siguientes:

1. Las personas tratan de generar condiciones de vida que les permitan expresar su potencial de salud humana único.
2. Las personas tienen capacidad de autoconciencia reflexiva, incluida la evaluación de sus propias competencias.
3. El valor de las personas crece en las direcciones consideradas positivas y trata de conseguir un equilibrio aceptable a nivel personal entre cambio y estabilidad.
4. Los individuos tratan de regular de forma activa su propio comportamiento.
5. Los individuos interactúan con el entorno en toda su complejidad biopsicosocial, transformándolo de forma progresiva y transformándose a su vez con el tiempo.
6. Los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que influye sobre las personas durante toda su vida.

7. La reconfiguración autoiniciada de los patrones interactivos persona-entorno es esencial para conseguir un cambio de conducta (Sakraida y Wilson, 2018).

Figura 1

Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender revisado



Nota: Tomado de Sakraida y Wilson (2018, pp. 875) en Raile-Alligood, M. (2018). *Modelos y teorías de enfermería*. Elsevier.

Capítulo III

VI. Material y métodos

6.1. Enfoque y diseño

Este estudio tuvo un enfoque cuantitativo no experimental con diseño descriptivo y transversal (Grove y Gray, 2019).

6.2. Límites de tiempo y espacio

Esta investigación se formalizó durante el período de enero a septiembre de 2021. El lugar seleccionado fue en la Facultad de Enfermería perteneciente a la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo en la ciudad de Morelia Michoacán.

6.3. Universo

El universo de este estudio fueron los 1700 estudiantes de la Facultad de Enfermería inscritos durante el ciclo escolar 2021 - 2021.

6.4. Muestra y muestreo

La muestra de este estudio fue probabilística de 203 estudiantes de la Facultad de Enfermería seleccionados con un muestreo aleatorio simple.

6.5. Variables

La variable independiente métodos anticonceptivos un anticonceptivo (anticoncepción) es cualquier método, medicamento o dispositivo que se usa para prevenir el embarazo. Las mujeres pueden elegir entre muchos tipos diferentes de anticonceptivos. Algunos funcionan mejor que otros para prevenir el embarazo. El tipo de anticonceptivo que uses depende de tu salud, tu deseo de tener hijos ahora o en el futuro y tu necesidad de prevenir infecciones de transmisión sexual. Tu médico puede ayudarte a decidir qué tipo es mejor para ti ahora. (OASH, 2019)

6.6. Criterios de selección

Los criterios de inclusión de este protocolo fueron los siguientes

6.6.1. Criterios de inclusión

Se incluyeron en el estudio a los estudiantes que cursaban el segundo semestre, sexo indistinto, con vida sexual activa. inscritos en la Facultad de enfermería, que acepten participar y que firmaron la hoja de consentimiento informado.

6.6.2. Criterios de exclusión

Se excluyeron del estudio a estudiantes sin vida sexual activa, que no aceptaron participar y que no firmaron la hoja de consentimiento informado.

6.6.3. Criterios de eliminación

Se eliminaron del estudio a quienes abandonaron la Facultad de enfermería o localidad, a quienes desertaron y a aquellos que no contestaron más del 30% del instrumento.

6.7. Instrumento

Para medir la variable Barrera del Uso de Métodos Anticonceptivos (BUMA) se utilizó el instrumento Barrera de métodos anticonceptivos que consta de 23 ítems y 4 dimensiones que son personales (ítems 1-5), socioculturales (ítems 6-13), servicios de planificación familiar (ítems 14-19) y profesional de salud (20-23). El estudiante debe de responder eligiendo su respuesta entre sí y no, otorgando 1= no y 2 = sí, con lo que cuanto mayor sea el puntaje mayor serán las barreras para métodos anticonceptivos (Lizarzaburu y Piñin, 2006).

Tabla 1*Puntos de corte para las barreras de métodos anticonceptivos*

Barreras de métodos anticonceptivos		Puntaje
Escala total		
	Menores	23 – 35
	Mayores	36 – 46
Dimensiones		
Personales		
	Menores	5 – 7
	Mayores	8 – 10
Socioculturales		
	Menores	8 – 12
	Mayores	13 - 16
Planificación familiar		
	Menores	6 – 9
	Mayores	10 – 12
Profesional de salud		
	Menores	4 – 6
	Mayores	7 – 8

Nota: elaborado por Rangel y Ruiz con base en Lizarzaburu y Piñin (2006)

Para cada dimensión se sumaron las respuestas de cada ítem y para la escala total se sumaron todos los ítems del instrumento y con ellos se obtuvo un puntaje que se convirtió a dos categorías, considerando mayores barreras cuanto mayor sea el puntaje.

Los autores del instrumento reportaron que se realizó un juicio por expertos del área de la salud, la confiabilidad se efectuó con la prueba de Kuder-Richardson y la validez con la prueba de correlación de Pearson. Se obtuvo $\alpha=.85$ y 0.20 en correlación de Pearson. Para esta investigación se realizó una prueba piloto con el fin de determinar la consistencia con la prueba alfa de Cronbach ($\alpha=.85$).

6.8. Procedimiento

Una vez que se elaboró el protocolo se solicitó la evaluación por los Comités de Investigación y de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (CEI/FacEnf/051/2021 y CI/FacEnf/051/2021).

Se acudió en el horario convenido y se abordó a los participantes a quienes se invitaron a participar en el proyecto, y al aceptar se les informó de su participación y se les solicitó la firma de la hoja de consentimiento informado. Finalmente se agradeció a cada participante y a los directivos por su apoyo.

Al concluir la colecta se elaboró una matriz de datos en el programa SPSS versión 25 para capturar la información y proceder a realizar el análisis estadístico y obtener los resultados de la investigación.

6.9. Análisis estadístico

Se elaboró una matriz de datos en el programa SPSS versión 25. Se utilizó la estadística descriptiva para el objetivo uno con medidas de tendencia central, de dispersión, frecuencias absolutas y relativas, así como porcentajes.

Para el objetivo dos, identificar las barreras del uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios se realizaron tablas de frecuencias y porcentajes. Para el objetivo específico tres se utilizó la prueba U de Mann-Whitney y H de Kruskal-Wallis.

VII. Consideraciones éticas y legales

Esta investigación se apegó a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014) donde prevaleció el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar (artículo 13) y se ajustó a los principios científicos y éticos (artículo 14, fracción I).

Se protegió la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice como se establece en la ley mencionada (artículo 16).

De acuerdo al artículo 17 esta investigación no representó riesgo para los participantes ya que es una investigación sin riesgo debido a que es un estudio en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta (artículo 17, fracción I).

Esta investigación contó con consentimiento informado mediante el cual el sujeto de investigación autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. El cual fue ser dado con una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla (artículo 21).

Además, este protocolo de la investigación se envió, para consideración y aprobación (Declaración de Helsinki, 2014, p. 5, artículo 23) de acuerdo con lo que establece la normatividad interna de la Facultad de Enfermería, a los Comités de Investigación y Ética en Investigación.

Finalmente, en esta investigación se protegieron los derechos de los participantes en el respeto por la persona desde su autonomía verificando la firma de consentimiento informado, la posibilidad de abandonar el estudio y el derecho a la confidencialidad; en el principio de beneficencia se promoverá el bien minimizando los riesgos y garantizando los beneficios del estudio; y, finalmente, en el principio de justicia se revisará la firma del consentimiento informado y el respeto a los criterios de selección de inclusión y exclusión (Grove et al, 2016, p. 2029).

Capítulo IV

VIII. Resultados

En este capítulo se presentan los resultados mediante tablas y de acuerdo con los objetivos específicos de la investigación.

Para el objetivo específico uno, que fue caracterizar a la población participante con base en las variables sociodemográficas, se utilizó estadística descriptiva mediante medidas de tendencia central, de dispersión y frecuencia y porcentaje. Los resultados se muestran en la tabla 2, donde se observa que 76.4% fueron mujeres, 59% viven con su familia, 92.6% son solteros, el 68% tienen vida sexual activa, el 91.1% no tuvieron embarazos y el 58.1% usan algún método anticonceptivo.

Tabla 2

Variables sociodemográficas de los participantes (n=203)

Variables		<i>f</i>	%
Sexo	Masculino	48	23.6
	Femenino	155	76.4
Vive con	Familia	120	59.1
	Amigos	54	26.6
	Casa de estudiante	29	14.3
Estado civil	Casado	7	3.4
	Soltero	188	92.6
	Viudo	0	0
	Unión libre	7	3.4
	Divorciado	1	0.5
Vida sexual activa	Sí	138	68
	No	65	32
Embarazo anterior	Sí	18	8.9
	No	185	91.1
Uso de algún método anticonceptivo	Si	118	58.1
	No	85	41.9

Nota: resultados obtenidos de la Cédula de datos sociodemográficos.

Para el objetivo específico dos, que fue identificar las barreras para el uso de método anticonceptivos en adolescentes, se utilizó estadística descriptiva mediante medidas de tendencia central y de dispersión. Los resultados se muestran en la tabla 3, donde se observa que la media la escala total de Barreras de uso de métodos anticonceptivos fue de 24.009 ($DE= 6.407$), la media de la dimensión personal fue de 5.00 ($DE= 1.007$), la media de la dimensión sociocultural fue de 10.00 ($DE= 1.771$), la media de la dimensión de Planificación Familiar fue de 6.00 ($DE= 3.051$), la media de la dimensión Profesional de Salud fue de 4.00 ($DE= 2.519$).

Tabla 3

Escala total de Barreras del uso de métodos anticonceptivos y sus dimensiones (n=203)

Variable	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	DE
Barrera de uso de métodos anticonceptivos	24.09	25	27	14	40	6.407
Personal	5.67	5.00	5	5	10	1.007
Sociocultural	9.93	10.00	8	8	16	1.771
Planificación Familiar	5.22	6.00	1	1	12	3.051
Profesional de Salud	3.29	4.00	4	0	8	2.519

Nota: resultados obtenidos de la Cédula de datos sociodemográficos.

Adicionalmente, se crearon categorías para la variable Barreras del uso de métodos anticonceptivos en la escala total y las dimensiones. Los resultados se presentan en la tabla 4 donde se observa que los participantes presentaron menores barreras del uso de métodos anticonceptivos en la escala total (87.7%) y en las dimensiones personal (91.6%), sociocultural (91.6%), planificación familiar (87.7%), profesional de salud (89.2%).

Tabla 4*Barreras del uso de métodos anticonceptivos en escala total y dimensiones (n=203)*

Barreras de uso de métodos anticonceptivos		<i>f</i>	%
Escala total			
	Menor	178	87.7
	Mayor	24	11.8
Dimensiones			
Personal			
	Menor	186	91.6
	Mayor	17	8.4
Sociocultural			
	Menor	188	92.6
	Mayor	15	7.4
Planificación Familiar			
	Menor	127	87.7
	Mayor	9	12.3
Profesional de Salud			
	Menor	181	89.2
	Mayor	21	10.3

Nota: resultados obtenidos de la Cédula de datos sociodemográficos.

El objetivo específico tres fue determinar las diferencias de las barreras para el uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios de Morelia con las variables sociodemográficas. No se encontraron diferencias en las variables sexo, estado civil y si los estudiantes han tenido embarazos previos.

Como se observa en la tabla 5, se encontraron diferencias de la variable ¿Con quién vive? en la escala total ($p<.018$) y las dimensiones: personal ($p<.008$), servicios de planificación familiar ($p<.044$) y profesionales de salud ($p<.043$); es decir, existen mayores barreras en la escala total con amigos ($\bar{x}= 25.96$); en la dimensión personal cuando los estudiantes viven en casas de estudiante ($\bar{x}= 6.24$); en la dimensión de servicios de

planificación familiar cuando los estudiantes viven con amigos ($\bar{x}$ = 6.09); y en la dimensión profesional de salud cuando los estudiantes viven con amigos ($\bar{x}$ = 4.96).

Tabla 5

Diferencias en la variable ¿Con quién vive?

¿Con quién vive?	$\bar{x}$	Mdn	<i>p</i>
Escala total			
Familia	23.07	24.00	.015*
Amigos	25.96	27.00	
Casa de estudiante	24.62	24.00	
Dimensiones			
Personal			
Familia	5.55	5.00	.008*
Amigos	5.63	5.50	
Casa de estudiante	6.24	6.00	
Sociocultural			
Familia	9.69	9.50	.108
Amigos	10.15	10.00	
Casa de estudiante	10.48	10.00	
Servicios de planificación familiar			
Familia	4.88	6.00	.044*
Amigos	6.09	7.00	
Casa de estudiante	4.97	6.00	
Profesional de salud			
Familia	3.01	4.00	.043*
Amigos	4.09	4.00	
Casa de estudiante	2.93	4.00	

Nota: $p < .05$, $\bar{x}$ =Media, Mdn=Mediana, * H de Kruskal-Wallis.

En la tabla 6, se encontraron diferencias de la variable vida sexual activa en la escala total ($p < .025$) y las dimensiones: sociocultural ($p < .046$) y servicios de planificación familiar

($p < .008$); es decir, existen mayores barreras cuando los estudiantes ya han iniciado vida sexual activa en la escala total ($\bar{x} = 22.74$); y en las dimensiones sociocultural ($\bar{x} = 10.12$) y planificación familiar ($\bar{x} = 5.47$).

Tabla 6

Diferencias en la variable Vida sexual activa

Vida sexual activa		$\bar{x}$	Mdn	p
Escala total				
	Sí	24.74	25.00	.025*
	No	22.62	24.00	
Dimensiones				
Personal				
	Sí	5.72	5.00	.605
	No	5.55	5.00	
Sociocultural				
	Sí	10.12	10.00	.046*
	No	9.52	9.00	
Servicios de planificación familiar				
	Sí	5.47	7.00	.008*
	No	4.68	6.00	
Profesional de salud				
	Sí	3.49	4.00	.069
	No	2.86	4.00	

Nota: $p < .05$, $\bar{x}$ =Media, Mdn=Mediana, *U de Mann-Whitney

En la tabla 7, se encontraron diferencias de la variable uso de métodos anticonceptivos en la escala total ($p < .002$) y las dimensiones: servicios de planificación familiar ($p < .000$) y profesional de salud ($p < .004$); es decir, existen mayores barreras cuando

los estudiantes usan métodos anticonceptivos en la escala total ($\bar{x}$ = 25.12); y en las dimensiones planificación familiar ($\bar{x}$ = 5.83) y profesional de salud ($\bar{x}$ = 3.71).

Tabla 7

Diferencias en la variable uso de métodos anticonceptivos

Uso de métodos anticonceptivos		$\bar{x}$	Mdn	p
Escala total				
	Sí	25.12	26.00	.002*
	No	22.59	23.00	
Dimensiones				
Personal				
	Sí	5.62	5.00	.626
	No	5.74	5.00	
Sociocultural				
	Sí	10.03	10.00	.336
	No	9.78	9.00	
Servicios de planificación familiar				
	Sí	5.83	7.00	.000*
	No	4.36	6.00	
Profesional de salud				
	Sí	3.71	4.00	.004*
	No	2.71	4.00	

Nota: $p < .05$, $\bar{x}$ =Media, Mdn=Mediana, *U de Mann-Whitney.

IX. Discusión

Los resultados de este trabajo de investigación muestran que la mayoría de los estudiantes universitarios que participaron en dicha investigación no presentaron barreras para la utilización de métodos anticonceptivos.

De acuerdo con Maroto y colaboradores en 1998 realizaron un estudio en Madrid, España, donde se encontró que, de 166 participantes, la mayoría (51.8%) utilizaban al menos un método anticonceptivo coincidiendo con los resultados de esta investigación donde se encontró que de 203 participantes, el 58.1% utilizan al menos un método anticonceptivo en edad fértil.

En este estudio se encontró que existe una menor barrera en el uso de métodos anticonceptivos en su dimensión personal ya que de 203 estudiantes encuestados, la mayoría (91.6%), refieren no tener una barrera para dicha dimensión, contrario a lo encontrado con Carmona y colaboradores en el 2017 donde encontraron una significancia en su dimensión individual (personal), siendo más representativa en el mismo estudio.

X. Conclusiones

En este capítulo se presentan los resultados mediante tablas y de acuerdo con los objetivos

Los adolescentes afrontan cambios biológicos, psicoafectivos y sociales. Los cambios en la sexualidad, imagen corporal y orientación sexual, afectos sexuales (deseo, atracción y enamoramiento) y actividad sexual, ocupan un lugar preeminente. En la actualidad el inicio cada vez más precoz de las relaciones sexuales y, la carencia afectiva en los adolescentes puede conllevar problemas de embarazos no deseados, abandono de estudios y proyectos vitales, interrupciones voluntarias de embarazo llevándolos a un riesgo mayor, infecciones de transmisión sexual, desengaños en la práctica de las actividades sexuales, insatisfacción y problemas emocionales.

Para tratar de reducir estas consecuencias, es esencial que la sociedad reconozca el derecho de los adolescentes a ser sexualmente activos y los prepare para disfrutar de forma responsable de su sexualidad

XI. Sugerencias

A partir de los resultados que se obtuvieron en esta investigación, los autores sugieren realizar lo siguiente.

- Para los estudiantes universitarios
 - Acudir a centros de salud para recibir atención psicológica respecto a la personalidad y a su sexualidad.
 - Asistir a módulos de atención para recibir orientación del uso de métodos anticonceptivos o bien participar a pláticas de educación sexual.
- Para la Facultad de Enfermería
 - Tener la posibilidad de instalar un módulo, o bien en la misma clínica de la facultad, atención psicológica para los estudiantes que lo requieran.
 - Proporcionar anticonceptivos con facilidad a los estudiantes que lo requieran.
 - Otorgar información adecuada y precisa en sus estudiantes respecto a la sexualidad y al momento de otorgar anticonceptivos a quien los solicite.

XII. Referencias bibliográficas

- Acevedo-Osorio, G.O., Ramírez-García, N., Cardona-Osorio, J.D y Oliveros-Ruiz, C. (2019) Conocimiento y uso de método anticonceptivo de emergencia en estudiantes universitarios, Pereira, Colombia. *Univ. Salud.* ;21(2).
<http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v21n2/2389-7066-reus-21-02-159.pdf>
- Allen-Leigh, B., Antrop, D., Villalobos-Hernández, A., Hernández-Serrato, M. y Suárez, L. (2013) Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. *Salud pública Mex.* 55(2),
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800021
- Bravo Salinas, S. E., Guerra Ortega, D. L., Uguña Rosas, V. A., & Castillo Zhizhpón, A. A. (2020). Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios de medicina y enfermería, 2020. *RECIMUNDO*, 4(4), 236-248.
[https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(4\).noviembre.2020.236-248](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(4).noviembre.2020.236-248)
- Bravo, S.E., Guerra, D.L., Uguña, V.A. y Castillo, A.A. (2020). Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios de medicina y enfermería, 2020. *RECIMUNDO*, 4(4), 236 – 248.
[http://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(4\).noviembre.2020.236-248](http://doi.org/10.26820/recimundo/4.(4).noviembre.2020.236-248)
- Covarrubias, E.S., Ramírez, R., de Jesús, E.E., Rivas, J.G. y Rivero, L.F. (2016). Utilización de métodos anticonceptivos en estudiantes de enfermería. *Investigación en Enfermería: Rev Imagen y Desarrollo*, 18(1), 31 – 43.
<https://www.redalyc.org/pdf/1452/145243501003.pdf>
- Contreras-Landgrave, G., Ibarra-Espinoza, M.L., Casas-Patiño, O.D., Camacho-Ruiz, E.J y Velasco-Cañas, D.F. (2020). El conocimiento sobre métodos anticonceptivos y la

- conducta sexual en jóvenes universitarios. *Rev. Hacia. Promoc. Salud*, 25 (2): 70 - 83. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772020000200070
- Guibovich, A.A. (2012) Anticoncepción en la mujer. *Rev/51* (3) <http://www.fihu.org.pe/revista/numeros/2012/jul-set/139-147.html>
- Hurtado-de-Mendoza, M.T., Veytia-López, M., Guadarrama, R., Gonzalez-Forteza, C. y Wagner, F. (2017) Sintomatología depresiva elevada y uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios de la salud en la zona centro de México. *Acta Univ*, 27(4). http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-62662017000400035
- Jar-H, E y Córdova, M. (2017). Prevención de la carencia afectiva crónica: nuevos paradigmas en el modelo de familia de acogida temporal. *Rev Chilena de Neuropsiquiatría*, 55 (1), 44-51. <https://www.redalyc.org/pdf/3315/331551004006.pdf>
- Jiménez, D.I. y Vilchis, E. (2016). *Nivel de conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos que tienen los alumnos de una secundaria Mexiquense*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma del Estado de México]. <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/66316/TESIS%20%286%29-split-merge.pdf?sequence=3>
- Lizarzaburu, S.H. y Piñin, L.N. (2006). *Barreras que impiden el uso de un método anticonceptivo a las adolescentes hospitalizadas en el IEMP en el periodo octubre – diciembre del año 2015*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos].

https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/2987/Pinin_hl.pdf?sequence=1&isAllowed=y

López, F., Carcedo, R.J., Fernández-Rouco, N y Claudia, M. (2017) Afectos y conductas sexuales en adolescentes: diferencias y semejanzas en dos culturas, España y Colombia. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 16(4), <https://www.redalyc.org/journal/647/64753569018/64753569018.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259814/9789243565408-spa.pdf;jsessionid=8E8F24F0FEA71D1DFFD1D1B754CBBF14?sequence=1>

Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Intervenciones de promoción de la salud para adolescentes en la comunidad*. <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Intervenciones%20de%20promoción%20de%20la%20salud%20para%20adolescentes%20en%20la%20comunidad%20Pedro%20López%20Puig.pdf>

Pérez, K., Serrano, M., Hernández, K. y Fernández, H. (2016). Educación para la Salud y Acciones de Enfermería: una articulación en el control del riesgo preconcepcional. *Rev Cubana Enfermer*, 32(2), 218 – 225. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000200008&lng=es&tlng=es

Sakraida, T.J. y Wilson, J. (2018). *Modelo de promoción de la salud*. En: Raile-Alligood, M. (2018). *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier.

Shamah-Levy, T., Vielma-Orozco, E., Heredia-Hernández, O., Romero-Martínez, M., Mojica-Cuevas, J., Cuevas-Nasu, L., Santaella-Castell, J.A. y Rivera-Dommarco, J.

(2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales.*

https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf

Somogyi, L y Mora, E. (2011) Métodos anticonceptivos: Entonces y ahora. (2011). *Rev, Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 71(2).

http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322011000200006

XIII. Anexos

Anexo 1. instrumento Barrera de métodos anticonceptivos

Contesta las siguientes preguntas de acuerdo con lo que tú consideres conveniente.

Recuerda que no existen preguntas correctas ni incorrectas.

I. Barreras Personales.

Pregunta	Sí	No
1. Desconocimiento de métodos anticonceptivos existentes		
2. Desconocimiento de la gratuidad de los métodos anticonceptivos en los establecimientos de salud		
3. Desconocimiento del uso correcto de los métodos anticonceptivos		
4. Vergüenza en solicitar y/o usar un método anticonceptivo		
5. Dificultad económica		

II. Barreras Socioculturales.

6. Machismo de la pareja		
7. Negativa de la pareja al uso de un método anticonceptivo		
8. Mala experiencia de amigas y/o familiares en el uso de un método anticonceptivo.		
9. Mala experiencia de amigas y/o familiares en el servicio de planificación familiar		
10. Mala comunicación familiar		
11. Creencias y/o miedo con respecto a los efectos secundarios		
12. Religión		
13. Falta de temas relacionados con SSR en los colegios		

14. ¿Asistió alguna vez a algún servicio de planificación familiar? Sí No

Si su respuesta es sí, conteste las siguientes preguntas.

III. Barreras en los servicios de planificación familiar.

Pregunta	Sí	No
15. Dificil acceso geográfico al servicio de Planificación Familiar		
16. Horarios inadecuados		
17. Procesos engorrosos		
18. Falta de métodos anticonceptivos		
19. Falta de ambientes exclusivos para adolescentes		

IV. Barreras con el profesional de salud

20. Personal de Salud poco cordial, incomprensivo, juzgan.		
21. Personal de Salud no capacitado		
22. Personal de Salud intenta imponerle el método anticonceptivo		
23. Falta de privacidad y/o diferentes encargados en cada consulta		

XIV. Apéndices

Apéndice 1. Formulario de consentimiento informado



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Facultad de Enfermería
Formulario de consentimiento informado



Proyecto de investigación: Barreras para el uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios de Morelia.

Este es un proyecto de investigación que realizará, para determinar la relación de la carencia afectiva y las barreras que existen para el uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios. Para que usted pueda decidir si participará en este proyecto le informo que aplicare un cuestionario con el propósito de identificar las barreras que existen para el uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios, debido al contexto en que se encuentran.

Su participación en esta investigación no supondrá ningún riesgo de salud para los participantes por lo cual se considera segura y sin generación de costo alguno; y se le pedirá que firme esta hoja, entregándole a usted una copia para que la conserve.

Participar en este estudio de investigación es decisión de usted. Usted puede decidir no participar o cambiar de opinión y después retirarse o dejar el cuestionario inconcluso. No habrá ninguna penalidad.

La participación tendrá una duración aproximada de 10 min, en los que el participante dará respuesta al instrumento; sí durante el transcurso de la entrevista se llegará a presentar dudas, incomodidad o exista alguna ofensa a su integridad, favor de manifestarla a los investigadores.

Los datos que usted nos proporcione no serán conocidos por nadie más que los investigadores y solo se utilizarán con fines académicos. Los resultados finales pueden ser publicados en alguna revista, presentados en carteles o eventos académicos, pero su identidad no será revelada. Las encuestas se guardarán en una base de datos electrónica a la que solo tendrán acceso los investigadores.

Si usted tiene preguntas acerca de la investigación puede hacerlas directamente al personal del estudio quienes le ayudarán a resolver cualquier inquietud o llamar a los siguientes números telefónicos Gustavo Enrique Rangel Pineda; o con la asesora de la investigación la M.A.H. Alma Rosa Picazo Carranza a los teléfonos 313 92 74 o 317 52 55.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea; por lo que consiento voluntariamente participar en esta investigación.

Nombre del participante

Firma del participante

Fecha

Apéndice 2 Cronograma de actividades

Actividad	2020					2021									
	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	
Tema / Coherencia metodológica / objetivos	X	X													
Justificación, planteamiento del problema	X	X	X												
Búsqueda sistemática	X	X	X												
Marco teórico			X	X											
Material y métodos				X	X										
Consideraciones éticas y legales				X	X										
Referencias bibliográficas				X	X	X									
Anexos y apéndices				X	X	X									
Evaluación y aprobación del protocolo por el Comité de Investigación y el Comité de ética en investigación						X	X	X							
Presentación de cartel en evento científico							X	X	X	X	X				
Prueba piloto							X	X							
Colecta, captura y gestión de datos								X	X						
Elaboración de tablas									X	X					
Elaboración de resultados, discusión, conclusión y sugerencias										X	X	X			
Defensa de tesis y obtención de título													X	X	

Nota: A= Agosto, S= Septiembre, O=Octubre, N=Noviembre, D=Diciembre, E=Enero, F=Febrero, M=Marzo, A=Abril, M=Mayo, J=Junio, J=Julio

Apéndice 3. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores (ítems) y escala de medición	Medición/ Clasificación
Barreras para el uso de métodos anticonceptivos	Los métodos anticonceptivos son todos aquellos mecanismos utilizados voluntariamente, por el hombre, la mujer o la pareja, idealmente de común acuerdo, con el fin de evitar la concepción. Los métodos anticonceptivos varían según el momento de uso, aplicación, forma y eficacia, mecanismo de acción, entre otros	las barreras del uso de métodos anticonceptivos se mediarán con 4 dimensiones, personal, sociocultural, servicios de planificación familiar, profesional de salud.	Personal	1-5	Menor puntaje menores barreras (0-23) Mayor puntaje mayores barreras
			Socioculturales	6-13	
			Servicios de planificación familiar	14-19	
			Profesional de salud	20-23	



Apéndice 4 Dictamen del Comité de Investigación

Universidad Michoacana
de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Enfermería



Morelia, Michoacán a 24 de septiembre de 2021

C. Gustavo Enrique Rangel Pineda

Pasante en Servicio Social de

Enfermería Facultad de Enfermería

Presente.

A través de este conducto se hace de su conocimiento que el Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo ha realizado la revisión de su protocolo titulado *Barreras para el uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios de Morelia* y acordó **Aprobarlo** con el **dictamen CI/FacEnf/051/2021** por lo que puede realizar lo conducente.

Atentamente

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Coordinadora del Comité de Investigación

Teléfono (+52) (443) 313 92 74 y (443) 317 52 55
Av. Ventura Puente #115 Col. Chapultepec Norte, C.P. 58260, Morelia, Michoacán, México
www.enfermeria@umich.mx



Apéndice 5 Dictamen del Comité de Ética en Investigación

Universidad Michoacana De San Nicolás De Hidalgo

FACULTAD DE ENFERMERIA

PLESS. Gustavo Enrique Rangel Pineda

P r e s e n t e

A través de este conducto se hace de su conocimiento que el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería, ha realizado la revisión de los aspectos éticos del protocolo de investigación titulado "Barreras para el uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios de Morelia" y dictaminó que está APROBADO, mismo que ha quedado registrado con el número de folio CEI/FacEnf/051/2021; por lo que usted puede realizar lo conducente.

Sin más por el momento le enviamos un cordial saludo

A T E N T A M E N T E

Morelia Michoacán a 30 de septiembre de 2021

Maria Magdalena
Lozano Z.

Coordinadora del Comité de Ética en Investigación Dra. María

Magdalena Lozano Zúñiga

