



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Enfermería



**Carencia afectiva y su relación con las barreras del uso de métodos
anticonceptivos en estudiantes universitarios**

Tesis

**Para obtener el Título de
Licenciada en Enfermería**

Presenta

Flor Arisbeth Domínguez Limas

Asesora

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Coasesora

MAH. Alma Rosa Picazo Carranza

Morelia, Michoacán

Junio, 2022

Índice

Introducción	1
I. Justificación	4
II. Planteamiento del problema	11
III. Objetivos	13
3.1. General	13
3.2. Específicos.....	13
IV. Hipótesis	13
V. Marco teórico	15
5.1. Métodos anticonceptivos	15
5.1.1. Definición	15
5.1.2. Antecedentes históricos.....	15
5.1.3. Clasificación.....	18
5.2. Adolescentes	19
5.2.1. Concepto	19
5.2.2. Etapas de la adolescencia	20
5.3. Carencia afectiva	22
5.3.1. Concepto.....	22
5.3.2. Características	22
5.3.3. Tipos de carencia afectiva	23
5.3.4. Causas de la carencia afectiva	23
5.3.5. Efectos de la carencia afectiva	24

5.4.	Nola J. Pender	25
5.4.1.	Generalidades de la teoría.....	25
5.4.2.	Principales conceptos y definiciones	25
5.4.3.	Principales supuestos (metaparadigma).....	27
VI.	Material y métodos.....	30
6.1.	Enfoque y diseño	30
6.2.	Límites de tiempo y espacio	30
6.3.	Universo.....	30
6.4.	Muestra y muestreo	30
6.5.	Variables.....	30
6.6.	Criterios de selección	31
6.6.1.	Criterios de inclusión.....	31
6.6.2.	Criterios de exclusión.....	31
6.6.3.	Criterios de eliminación.....	31
6.7.	Instrumento	32
6.8.	Procedimiento	33
6.9.	Análisis estadístico	33
6.10.	Recursos.....	34
6.10.1.	Humanos.....	34
6.10.2.	Materiales.....	34
6.10.3.	Financieros.....	35
6.11.	Consideraciones éticas y legales	35

VII.	Resultados	39
VIII.	Discusión	42
IX.	Conclusiones	44
X.	Sugerencias	45
XI.	Referencias bibliográficas	46
XII.	Anexos	52
	Anexo 1 Barreras del uso de métodos anticonceptivos (BUMA)	52
	Anexo 2 Carencia afectiva	54
XIII.	Apéndices	56
	Apéndice 1. Hoja de consentimiento informado	56
	Apéndice 2. Operacionalización de carencia afectiva	58
	Apéndice 3. Operacionalización de barrera del uso de métodos anticonceptivos.....	59
	Apéndice 4. Hoja de colecta de datos	60
	Apéndice 5. Dictamen del Comité de Ética en Investigación	65
	Apéndice 6. Dictamen del Comité de Investigación	66

Directivos

MSP. Julio César González Cabrera

Director

MIEN. Cecilia Castro Calderón

Secretaria Académica

ME Renato Hernández Campos

Secretario Administrativo

Mesa sinodal

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Presidente

MAH. Alma Rosa Picazo Carranza

Vocal 1

Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala

Vocal 2

Dedicatorias

Como una muestra de mi cariño y amor dedico orgullosamente este esfuerzo y gran trabajo que aquí se refleja a mi Dios por permitirme llegar a mis metas y otorgarme un proposito, por permitirme sonreír ante todo mis logros, le doy las gracias por darme la fuerza y siempre caminar conmigo, A mis padres Rosalia y Fabian por ser los principales promotores y motores de mis sueños, gracias por cada día confiar y creer en mí y en mis expectativas y siempre acompañarme, por su apoyo incondicional y paciencia y por permanecer a mi lado en todo momento, a mis hermanos Kitzia y Fabian por creer en mí y formar parte de mi vida, y a mis primas Francie y Mariela, por ser partícipes y un gran apoyo de cada instante vivido a lo largo de todos estos años, Muchísimas Gracias.

Agradecimientos

Agradezco de manera especial a mi asesora de tesis, mi querida **Dra. Ma. De Jesús Ruiz Recéndiz**, por creer y confiar en mí, por haber sido esa persona profesional que con sus directrices pudo explicarme aquellos detalles para culminar mi tesis, por su permanente e incondicional apoyo por ser una gran profesional y excelente persona, a quien estuvo apoyándome en las buenas y en las malas y que siempre me brindo sus consejos. Le agradezco infinitamente por verme permitido vivir esta experiencia tan importante para mi formación como investigadora. Por que hoy veo llegar a su fin una de las metas de mi vida para la cual su orientación que siempre me ha otorgado, que mi Dios la bendiga y la guarde por siempre.

Agradezco infinitamente a la **Facultad de Enfermería** por haberme abierto las puertas de su seno científico para poder estudiar mi carrera, así como también a los diferentes docentes, porque de todos ellos obtuve invaluable conocimiento que me han servido y me servirán en un futuro en el desempeño de mi práctica profesional.

Quiero expresar mi agradecimiento especial a el **MSP. Julio César González Cabrera**, Director de la Facultad de Enfermería, a la **MIEN. Cecilia Castro Calderon**, Secretaria Académica, al **ME. Renato Hernández Campos**, Secretario Administrativo. Por su valiosa colaboración, facilitándome las instalaciones para la elaboración de mi tesis, por su disponibilidad y paciencia; no cabe duda que su participación ha enriquecido el trabajo realizado y que, además, ha significado el surgimiento de una sólida amistad.

Resumen

Introducción. Carencia afectiva (CA) se refiere a la falta o privación de algo. 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. **Objetivo.** Determinar la relación de la carencia afectiva (CA) y las barreras que existen para el uso de métodos anticonceptivos (BUMA) en estudiantes universitarios (EU). **Metodología.** Estudio cuantitativo, no experimental, correlacional y transversal. Muestra no probabilística de 203 EU de la Facultad de Enfermería, muestreo a conveniencia. Para BUMA se utilizó Escala Barrera de métodos anticonceptivos, 23 ítems y 4 dimensiones (Personales (P), Socioculturales (SC), Servicios de Planificación Familiar (SPF) y profesional de salud (20-23), escala dicotómica sí/no. Para CA, se utilizó Lista de Adjetivos Múltiples de Afecto (MAACL) con adjetivos de ansiedad (A), depresión (D) y hostilidad (H), escala dicotómica sí/no. **Resultados.** Mayoría de los participantes fueron del sexo femenino (76.4), 100% cursan el segundo semestre, 59% viven con su familia, 92.6% son solteros, 68% tienen vida sexual activa, 91.1% no tuvieron embarazos y 58.1% usan algún método anticonceptivo. En CA fue baja en 97% y no hubo carencia en las dimensiones ansiedad (74.4%), depresión (66%) y hostilidad (75.9%); en BUMA la mayoría tuvo menores barreras en escala total (91.6%) y en dimensiones P (91.6%), SC (92.6%), SPF (67%) y PS (89.7%). **Conclusión.** No existe relación entre la CA y las barreras de MA. **Sugerencias.** Orientar y educar a la población estudiantil en el marco de planificación familiar.

Palabras clave: carencia afectiva, métodos anticonceptivos, enfermería, cuidado. (DeCS).

Abstract

Introduction. Affective deficiency (AC) refers to the lack or deprivation of something. Contraceptive methods are all those mechanisms used voluntarily, by the man, the woman, or the couple, ideally by mutual agreement, to avoid conception. **Objective.** To determine the relationship between affective deprivation (AC) and the barriers that exist for the use of contraceptive methods (BUMA) in university students (USA). **Methodology.** Quantitative, non-experimental, correlational, and cross-sectional study. Non-probabilistic sample of 203 US from the School of Nursing, convenience sampling. For BUMA, the Barrier Scale of contraceptive methods was used, 23 items and 4 dimensions (Personal (P), Sociocultural (SC), Family Planning Services (SPF) and health professional (20-23), dichotomous scale yes/no. For CA, Multiple Affect Adjectives List (MAACL) was used with adjectives of anxiety (A), depression (D) and hostility (H), dichotomous scale yes/no. **Results:** Most of the participants were female (76.4), 100% are in the second semester, 59% live with their family, 92.6% are single, 68% have an active sexual life, 91.1% have not had pregnancies and 58.1% use some contraceptive method In CA it was low in 97% and there were no lack in the dimensions anxiety (74.4%), depression (66%) and hostility (75.9%); in BUMA the majority had lower barriers in total scale (91.6%) and in dimensions P (91.6%), SC (92.6%), SPF (67%) and PS (89.7%). **Conclusion.** There is no relationship between AC and MA barriers. **Suggestions.** Guide and educate the population studying Useful in the context of family planning.

Keywords: affective lack, contraceptive methods, nursing, care. (DeCS).

Introducción

En el presente protocolo se realizó una investigación para determinar la relación de la carencia afectiva y 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 (Contreras, 2010).

Por otra parte, la carencia afectiva es un problema que repercute en el desarrollo emocional, físico y psicológico de los niños/as por la falta de afecto, cariño, amor y protección de sus padres. (Contreras, 2010). 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.

Por lo que se refiere a enfermería es necesario realizar una investigación acerca de la carencia afectiva, así como el uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios para poder identificar las dudas, barreras, factores o si se está haciendo un uso incorrecto de los métodos anticonceptivos y crear estrategias para encumbrar el uso de éstos.

Dado al gran problema que representa para enfermería el objetivo para este trabajo es evaluar la relación de la carencia afectiva y las barreras que existen para el uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios

Este protocolo está diseñado en varios capítulos, siendo el primero la justificación, que incluye la magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad; en seguida se presenta el planteamiento del problema, seguido de los objetivos y las hipótesis de la investigación.

Se continúa con el capítulo II que se refiere al marco teórico donde se describen las variables de estudio y la población; en seguida se presenta el capítulo III que desarrolla el

material y métodos donde se describe el diseño de la investigación, así como límites de tiempo y espacio, seguido del universo, continuando con la muestra y muestreo, variables los criterios de inclusión, exclusión y eliminación para su selección. Seguido de los instrumentos, procedimiento análisis estadísticos, por último, los recursos humanos, materiales y financieros que serán requeridos para llevar a cabo la investigación, así como el plan de difusión y las consideraciones éticas y legales.

Finalmente, esta investigación también presenta las referencias bibliográficas que se utilizaron en el protocolo, así como los anexos y apéndices.

Se busca que este proyecto de investigación contribuya con sus resultados a la LGAC Estilo de vida saludable.

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) registró que, de los adolescentes de 12 a 19 años de edad, 21.2% inició vida sexual incluyendo a aquellos que no recordaron la edad de inicio, 24.4% hombres y 18.0% mujeres (ENSANUT 2018, p. 108).

Respecto al uso de métodos anticonceptivos a nivel nacional, 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. (ENSANUT 2018, p. 109). Entre los que usaron protección anticonceptiva en el debut sexual, el uso del condón masculino se reportó con mayor frecuencia, 82.7% en hombres y 69.2% en mujeres. Para el caso de Michoacán los adolescentes de 12 a 19 años, incluyendo a aquellos que iniciaron vida sexual pero no recordaron la edad, 23.3% inició vida sexual, 25.2% en hombres y 21.4% en mujeres. (ENSANUT Michoacán 2018, p. 41).

Con respecto a la última relación sexual, 21.1% (15.8% de los hombres y el 28.5% de las mujeres) no utilizaron ningún método anticonceptivo; mientras que 79.2% de los hombres y 54.9% de las mujeres utilizaron el condón masculino. (ENSANUT 2018, p. 110). En cuanto al Estado 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 y de los que usaron algún método, 70.3% usó condón masculino. En la última relación sexual, 24% de los adolescentes no utilizó ningún método anticonceptivo, mientras que 62.4% utilizó el condón masculino, cifra menor a la nacional (69.1%). Sin embargo, entre la primera y última relación sexual se observa una tendencia creciente de utilización de condón masculino en Michoacán, y un creciente porcentaje que no usaron ningún método (ENSANUT Michoacán 2018, pp. 42 - 43).

En cuanto a las infecciones de transmisión sexual (ITS), 3.7% de la población adolescente de México reportó haber recibido consulta médica o tratamiento en los últimos 12 meses, lo que puede reflejar prácticas sexuales no protegidas. El 15% de los adolescentes declaró alguna vez haberse realizado la prueba de VIH y de estos, 88.2% conoce el resultado. (ENSANUT 2018, p. 110)

En el rubro de la salud reproductiva, en México las cifras sobre embarazo en la adolescencia muestran que 46.2% de las mujeres de 12 a 19 años de edad con inicio de vida sexual señalaron alguna vez haber estado embarazadas y 22.1% reportó haber estado embarazada al momento de la encuesta. En Michoacán, las cifras sobre embarazo en la adolescencia muestran que 38.1% de las mujeres de 12 a 19 años con inicio de vida sexual reportaron alguna vez haber estado embarazadas. (ENSANUT Michoacán 2018, p. 43).

Como puede observarse de los datos anteriores, la salud sexual y reproductiva de los adolescentes caracterizada por el aumento de embarazos y enfermedades de transmisión va en aumento y existen múltiples factores para que eso suceda.

Uno de estos factores está determinado por la funcionalidad familiar. Es decir, en la actualidad, las familias disfuncionales, es decir, aquellas que tienen alterados sus roles, reglas, límites y enlace social hacen que cada vez sea mayor la privación de afecto que reciben los hijos de cada hogar, esto a su vez, desencadena un notorio incremento en la

aparición de relaciones sexuales precoces en los adolescentes, que se refleja en los embarazos adolescentes. (Moreno, 2012, p. 4).

Se considera la adolescencia como una etapa bien definida de la vida de una persona en el que el ser humano necesita estabilidad en todas sus áreas, especialmente en su esfera emocional, es decir, necesita que la familia establezca la formación de vínculos afectivos sanos que le servirán como base para las posteriores relaciones y vínculos que establezca con el medio social. Cuando esto no sucede, los adolescentes, por falta de afecto, tienden a satisfacer sus necesidades de la manera más rápida o tal vez equivocadamente, en su búsqueda de lo más parecido al afecto que no recibieron en su familia a través de la experimentación con su sexualidad, específicamente con las relaciones sexuales – genitales. (Domínguez, 2011, p. 2).

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. De esta manera, la promoción a la salud, de acuerdo con la OMS 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 (Sakraida y Wilson, 2018, p. 859).

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 se presentan a continuación.

Terrones y Vigo (2021) realizaron una investigación con el objetivo de describir la relación de carencia afectiva y embarazo adolescente. Se concluyó que el embarazo en adolescentes está relacionado con la falta de afecto, ya que la mayoría de familias son disfuncionales y no brindan la atención adecuada a sus hijos. Por ello las adolescentes buscan el cariño y afecto en una pareja, es decir empiezan a satisfacer sus necesidades emocionales que no encuentran en su familia.

Juank (2017) realizó una investigación para evaluar la relación de la carencia afectiva en el matrimonio precoz en los estudiantes de primero a tercero de bachillerato de la Unidad Educativa Taisha, Provincia de Morona Santiago en el Periodo 2016- 2017. El autor concluyó que en la actualidad es común los problemas sociales como son embarazos precoces, deserciones escolares, matrimonios prematuros, abandonos de hogares y varios fenómenos que se presentan en la comunidad adolescente, sin embargo no existe consciencia de que aquellos fenómenos son provocados en su mayoría por la carencia afectiva acontecida desde cuando eran niños, pues la afectividad representa el estrechamiento y fortalecimiento de las relaciones familiares que permiten al adolescente desarrollarse sanamente a nivel físico y psicológico, pero de no existir dicha afectividad el adolescente desarrollara una serie de conductas o acciones que busquen inconscientemente suplir aquella carencia afectiva.

Respecto a las barreras para el uso de métodos anticonceptivos se identificaron los siguientes estudios. Bazán (2019) realizó una investigación para que tuvo como finalidad

identificar el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y las barreras que perciben para su uso en 182 adolescentes mujeres de primero a cuarto ciclo de todas las facultades matriculadas en el periodo 2018-II de una universidad privada de la ciudad de Cajamarca. Se encontró que 39% de adolescentes universitarias tienen un conocimiento medio sobre métodos anticonceptivos, las barreras que predominaron son las relacionadas a características en la prestación de servicios y expectativas respecto a la salud. No hay diferencia significativa en el nivel de conocimiento entre las adolescentes que usan y no usan métodos anticonceptivos. Las barreras percibidas son más frecuentes en las adolescentes que usan métodos anticonceptivos, siendo la diferencia significativa en las dimensiones. Expectativas respecto a la salud, Norma social percibida y Expectativas respecto a la salud.

Linares (2018) efectuó una investigación para identificar la presencia de barreras culturales en el acceso de 400 adolescentes a los métodos anticonceptivos. Microred Mariscal Castilla, Arequipa 2017. Los resultados mostraron que el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos fue deficiente en 41.75% y se identificaron barreras culturales para el acceso a métodos anticonceptivos en 75% de adolescentes. Entre los que tenían barreras para el acceso, el 46% tenían al menos un embarazo, lo que ocurrió en 15% de los adolescentes que no presentaron barreras ($p < 0.05$). Ninguno de los adolescentes sin barreras tuvo ETS, y se presentaron en 1.67% de adolescentes con barreras socioculturales ($p > 0.05$). Por lo que se pudo concluir que una proporción importante de adolescentes tiene barreras para acceder a métodos anticonceptivos en establecimientos de salud, y esto influye en el embarazo o la presencia de enfermedades de transmisión sexual.

Solís y Vital (2018) efectuaron una investigación para identificar las barreras que impiden el uso de un método anticonceptivo de 50 adolescentes que acuden al Hospital de

Especialidades Materno Infantil de León y CAISES de la ciudad de León, Guanajuato. Los resultados obtenidos muestran 6 barreras principales relacionadas con salud y aislamiento, que impiden el uso de anticonceptivos, algunos de ellos; la preocupación de que el anticonceptivo tenga efectos negativos contra la salud, la falta de información acerca de los mismos y de las relaciones sexuales.

Jaar y Córdova en 2017, realizaron un estudio llevaron a cabo una investigación en Chile, donde su objetivo fue conocer los factores de riesgo sobre la carencia afectiva en niños de 0 a 4 años de edad, así como las manifestaciones en los mismos, Se encontró que más del 57% de los niños tiene carencia afectiva hacía alguna figura paterna teniendo un impacto negativo en los niños entre los 3 y 4 años de edad donde se manifiestan con hiperactividad, temor y enojo.

Vera-Villarroel *et al* en 2014, realizan un estudio a 995 personas entre 18 y 60 años donde valoran el efecto positivo y negativo de la afectividad en su infancia, en el cual se encuentra que al menos el 51% de estos tiene un aspecto positivo en su vida, donde influyen otros factores desconocidos, sin embargo, alrededor de un 49% presentan un impacto negativo por la falta de afectividad en su vida, tal que repercute en su vida cotidiana día con día.

López *et al* en el 2017, 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.

Chiva *et al*/ en el 2011, realizaron una investigación sobre la relación de los centros educativos de España y la afectividad, dada la preocupación de diversos fenómenos donde el aprendizaje tiene un punto positivo y negativo ante la afectiva, la familia y otros compañeros, esto con un pilotaje individual como grupal en las diversas instituciones educativas, buscando el desarrollo pleno del alumnado, donde se muestra que la relación que posee ante los procesos de socialización, aprendizaje y desarrollo se ve altamente potenciado por la afectividad de los cuidadores, tutores, maestros y padres hacia el adolescente.

II. Planteamiento del problema

Los adolescentes imitan las conductas de las personas que los rodean y eso les permite mantener relaciones afectivas, que son necesarias para mantener y entablar relaciones interpersonales. Sin embargo, en muchas ocasiones la familia, la escuela, la sociedad y los medios de comunicación no promueven alternativas protectoras para sus miembros en crecimiento, sujetos que cada día están más propensos a adoptar comportamientos de riesgo para sus relaciones inter e intrapersonales (Juank, 2017, p. 3)

Cuando esto no sucede, los adolescente experimentan carencia afectiva que los lleva a experimentar con su sexualidad, por lo que 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. (Alarcón *et al*, 2009)

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)

A pesar de los esfuerzos realizados y a su estrategia nacional para la prevención del 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, (ENAPEA, 2021).

El 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, p. 861).

Es decir, a pesar de la existencia de programas en México que buscan la protección de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, muchas veces existen factores que las instituciones de salud no consideran y que se relacionan con la carencia afectiva que esta población tan vulnerable experimenta.

Con base en la información anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación, ¿Cuál es la relación de la carencia afectiva y las barreras que existen para el uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios?

III. Objetivos

3.1. General

Determinar la relación de la carencia afectiva y las barreras que existen para el uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios

3.2. Específicos

1. Describir a los estudiantes universitarios con base en las variables sociodemográficas.
2. Identificar el nivel de carencia afectiva en los estudiantes universitarios.
3. Identificar las barreras del uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios.
4. Identificar la relación entre la carencia afectiva y las barreras de uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios.

IV. Hipótesis

- H_0 No existe relación de la carencia afectiva y las barreras que existen para el uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios.
- H_1 Existe relación de la carencia afectiva y las barreras que existen para el uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios.

V. Marco teórico

En este capítulo se presentan las variables de estudio y la teoría de enfermería. Las variables son carencia afectiva y las barreras que existen para el uso de métodos anticonceptivos, mientras que la teoría de Nola Pender.

5.1. Métodos anticonceptivos

5.1.1. Definición

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 (Aller, 1998).

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 debe remontarse 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 hasta el punto de que la infertilidad se consideraba una maldición o castigo (Guibovich, 2012).

La búsqueda de un método ideal de control de la natalidad abarca desde los pesarios de excrementos de cocodrilo y miel utilizados ya en el antiguo Egipto, señalado en

los papiros del Faiyun, que data de la XII dinastía; pues en muchas de las sociedades primitivas los hijos eran considerados una desventaja para una población nómada (Lugones *et al*, 1996)

Santos 1905 escribió que se deseaba controlar la reproducción y en todo caso adecuarla al momento más favorable, facilitarla o impedirla dependiendo de muy variadas circunstancias socioeconómicas. En ese largo tránsito histórico se alumbraba la separación de sexualidad y reproducción que comenzó en el siglo XVIII con la práctica del matrimonio por amor en el que no contaba solamente la descendencia y la generalización de los métodos anticonceptivos.

A Hipócrates se le acredita el uso de un tubo de plomo para insertar medicamentos o pesarios en úteros humanos con el objetivo de evitar la descendencia. Aristóteles había querido fijar legalmente el número de hijos y admitía el aborto en su política (Lugones *et al*, 1996).

El preservativo, uno de los métodos más antiguos, fue descrito por primera vez en el siglo XVI como "una vaina para el pene confeccionada con lino y destinada a evitar la transmisión de la sífilis". Sin embargo, no tuvo difusión hasta 2 siglos después, no sin ser criticado y causar escándalo en diversos medios, por lo que fue llamado por algunos "la revolución de las francesas". En nuestros días se ha perfeccionado y la más moderna tecnología está relacionada con la incorporación a éste de una fabricación a base de silicona con lo que aumenta la sensibilidad durante la relación sexual. El coito interrumpido o retiro del órgano masculino durante el acto sexual, se supone que se ha empleado en todos los tiempos. Todas las comunidades humanas parecen conocer su uso y de él se tiene testimonio en los cuentos de Canterbury (Lugones *et al*, 1996).

De los llamados métodos de barrera, el diafragma es uno de los más utilizados. Fue descrito por Mesinga en 1882, pero no llegó a ser popular en Estados Unidos hasta la década del 20. (Lugones et al, 1996).

En Austria, descubrieron que en el ciclo de la mujer hay unos días fértiles y otros infértiles y que, si se evita la relación sexual en los días fértiles, podía regularse la natalidad. Este método adquirió gran difusión hasta fines de los años 50 en que apareció la píldora. La anticoncepción ha tenido muchas campañas en su contra. El método del ritmo, fue el único admitido sin reservas por la iglesia católica. El filósofo John Stuart Mill fue perseguido por la policía por haber intentado divulgar un folleto sobre el anticonceptivo y Lord Amberlay, padre de Bertrand Rusell, que fue uno de los grandes defensores de la regulación de la natalidad, le ocasionó muchos disgustos y una gran polémica en revistas como el British Medical Journal que atacaba vio lentamente tan "escandalosas prácticas" (Lugones et al,1996).

Solamente a principios de siglo, 2 mujeres, Mary Stones en Inglaterra y Margaret Sanger, en Estados Unidos, consiguieron llevar adelante campañas anticonceptivas. La segunda consiguió fundar una clínica de contracepción que comenzó a funcionar después de la primera guerra mundial (Lugones et al,1996).

La planificación familiar ha sido reconocida como un elemento esencial de la atención primaria de salud, una intervención clave para mejorar la salud de mujeres y niños y un derecho humano para los individuos y la familia (Lugones et al,1996).

A pesar de los progresos impresionantes hechos en la regulación de la fecundidad humana, no está ni mucho menos resuelto el anticonceptivo perfecto y persiste la necesidad de seguir buscando métodos mejores (Lugones et al,1996).

Es indudable que la anticoncepción tiene que figurar como elemento básico de la atención en medicina, pues el concepto de salud va más allá de la mera ausencia de

enfermedad, ya que debe procurar el bienestar integral, tanto físico como mental y social y el conocimiento de sus orígenes, historia y evolución es fundamental (Lugones et al,1996).

5.1.3. Clasificación

La clasificación de los métodos anticonceptivos varía según los autores, la secretaria de salud los clasifica en hormonales y no hormonales, al cual agregaremos una tercera clasificación, métodos anticonceptivos permanentes.

5.1.3.1. Métodos anticonceptivos hormonales

Anticonceptivos orales:

- Anticonceptivos orales en combinación (la pastilla o píldora)

Descripción: contiene dos hormonas (estrógeno y progestágeno).

Mecanismo de acción: evita la liberación de óvulos por los ovarios (ovulación)

Eficacia: >99% si se usa de manera correcta y sostenida.

Ventajas: disminuye el riesgo de cáncer endometrial y ovárico

Desventajas: en uso típico, los AO no se usan en forma correcta y sistemática, lo cual reduce la eficacia. Los AO, para que sean más eficaces, se deben tomar diariamente.

Píldoras solo de progestina (POP por sus siglas en inglés).

Descripción: una mujer toma una píldora por día, de preferencia a la misma hora cada día.

Mecanismo de acción: las píldoras solo de progestina podrían interferir con la ovulación o la función del espermatozoide.

Eficacia: 99% si se usa de manera correcta y sostenida.

Ventajas: engrosan el moco cervical, lo que dificulta que el espermatozoide ingrese a las trompas de Falopio.

Desventajas: alteran los cambios cíclicos normales en el revestimiento uterino y podrían provocar sangrado entre los períodos menstruales normales de una mujer (metrorragia) (Casey, F, 2020)

- Píldora de emergencia
- Anticonceptivos inyectables
- Implantes subdérmicos
- Dispositivo intrauterino

5.1.3.2. Métodos anticonceptivos no hormonales

- Métodos anticonceptivos naturales
- Métodos de barrera
- Dispositivo intrauterino
- Lactancia ininterrumpida

5.1.3.3. Métodos anticonceptivos permanentes:

- Vasectomía
- Salpingoclasia

5.2. Adolescentes

5.2.1. Concepto

La OMS (2021) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo

viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia señala que la adolescencia es una de las fases de la vida más fascinantes y quizás más complejas, una época en que la gente joven asume nuevas responsabilidades y experimenta una nueva sensación de independencia. Los jóvenes buscan su identidad, aprenden a poner en práctica valores aprendidos en su primera infancia y a desarrollar habilidades que les permitirán convertirse en adultos atentos y responsables (UNICEF, 2002).

Este período es considerado como una fase del desarrollo que hay que SOPORTAR y no que disfrutar... Cuando en realidad para muchos padres puede ser también una oportunidad de renovación, y una fértil y maravillosa etapa de la vida". (UNICEF, 2002).

5.2.2. *Etapas de la adolescencia*

La adolescencia consta de tres etapas.

- Adolescencia temprana abarca de los 10 a los 13 años.

- Pubertad implica un crecimiento rápido, caracteres sexuales secundarios, capacidad reproductiva. Adaptación al cuerpo nuevo. Imagen corporal. Comienza la separación de la familia. Interacción con pares del mismo sexo. Atracción por sexo opuesto: primeros enamoramientos. Familia: ambivalencia (afecto y rechazo; dependencia y autonomía), primeros conflictos y peleas, rebeldía y obstinación, impulsividad. cambios de humor, pensamiento concreto aún. (Pérez, 2006)

- Adolescencia media se considera de 14 a 16 años. Se completan cambios puberales, existe intensa preocupación por la apariencia física, la búsqueda de la propia identidad, es decir, diferente a la del adulto (lenguaje, ropa). Aumenta distanciamiento con la familia, se tienen grupo de amigos mixtos, la amistad tiene mayor intimidad y existen

grupos de pertenencia (positivos o negativos). Se genera un proceso de Identidad de la personalidad y definición de la orientación sexual, se producen los primeros enamoramientos y la aparición de conductas nuevas. Se presentan fluctuaciones emocionales extremas y mayores conflictos con los padres y otros adultos, entre ellos la “caída de los ídolos”. Se manifiestan cuestionamiento de las conductas y valores, se vuelven hipercríticos de los adultos, con un pensamiento más abstracto e hipotético deductivo. Se evidencia un desarrollo cognitivo, con aumento de la capacidad de razonamiento y las exigencias escolares. Lamentablemente también existe la aparición de las conductas de riesgo o egocentrismo. Existe necesidad de mayor autonomía, con distanciamiento (libertad) vs. acompañamiento (límites y contención). (Pérez, 2006)

- Adolescencia tardía es de 17 a 19 años y presenta las siguientes características.

- Maduración biológica completa.

- Aceptación de la imagen corporal.

Consolidación de la identidad: ¿quién soy? ¿qué haré con mi vida?

- Definición de la vocación y lo necesario para lograrlo.

- Relaciones de pareja más estables.

- Mayor capacidad de intimar en sus relaciones interpersonales: relaciones más maduras, los amigos influyen menos. g. Identidad sexual estructurada.

- Nivel de pensamiento adulto.

- Familia: vuelven relaciones con los padres más cercanas, menos conflictos.

- Formación escala de valores propios, desarrollo moral consolidado.

- Conductas sexuales normales en la adolescencia

- Adolescencia temprana: juegos sexuales adolescencia media: experimentos sexuales.

Adolescencia tardía: ejercicio sexual.

(Pérez, 2006)

5.3. Carencia afectiva

5.3.1. Concepto

Se refiere a la falta o privación de algo. Se trata de un concepto que proviene de la lengua latina (carentia). El verbo carecer, del latín carescere, significa tener falta de algo. Muchas veces, una carencia física o mental implica la existencia de una necesidad. Es decir, las necesidades son aquellas situaciones en las que el ser humano siente la falta o privación de algo. Cuando el nivel de carencia es muy intenso, se transforma en necesidad (Porto et al, 2008).

Por otra parte, Doron y Parot (1998 citados por Juank, 2017, p. 11) se considera a la carencia afectiva como una privación afectiva parcial o total que sufre una persona, refieren que la carencia afectiva engloba la carencia maternal y paternal y se caracteriza por la falta de afecto y se da como consecuencia de una ruptura, escasa o intermitente relación entre padres e hijos.

Polanco (2019 citado por Álvarez y Rojas, 2019, p. 10) señala que la carencia afectiva es a ausencia continuada de afecto a la que es sometida una persona por sus familiares o amigos, el afecto de los padres a sus hijos o el maltrato de los niños por parte de las personas que los rodean, falta de amor y atención de las personas que están a nuestro alrededor, padres, esposos entre otro.

5.3.2. Características

De acuerdo con Bar-Din (1995 citado por Juank, 2017, p. 11) las principales características que genera la carencia afectiva en un niño son falta total o parcial de afectividad por parte de los padres, deterioro físico, psíquico y emocional del niño,

personalidad de aislamiento, conducta insocial, agresividad hostil, carencia de disposición para intercambio de afecto, incapacidad de entender y aceptar restricciones e inseguridad en la adaptación al medio.

Algunos indicadores de carencia afectiva, según Álvarez y Rojas (2019, pp. 11 – 14) son la ausencia de afecto, comunicación, buen trato, seguridad, identidad individual y familiar, convivencia y autovaloración.

5.3.3. Tipos de carencia afectiva

Retomando a Casado, Díaz y Maríne (1997, p. 143 citado por Juank, 2017, p. 12), se considera que existen tres principales tipos de carencia afectiva.

- Insuficiencia, que se refiere a la existencia de padres que no tienen la capacidad de proporcionar la estimulación necesaria a sus hijos como una causa de su estado.
- Discontinuidad, que indica la separación del seno materno por causas mayores; sin embargo, si la separación se prolonga, la persona terminará adaptándose y estableciendo nuevos vínculos con los cuidadores.
- Distorsión, aquí influye mucho el factor socioeconómico ya que principalmente en las familias de bajos recursos generalmente se dan conflictos que terminan en separaciones y reconstrucciones de los miembros familiares.

5.3.4. Causas de la carencia afectiva

Bellido y Villegas (2010 citados por Álvarez y Rojas, 2019, p. 16) identifican situaciones como: inestabilidad familiar, y personal, unión precoz de la pareja, incomunicación, malos tratos, celos, inseguridad, toxicomanías, prostitución, incesto, frustración, violación, desnutrición, falta de prevención (tanto de salud como de higiene), falta de identidad individual y familiar, auto marginación, problemas de convivencia, infanticidio, delincuencia, mendicidad, indiferencia e irresponsabilidad.

5.3.5. Efectos de la carencia afectiva

La carencia afectiva repercute de manera negativa en los adolescentes. Llobet (2008, p. 68 citado por Juank, 2017, p. 12) indica que causa falta de consideración de las consecuencias sobre los actos, la no consideración de consecuencias temporales y casuales, la pobreza o decrecimiento de la capacidad simbólica, la incapacidad para considerar opciones de acción, impulsividad, exceso de acción, permanente desborde, pensamiento mágico y exposición a situaciones de riesgo.

Por otra parte, López *et al* (2019, p. 75) mencionan que la carencia afectiva es un problema que repercute en el desarrollo emocional, físico y psicológico de los/as niños/as por falta de afecto, cariño, amor y protección de sus padres durante los primeros años de vida y deja estragos devastadores e igual de intensos en una niña, que se van engendrando con los años de una ausencia sostenida de muestras de amor y que las lleva a suplir con las relaciones sexuales la seguridad emocional que sus padres no le dieron.

Por su parte, Álvarez y Rojas (2019, p. 18) manifiestan que la falta de atención a los adolescentes puede repercutir en su desarrollo tanto emocional, psíquico, psicológico, los cuales unos se relacionan con otros. La ausencia de ese afecto familiar del que fueron víctimas puede traer consigo una personalidad insegura, incomunicación, relaciones inestables, malos tratos, toxicomanías, prejuicios culturales, desinterés personal y social, bajo nivel cultural, desviaciones sexuales, depresión, falta de identidad, patrones rígidos de comportamiento, individualismo, valores desordenados, desadaptación, bajo rendimiento académico, embarazo precoz, ideas suicidas alcoholismo drogadicción, desnutrición, enfermedades y falta de prevención de las mismas, resentimiento social, dependencia, disgregación familiar, falta de solidaridad, ausencia de liderazgo y demás desviaciones sociales que perjudican el desarrollo de los adolescentes.

5.4. Nola J. Pender

5.4.1. Generalidades de la teoría.

El modelo es intermedio en cuanto a su objetivo. Es muy generalizable en las poblaciones de adultos. La investigación utilizada para obtener el modelo se basó en muestras de hombres, mujeres, jóvenes, ancianos, sanos y enfermos. El instrumento de investigación incluye la aplicación en una gran variedad de situaciones. Se ha comprobado la aplicación del modelo en niños de 10 a 16 años de edad con un programa de investigación (Sakraida y Wilson, 2018). Las consideraciones respecto a la cultura y a la diversidad apoyan la comprobación del modelo en diversas poblaciones. (Sakraida y Wilson, 2018, p. 870).

5.4.2. Principales conceptos y definiciones

Conducta previa relacionada: la frecuencia de la misma conducta o similar en el pasado. Los efectos directos e indirectos de la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud. (Sakraida y Wilson, 2018, p. 872).

Factores personales: categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales. Estos factores son predictivos de una cierta conducta y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de la conducta. (Sakraida y Wilson, 2018, p. 872).

Factores personales biológicos. Incluyen variables como la edad, el sexo, el índice de masa corporal, el estado de pubertad, el estado de menopausia, la capacidad aeróbica, la fuerza, la agilidad y el equilibrio. (Sakraida y Wilson, 2018, p. 872).

Factores personales psicológicos. Incluyen variables como la autoestima, la automotivación, la competencia personal, el estado de salud percibido y la definición de la salud. (Sakraida y Wilson, 2018, p. 872).

Factores personales socioculturales. Incluyen factores como la etnia, la aculturación, la formación y el estado socioeconómico. (Sakraida y Wilson, 2018, p. 872).

Beneficios percibidos de acción. Los resultados positivos anticipados que se producirán desde la conducta de salud. (Sakraida y Wilson, 2018, p. 872).

Barreras percibidas de acción bloqueos anticipados, imaginados o reales y costes personales de la adopción de una conducta determinada. (Sakraida y Wilson, 2018, p. 872).

Autoeficacia percibida. El juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud. (Sakraida y Wilson, 2018, p. 872).

Afecto relacionado con la actividad. Los sentimientos subjetivos positivos y negativos que se dan antes, durante y después de la conducta basada en las propiedades de los estímulos de la conducta en sí. (Sakraida y Wilson, 2018, p. 872).

Influencias interpersonales. Los conocimientos acerca de las conductas, creencias o actitudes de los demás. Las influencias interpersonales incluyen: normas (expectativas de las personas más importantes), apoyo social (instrumental y emocional) y modelación (aprendizaje indirecto mediante la observación de los demás comprometidos con una conducta en particular). Las fuentes primarias de las influencias interpersonales son las familias, las parejas y los cuidadores de salud. (Sakraida y Wilson, 2018, p. 872).

Influencias situacionales. Las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado que pueden facilitar o impedir la conducta. Incluyen las percepciones de las opciones disponibles, características de la demanda y rasgos estéticos del entorno en que se propone que se desarrollen ciertas conductas promotoras de la salud. Las influencias situacionales pueden tener influencias directas o indirectas en la conducta de salud. (Sakraida y Wilson, 2018, p. 872).

A continuación, se enumeran algunos antecedentes inmediatos de la conducta o de los resultados conductuales.

- -Compromiso con un plan de acción. El concepto de la intención y la identificación de una estrategia planificada lleva a la implantación de una conducta de salud.
- Demandas y preferencias contrapuestas inmediatas. Las demandas contrapuestas son aquellas conductas alternativas mediante las cuales los individuos tienen un bajo control porque existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia.
- Conducta promotora de salud. El punto de mira o el resultado de la acción dirigido a los resultados de salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva. Los ejemplos de la conducta de promoción de la salud son: mantener una dieta sana, realizar ejercicio físico de forma regular, controlar el estrés, conseguir un descanso adecuado y un crecimiento espiritual y construir unas relaciones positivas. (Sakraida y Wilson, 2018, p. 872).

5.4.3. Principales supuestos (metaparadigma)

Los supuestos reflejan la perspectiva de la ciencia conductual y destacan el papel activo del paciente en gestionar las conductas de salud modificando el contexto del entorno. Sakraida y Wilson (2018) presenta los principales supuestos del MPS:

1. Las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana.
2. Las personas tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva, incluida la valoración de sus propias competencias.

3. Las personas valoran el crecimiento en las direcciones observadas como positivas y el intento de conseguir un equilibrio personalmente aceptable entre el cambio y la estabilidad.
4. Los individuos buscan regular de forma activa su propia conducta.
5. Las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno y siendo transformados a lo largo del tiempo.
6. Los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida.
7. La reconfiguración iniciada por uno mismo de las pautas interactivas de la persona-entorno es esencial para el cambio de conducta.

VI. Material y métodos

6.1. Enfoque y diseño

El protocolo tuvo un diseño correlacional (Grove y Gray, 2019), dado que se analizaron las relaciones entre dos o más variables de un único grupo de estudio; fue también una investigación transversal pues se recopilaban datos de un momento y por un tiempo único.

6.2. Límites de tiempo y espacio

Esta investigación se realizó durante el período de enero a mayo de 2022. 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 estudio estuvo compuesto por los 1973 estudiantes de la Facultad de Enfermería.

6.4. Muestra y muestreo

La muestra fue probabilística de 322 estudiantes seleccionados con un muestro aleatorio simple a pues todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser escogidos para la muestra y se obtienen definiendo las características de la población y el tamaño de la muestra.

6.5. Variables

La variable dependiente carencia afectiva se definió como la ausencia continuada de afecto a la que es sometida una persona por sus familiares o amigos, el afecto de los padres a sus hijos o el maltrato de los niños por parte de las personas que los rodean, falta

de amor y atención de las personas que están a nuestro alrededor, padres, esposos entre otro (Polanco, 2019 citado por Álvarez y Roja, 2019, p. 10)

La operacionalización de la variable independiente se observa en el apéndice 1.

La variable dependiente barreras para el uso de métodos anticonceptivos se define como los factores restrictivos que dificultan la disponibilidad de las tecnologías y/o la correcta información que las mujeres necesitan para decidir si tener y cuando tener un hijo. Tecnología hace referencia a cualquier producto o servicio técnico que es requerido para un método de regulación de fertilidad (Campbell *et al*, 2006 citados por Bazán, 2019, p. 48).

La operacionalización de la variable dependiente se observa en el apéndice 1.

6.6. Criterios de selección

Los criterios de selección para este protocolo serán los siguientes:

6.6.1. Criterios de inclusión

Se incluyeron en el estudio a los estudiantes de sexo indistinto, con vida sexual activa, que estén inscritos en la Facultad de Enfermería, que acudieron el día de la colecta de datos, que aceptaron 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 estaban inscritos en la Facultad de Enfermería, que no aceptaban participar y que no firmaron la hoja de consentimiento informado.

6.6.3. Criterios de eliminación

Se eliminaron del estudio a quienes abandonen la Facultad de Enfermería o localidad, a quienes fallezcan, a quienes deserten y a aquellos que no contesten más del 30% del instrumento.

6.7. Instrumento

Para medir las variables de barreras para el uso de métodos anticonceptivos (BUMA) se utilizó el instrumento Barrera de métodos anticonceptivos que consta de 23 ítems ubicadas en cuatro dimensiones que son personales (ítems 1-5), socioculturales (ítems 6-13), servicios de planificación familiar (ítems 14-19) y profesional de salud (20-23). Las preguntas a las que el estudiante debe de responder eligiendo su respuesta entre sí y no. A menor puntaje son menores las barreras y se clasificó en menores y mayores barreras, como se observa en la tabla 2.

Tabla 2

Clasificación de Barrera de métodos anticonceptivos

Barrera de métodos anticonceptivos	Puntaje	
Escala total		
	Menores	23 – 35
	Mayores	36 – 46
Dimensiones		
Personales		
	Menores	1 – 5
	Mayores	6 – 10
Socioculturales		
	Menores	8 – 12
	Mayores	13 – 16
Servicios de planificación familiar		
	Menores	6 – 9
	Mayores	10 – 12
Profesional de salud		
	Menores	4 – 8
	Mayores	9 – 12

Nota: puntaje obtenido del instrumento BUMA

Para la variable carencia afectiva se utilizó el instrumento para evaluar los estados emocionales (carencia afectiva) en adultos es la Lista de Adjetivos Múltiples de Afecto (MAACL) elaborada por Zuckerman y Lubin. Este instrumento lo conforma una lista de palabras (adjetivos) que describen el estado de ánimo en esta última semana. Cuenta con 3 alternativas de respuesta “0” si el adjetivo no describe su estado de ánimo en el lapso indicado, un “1” si lo describe parcialmente y un “2” si lo describe totalmente. La escala

MAACL está formada por adjetivos de ansiedad, depresión y hostilidad, las tres escalas contienen ambos adjetivos positivos y negativos. Los 8 ítems (A1) corresponden a la ansiedad y los 7 ítems (A2) a la no ansiedad, así también los 16 ítems (B1) corresponden a la depresión y los 18 ítems (B2) a la no depresión. Por último, los 13 ítems (C1) corresponden a la rabia y los 9 ítems (C2) a la no hostilidad.

La puntuación se realizó según el sentido en A1, B1, y C1, el marcar un adjetivo corresponde a uno y no marcarlo a cero. Respecto a los ítems A2, B2 y C2, el marcar un adjetivo corresponde a cero y el no marcarlo a uno, para obtener el total de cada estado de ánimo se suma cada uno de los ítems que corresponden a cada una de las categorías.

6.8. Procedimiento

Una vez elaborado el protocolo se solicitó la evaluación por el Comité de Investigación y el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y posteriormente se solicitó la autorización de los directivos de la Facultad. Una vez obtenida la autorización, se acudió con los estudiantes para realizar las encuestas. Se abordó a los participantes a quienes se invitó a participar en el proyecto, y si aceptan se les informó de su participación y se les solicitó la firma de la hoja de consentimiento informado y posteriormente se les entregó la cédula de colecta de datos para que la contesten; al final se les agradeció su participación.

Cuando se tuvieron las encuestas contestadas, se capturaron en el programa SPSS para después elaborar las tablas y hacer los resultados, discusión, conclusiones y sugerencias.

6.9. Análisis estadístico

Se elaboró una matriz de datos en el programa SPSS versión 25. Se utilizó la estadística descriptiva para el objetivo de las variables sociodemográficas con medidas de

tendencia central, de dispersión, frecuencias absolutas y relativas, así como frecuencias y porcentajes.

Para el objetivo dos, identificar el nivel de carencia afectiva en los estudiantes universitarios y para el objetivo tres, identificar las barreras del uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios se utilizaron frecuencias y porcentajes.

Para el objetivo cuatro, identificar la relación entre la carencia afectiva y las barreras de uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios se utilizó primero la prueba de Kolmogorov-Smirnov para identificar la normalidad en la distribución de los datos y no se encontró normalidad ($p > .05$). Por lo anterior, se utilizó la prueba no paramétrica rho de Spearman para el objetivo específico 4.

U de Mann-Withney

Se realizó una prueba piloto a 30 estudiantes de la Facultad de enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo para determinar la fiabilidad de los instrumentos y se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de .88 con la prueba Alfa de Cronbach instrumento MAACL y

6.10. Recursos

6.10.1. Humanos

La pasante en servicio social Flor Arisbeth Domínguez Limas y la asesora, Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz.

6.10.2. Materiales

Para esta investigación se requirió una computadora, luz eléctrica, internet, impresiones, copias, unidad de almacenamiento extraíble (USB), transporte, lapiceros (ver Tabla 1).

Tabla 1.*Recurso para el proyecto de investigación*

Equipo/ Material	Cantidad	Valor	Total
Trasporte de camiones y combis	100	\$9.00	\$900.00
Uso de internet	6 meses	\$400.00	\$2400.00
Hojas	3 paquete	\$180	\$540.00
Copias	50	\$0.50	\$25.00
Lapiceros	5	\$5	\$25.00
Dispositivo extraíble USB	1	\$120	\$120.00
Impresiones	226 impresiones	\$2	\$452.00
Lápiz	15	\$2.5	\$37.50
Total			\$4,499.50

6.10.3. Financieros.

Para esta investigación se requirió de recurso financiero que fue cubierto por los responsables del proyecto.

6.11. 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). En este proyecto prevaleció el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos del participante en el proyecto de investigación (artículo 13) y se ajustó a los principios científicos y éticos (artículo 14, fracción I).

Además, contó con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación (artículo 14, fracción V) y se le otorgó la capacidad para tomar libremente la decisión de querer participar sin ninguna consecuencia al negarse o abandonar la participación en el estudio (artículo 20) descrito en el apéndice 1.

Fue realizada por profesionales de la salud con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una institución de salud que actué bajo la supervisión de autoridades sanitarias competentes (artículo 14, fracción VI). Así mismo, esta investigación se apegó al artículo 16, protegiendo la privacidad del individuo sujeto de investigación i.

Se tuvieron en cuenta los riesgos de la investigación que es cuando existe la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. La presente investigación se encuentra dentro de la clasificación de una investigación sin riesgo ya que no habrá ninguna intervención y sólo se realizará una encuesta (artículo 17, fracción I). Se suspenderá de inmediato la investigación al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación (artículo 18).

Se obtuvo la autorización de las autoridades de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo para la realización de esta investigación (artículo 29). La participación en esta investigación no afectó la situación escolar de los estudiantes (artículo 58, fracción I). Así mismo esta investigación fue realizada por un estudiante de la universidad (artículo 58).

También se respetó la Declaración de Helsinki ya que estuvo sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales debiendo tener primacía los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación (artículos 7 y 8).

De parte de la Declaración de Helsinki también se respetó lo referente a los requisitos que deben considerarse para elaborar el protocolo de investigación y que éste debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al Comité de Investigación y de Ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. De igual manera se

solicitó la firma de cédula de consentimiento informado y la difusión de los resultados de su investigación.

VII. Resultados

El objetivo de este trabajo fue determinar la relación de la carencia afectiva y las barreras que existen para el uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios. Se encuestaron a 203 estudiantes de la Facultad de enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Para el objetivo específico uno, los resultados muestran que 76.4% fueron mujeres, 59.1% viven con su familia, 92.6% son solteros, 68% tienen una vida sexual activa, 91.1% no han tenido embarazos y 58.1% usa algún método anticonceptivo. (tabla 3). Además, la media de edad de los participantes fue de 19.66 años ($DE=1.75$) con rangos de 17 a 29 años.

Tabla 3

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
	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	Sí	118	58.1
	No	85	41.9

Nota: resultados obtenidos de la Cédula de datos sociodemográficos.

Para el objetivo específico dos, que fue identificar el nivel de carencia afectiva en estudiantes universitarios, se utilizaron frecuencias y proporciones y se encontró que la carencia afectiva fue baja en 97% y no hubo carencia en las dimensiones ansiedad (74.4%), depresión (66%) y hostilidad (75.9%) como se observa en la tabla 3.

Tabla 4

Carencia afectiva en escala total y dimensiones

Carencia afectiva		<i>f</i>	%
Escala total			
	Alta	6	3.0
	Baja	197	97.0
Dimensión Ansiedad			
	Con	52	25.6
	Sin	151	74.4
Depresión			
	Con	69	34.0
	Sin	134	66.0
Hostilidad			
	Con	49	24.1
	Sin	154	75.9

Nota: datos obtenidos del instrumento MAACL

Para el objetivo específico tres, que fue identificar las barreras para el uso de método anticonceptivos en adolescentes, se utilizó estadística descriptiva mediante frecuencias y proporciones y se identificó que hubo menores barreras para el uso de los métodos anticonceptivos en la escala total (91.6%) y en las dimensiones personales (91.6%), socioculturales (92.6%), servicios de planificación familiar (67%) y profesional de salud (89.7%), como se aprecia en la tabla 5.

Para el objetivo específico 4, identificar las diferencias entre las variables de estudio se utilizó la prueba no paramétrica rho de Spearman y no se identificó relación estadísticamente significativa ($p > .05$).

Tabla 5*Barreras del uso de métodos anticonceptivos en escala total y dimensiones*

Barrera de métodos anticonceptivos		<i>f</i>	%
Escala total			
	Menores	186	91.6
	Mayores	17	8.4
Dimensiones			
Personales			
	Menores	186	91.6
	Mayores	17	8.4
Socioculturales			
	Menores	188	92.6
	Mayores	15	7.4
Servicios de planificación familiar			
	Menores	136	67.0
	Mayores	67	33.0
Profesional de salud			
	Menores	182	89.7
	Mayores	21	10.3

Nota: puntaje obtenido del instrumento BUMA

VIII. Discusión

Los resultados de este trabajo de investigación muestran que siete de cada persona fueron mujeres, similar al estudio de López et al (2016) donde el mismo porcentaje fue de sexo femenino.

En otra variable se identificó que seis de cada 10 participantes ya iniciaron su vida sexual activa y cinco de cada 10 utilizan algún método anticonceptivo, semejante al estudio de Maroto et al 2018) en Madrid, España, donde se encontró que la misma proporción utilizan al menos un método anticonceptivo en edad fértil. En cuanto a México, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018 mostró que nivel nacional, la edad mediana al “inicio de la vida sexual de las mujeres es a los 17.5 años”, en tanto que “30.2% de las adolescentes han iniciado su vida sexual, así como el 76% de las mujeres de 20 a 24 años y 91.7% de las que tienen entre 25 y 29 años”. (Instituto Nacional de las Mujeres, 2020).

Por su parte ENSANUT 2018 reportó que en México, 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. Mientras que 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%).

En cuanto a la variable carencia afectiva, en este estudio se identificó nivel bajo en la escala total y en las dimensiones ansiedad, depresión y actividad, similar a lo encontrado por Zuckerman y Lublu en su estudio realizado en 2009 en las dimensiones de ansiedad y hostilidad, quienes encontraron que más de la mitad presentaban depresión, sin embargo no presentaban ansiedad y depresión. En ese sentido, otros autores han reportado que las

adolescentes, al sentir afectada su esfera afectiva y, por ende, al sentir esa necesidad de afecto que todo ser humano requiere busca como es obvio llenar ese vacío, esa carencia afectiva que ha dejado su familia disfuncional, la migración, el divorcio y un sinnúmero de factores que desequilibran la esfera emocional del adolescente.

Por otra parte, en este estudio se encontró que ocho de cada 10 participantes presentaron menores barreras para la utilización de métodos anticonceptivos en la escala total y en las dimensiones personales, socioculturales, servicios de planificación familiar y profesionales de salud, contrario a lo encontrado con Carmona et al (2017) quienes identificaron mayores barreras en la dimensión individual (personal).

A ese respecto, existen actualmente circunstancias que obstaculizan el uso de los métodos anticonceptivos tales como la falta de conocimiento sobre dónde se obtienen dichos métodos, cómo se usan, cómo funcionan, etc; por otra parte, otras barreras pueden ser el temor, vergüenza o desconfianza al solicitar algún método, cuestiones de practicidad, el miedo a que cause efectos adversos (trastornos menstruales, náuseas, vómitos y variación del peso corporal, la pérdida de sensibilidad, ruptura, desconfianza, alergias, sangrados, dolores intensos, entre otros). (Solís y Vital, 2018, p. 401)

Finalmente, cabe señalar que no se encontró relación estadísticamente significativa entre la carencia afectiva y las barreras para el uso de método anticonceptivos en adolescentes, por lo que no existen pruebas suficientes para rechazar la hipótesis nula que señala que no existe relación entre la carencia afectiva y las barreras para el uso de método anticonceptivos.

IX. Conclusiones

En esta investigación se identificó que hubo menores barreras para el uso de los métodos anticonceptivos en la escala total (91.6%) y en las dimensiones personales (91.6%), socioculturales (92.6%), servicios de planificación familiar (67%) y profesional de salud (89.7%).

Existe aún una carencia de educación sexual que impacta directamente para el no uso de métodos anticonceptivos, ligado a esta desinformación se deriva una preocupación no bien fundamentada hacia los métodos anticonceptivos y su efecto en el organismo, además de una mentalidad orillada a los prejuicios, desde el núcleo familiar.

Por otra parte, se encontró que la carencia afectiva fue baja en 97% y no hubo carencia en las dimensiones ansiedad (74.4%), depresión (66%) y hostilidad (75.9%). De esta manera, la carencia afectiva repercute no solamente en la esfera emocional de una persona, sino también en la personalidad de la misma, pues perfila al ser humano como egoísta, retraído, triste y sobre todo carente de afecto, de tal manera, que la cadena de disfuncionalidad continúa.

La carencia afectiva es un mal actual que afecta a todas las edades, culturas y clases sociales. En la adolescencia, la carencia afectiva que sufrió un individuo cuando niño se manifiesta mediante la pérdida de la capacidad de amar y una importante disminución del amor propio o de su autoestima, lo que les lleva a llenar su vida con relaciones de dependencia y tal vez, el único momento en que la persona afectada puede sentirse segura y querida se encuentra en su vida sexual, ya que es un instante tranquilizador, en el que el hombre o la mujer se deja llevar. En general carecen de sensibilidad y huyen de las expresiones afectivas hacia los demás. Utilizan a las personas como instrumentos para sentirse seguros.

X. Sugerencias

Se sugiere que las estudiantes informarse más respecto a los métodos anticonceptivos y su efecto en el organismo.

Se sugiere a las autoridades educativas dar mejor asesoramiento y brindar al alcance la más información posible para los estudiantes de la facultad, así como promuevan el uso y efecto de los métodos anticonceptivos.

XI. Referencias bibliográficas

- Álvarez, M, B. y Rojas, M, D. (2019). *Carencias afectivas intrafamiliares y su relación en las manifestaciones depresivas de los estudiantes de 4to y 5to grado de secundaria de la institución educativa 40029 ludwing Van Beethoven, distrito de alto selva alegre, arequipa – 2019*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa-Perú],
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/10484/TSalesmb.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Alarcón, R. Coello, J. Cabrera, J. Monier, G. (2009). (2009). *Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia*. *Revista Cubana de Enfermería*, 25(1-2), 1 – 14.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000100007
- Aller, J (1998). *Métodos anticonceptivos*. Editorial McGrall Hill interamericana, México.
- Anónimo. (2018). *Carencia afectiva qué es y cómo tratarla*. Dessirée Urbano.
<https://psicologaespecialistamalaga.com/carencia-afectiva/>
- Asociación Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki de la AMM – Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos*.
<https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Bazán, J, G. (2019). *Conocimiento y barreras percibidas para el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes mujeres de una universidad de Cajamarca*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo],

<http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/933/Informe%20Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Casey, E. (2020). *Anticonceptivos orales*. Ginecología y obstetricia. Manual MSD versión para profesionales.

<file:///C:/Users/yoel%20castrejon/Desktop/Anticonceptivos%20orales%20-%20Ginecolog%C3%ADa%20y%20obstetricia%20-%20Manual%20MSD%20versi%C3%B3n%20para%20profesionales.pdf>

Chiva, A, Planes, V. y Bacete, F. (2011). *Encuentro y Vinculación Afectiva: Pilotaje y Proceso de Nutrición Relacional en Educación*. España. *Psychosocial Intervention*, 20(2), 213 – 225. <http://dx.doi.org/10.5093/in2011v20n2a9>

Consejo Nacional de Población (2014). *Conocimiento de métodos anticonceptivos*. http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Libros_Salud/Infografias/Info_16_Ml.pdf

Contreras, G. (2010). *La carencia afectiva intrafamiliar en niños y niñas de cinco a diez años*. [Tesina de Licenciatura, Universidad de Cuenca]. <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2338/1/tps637.pdf>

Diario Oficial de la Federación. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

Domínguez, I. (2011). *Influencia de la familia en la sexualidad adolescente*. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 37(3), 387-398. <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v37n3/gin11311.pdf>

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2018). *Resultados Nacionales*.
https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf

Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. (2021). Instituto nacional de las mujeres. *El embarazo en adolescentes ha cobrado importancia en los últimos años debido a que México ocupa el primer lugar en el tema*.
<https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2002). *Adolescencia una etapa fundamental*.
https://ibdigital.uib.es/greenstone/sites/localsite/collect/portal_social/index/assoc/unicef00/02.dir/unicef0002.pdf

Guibovich, A.A. (2012). *Anticoncepción en la mujer*.
<http://repebis.upch.edu.pe/articulos/diag/v51n3/a5.pdf>

Grove, S.K. y Gray, J.R. (2019). *Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. Elsevier.

Instituto Nacional de las Mujeres. (2020). *Sistema de Indicadores de Género. Jóvenes*.
<http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Jovenes.pdf>

Jaar, E y Córdova V. (2017). Prevención de la privación emocional crónica: nuevos paradigmas en el modelo de acogimiento temporal. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 55 (1), 44-51.
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272017000100006

- Juank, J, J. (2017). *Relación de la Carencia Afectiva en el Matrimonio Precoz en los Estudiantes de Primero a Tercero de Bachillerato de la Unidad Educativa Taisha, en el Cantón Taisha, Provincia de Morona Santiago en el periodo 2016- 2017*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Central del Ecuador] <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/13421/1/T-UCE-0010-023-2017.pdf>
- Linares, K, M. (2018). *Barreras culturales en el acceso de adolescentes a los métodos anticonceptivos. Microred Mariscal Castilla Arequipa 2017*. [Tesis de Posgrado, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/6522/MDMlilikm.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- López, F., Carcedo, R.J., Fernández-Rouco, N. y Caballero, M.C. (2017). Afectos y conductas sexuales en adolescentes: diferencias y semejanzas en dos culturas, España y Colombia. Colombia. *Universitas Psychologica*, 16(4), 1 -11. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-4.acsa>
- Lugones, M.Y. y Quintana, T. Y. (1996). *Orígenes de la anticoncepción. Revista Cubana de Medicina General Integral*, 12 (4), 399 - 402. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251996000400012
- Moreno, J. Chauta, L. (2012). *Funcionalidad familiar, conductas externalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá*. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 6(1), 155-166 <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297225770006.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Planificación familiar*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Salud del adolescente*.

https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

Pérez, M. (2006). *Desarrollo de los adolescentes III Identidad y relaciones sociales*.

http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abu_so/Articulos/Libros_Adolescencia.pdf

Porto, J. y Merino, M. (2008). *Definición de carencia. Definición*.

<https://definicion.de/carencia/>

Diario Oficial de la Federación la Ley General de Salud. (1984). *Reglamento de la Ley*

General de Salud en Materia de Investigación para la Salud,

https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

Sakraida, T.J. y Wilson, J. (2018). *Modelo de Promoción de la Salud*. En Raile-Alligood, M.

(2018). *Modelos y Teorías en Enfermería*. (9ª edición, pp. 862 - 902). Elsevier.

Santos. A. (2021). Tres ensayos para una teoría sexual. *Aperturas Psicoanalíticas*, 66, 1 –

18. <https://aperturas.org/imagenes/archivos/ap2021%7Dn066a10.pdf>

Sampieri, R, Fernández, C, Baptista, P. (2018). *Metodología de la investigación*. McGraw

Hill.

Servicios de Planificación Familiar". *NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993*.

Diario Oficial de la Federación 7 de julio de 1986.

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html>

Solís, M.V. y Vital, V.M. (2018). Barreras que impiden el uso de métodos anticonceptivos

en las adolescentes. *Jóvenes en la ciencia*, 4(1), 400–409.

<https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/2387/pdf1>

Terrones, M, P. y Vigo, G. (2021). *La carencia afectiva relacionada al embarazo adolescente*. 1 (49), (13-23).

[http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/1591/Carencia%20afectiva%20relacionada%20al%20embarazo%20adolescente%20\(1\).pdf?sequence=3](http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/1591/Carencia%20afectiva%20relacionada%20al%20embarazo%20adolescente%20(1).pdf?sequence=3)

Villa-Villarruel, P. y Celis-Atenas, K. (2014). Afecto positivo y negativo como mediador de la relación optimismo-salud: evaluación de un modelo estructural. *Universitas Psychologica*, vol. 13, núm. 3, julio-agosto, 2014, Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia. <https://www.redalyc.org/pdf/647/64733438017.pdf>

Villalobos A, Allen B, Hernández Serrato M, Suárez L, Vara E y Castro F. (2012). *uso de anticonceptivos y planificación familiar entre mujeres adolescentes y adultas: cerrando la brecha entre metas y realidades, ENSANUT 2012*. Salud Pública de México. <https://ensanut.insp.mx/doctos/seminario/M0203.pdf>

XII. Anexos

Anexo 1 Barreras del uso de métodos anticonceptivos (BUMA)

Por favor contesta las siguientes preguntas

XIII. 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		

XIV. 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 serv. de Plan. Fam.		
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?	SI	NO

Si su respuesta es sí contéstelas siguientes preguntas.

XV. 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		

XVI. 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		

Anexo 2 Carencia afectiva

Instrucciones generales: A continuación, se te presentan una serie de preguntas donde se requiere que expreses tu opinión marcando con una cruz ("X") que tan de acuerdo estás con la afirmación mostrada.

Adjetivo	No describe mi estado de animo	Si describe parcialmente mi estado de animo	Si describe totalmente mi estado de animo
	0	1	2
Asustada--- (a1)	0	1	2
Activa--- (b2)	0	1	2
Sola--- (b1)	0	1	2
Enojada--- (c1)	0	1	2
Vivaz (Reflexiva)- (b2)	0	1	2
Amable--- (c2)	0	1	2
Amargada--- (c1)	0	1	2
Alegre--- (a2)	0	1	2
Triste--- (b1)	0	1	2
Limpia--- (b2)	0	1	2
Desesperada--- (a1)	0	1	2
Contenta--- (a2)	0	1	2
Destrozada--- (b1)	0	1	2
Cooperativa--- (c2)	0	1	2
Descontenta--- (c1)	0	1	2
Entusiasta--- (b2)	0	1	2
Descorazonada--- (b1)	0	1	2
Bien--- (b2)	0	1	2
Disgustada--- (c1)	0	1	2
Libre--- (b2)	0	1	2
Con rabia--- (c1)	0	1	2
Amistosa--- (c2)	0	1	2
Temerosa--- (a1)	0	1	2
Dispuesta--- (c2)	0	1	2
Espantada--- (a1)	0	1	2
Furiosa--- (c1)	0	1	2
Feliz--- (a2)	0	1	2
Sin esperanza--- (b1)	0	1	2
Inspirada--- (b2)	0	1	2

Adjetivo	No describe mi estado de animo	Si describe parcialmente mi estado de animo	Si describe totalmente mi estado de animo
Solitaria--- (b1)	0	1	2

Gozosa (Disfruta) (a2)	0	1	2
Benigna (Generosa)c2	0	1	2
Loca--- (c1)	0	1	2
Afortunada--- (d2)	0	1	2
Nerviosa--- (a1)	0	1	2
Apacible--- (b2)	0	1	2
Ultrajada--- (c1)	0	1	2
Cortés--- (c2)	0	1	2
Entristecida--- (b1)	0	1	2
Estable--- (a2)	0	1	2
Borrascosa (Discutidora)- (c1)	0	1	2
Simpática--- (c2)	0	1	2
Tensa--- (a1)	0	1	2
Comprensiva--- (c2)	0	1	2
Atormentada--- (b1)	0	1	2
Entera--- (b2)	0	1	2
No sociable--- (c1)	0	1	2
Desolada--- (b1)	0	1	2
Buena--- (b2)	0	1	2
Bondadosa--- (c2)	0	1	2
Sombría (Pesimista) (b1)	0	1	2
Sana--- (b2)	0	1	2
Irritada--- (c1)	0	1	2
Interesada--- (b2)	0	1	2
Perdida--- (b1)	0	1	2
Baja (desvalorizada)b1	0	1	2
Amorosa--- (a2)	0	1	2
Miserable--- (b1)	0	1	2
Jovial--- (b2)	0	1	2
Ofendida--- (c1)	0	1	2
Agradable--- (a2)	0	1	2
Rechazada--- (b1)	0	1	2
Segura--- (b2)	0	1	2
Temblorosa--- (a1)	0	1	2
Fuerte--- (b2)	0	1	2
Sufriente--- (b1)	0	1	2
Tierna--- (c2)	0	1	2
Preocupada--- (a1)	0	1	2
Joven--- (b2)	0	1	2
Infeliz--- (b1)	0	1	2
Animada--- (b2)	0	1	2

XIII. Apéndices

Apéndice 1. Hoja de consentimiento informado



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Enfermería



Carencia afectiva y su relación con las barreras del uso de métodos anticonceptivos.

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 determinar la relación de la carencia afectiva y las barreras que existen para el uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios, debido al contexto en que se encuentran y así identificar las principales problemáticas para poder obtener un mejor rendimiento escolar y ayudar a su mejor desempeño.

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 o con la asesora de la investigación la Dra. Ma. de Jesús Recéndiz al teléfono 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. Operacionalización de carencia afectiva

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores (ítems) escala y de medición	Medición/ Clasificación
Carencia afectiva	La carencia afectiva es un problema que repercute el desarrollo emocional, físico y psicológico de los niños por la falta de afecto, cariño, amor y protección de sus padres, cuando una familia sufre cambios, la afectividad es un sentimiento que se ve afectado (Lucas, 2017).	Para Trinidad et al. (2015). El cariño, atención, afecto, son herramientas importantes en los primeros años de vida de un niño ya que permiten construir una buena autoestima y desarrollar confianza	Ansiedad	8 Ítems A1	Ansiedad 0-16 No ansiedad 0-14 Depresión 0-32 No depresión 0-36 Sí hostilidad 0-26 No hostilidad 0-18
			No ansiedad	7 Ítems A2	
			Depresión	16 ítemsB1	
			No depresión	18 Ítems B2	
			Rabia/Hostilidad	13 Ítems C1	
			No hostilidad	9 Ítems C2	

Apéndice 3. Operacionalización de barrera del uso de métodos anticonceptivos.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores (ítems) y de escala de medición	Medición/ Clasificación
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 medirán 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. Hoja de colecta de datos

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Enfermería



Carencia afectiva y su relación con las barreras del uso de métodos anticonceptivos.

Con el propósito de averiguar el uso de los métodos anticonceptivos en los adolescentes de preparatoria. Este cuestionario es anónimo. Contesta lo que se te pide y señala con una X el inciso que creas correcto. Favor de leer con atención las preguntas y contestar con sinceridad. Gracias por tu participación.

Folio_____

Parte I. Datos sociodemográficos.

1. Edad _____ años cumplidos
2. Sexo Masculino_____ Femenino_____
3. Lugar de nacimiento Localidad_____
4. Lugar de residencia Localidad_____
5. Semestre cursado actualmente_____
6. ¿Con quién vive? Familia_____ Amigos_____ Casa de estudiante_____
7. Estado civil: Soltero_____ Casado_____ Unión libre_____ Divorciado_____ Viudo_____
8. ¿Tienes vida sexual activa? Sí____ No____
9. Embarazo anterior Si_____ NO_____
10. ¿uso algún método anticonceptivo?

Parte II. Barreras para el uso de métodos anticonceptivos.

Barreras Personales.

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

Barreras Socioculturales.

24. Machismo de la pareja		
25. Negativa de la pareja al uso de un método anticonceptivo		
26. Mala experiencia de amigas y/o familiares en el uso de un método anticonceptivo.		
27. Mala experiencia de amigas y/o familiares en el serv. de Plan. Fam.		
28. Mala comunicación familiar		
29. Creencias y/o miedo con respecto a los efectos secundarios		
30. Religión		
31. Falta de temas relacionados con SSR en los colegios		
32. ¿Asistió alguna vez a algún servicio de planificación familiar?	Sí	NO

Si su respuesta es sí contéstelas siguientes preguntas.

Barreras en los servicios de planificación familiar.

Pregunta	Sí	No
33. Dificil acceso geográfico al servicio de Planificación Familiar		
34. Horarios inadecuados		
35. Procesos engorrosos		
36. Falta de métodos anticonceptivos		
37. Falta de ambientes exclusivos para adolescentes		

Barreras con el profesional de salud

38. Personal de Salud poco cordial, incomprensivo, juzgan.		
--	--	--

39. Personal de Salud no capacitado		
40. Personal de Salud intenta imponerle el método anticonceptivo		
41. Falta de privacidad y/o diferentes encargados en cada consulta		

Cuestionario de Adjetivos Múltiples de Estado Afectivo (MAACL)

Instrucciones:

Lea la lista de palabras (adjetivos) que describen su estado de ánimo en esta última semana. Por favor responda lo más cercano a su realidad.

Usted tiene 3 alternativas de respuesta “0” si el adjetivo no describe su estado de ánimo en el lapso de tiempo indicado, un “1” si lo describe parcialmente y un “2” “si lo describe totalmente.

Adjetivo	No describe mi estado de animo	Si describe parcialmente mi estado de animo	Si describe totalmente mi estado de animo
	0	1	2
Asustada--- (a1)	0	1	2
Activa--- (b2)	0	1	2
Sola--- (b1)	0	1	2
Enojada--- (c1)	0	1	2
Vivaz (Reflexiva)- (b2)	0	1	2
Amable--- (c2)	0	1	2
Amargada--- (c1)	0	1	2
Alegre--- (a2)	0	1	2
Triste--- (b1)	0	1	2
Limpia--- (b2)	0	1	2
Desesperada--- (a1)	0	1	2
Contenta--- (a2)	0	1	2
Destrozada--- (b1)	0	1	2
Cooperativa--- (c2)	0	1	2

Descontenta--- (c1)	0	1	2
Entusiasta--- (b2)	0	1	2
Descorazonada--- (b1)	0	1	2
Bien--- (b2)	0	1	2
Disgustada--- (c1)	0	1	2
Libre--- (b2)	0	1	2
Con rabia--- (c1)	0	1	2
Amistosa--- (c2)	0	1	2
Temerosa--- (a1)	0	1	2
Dispuesta--- (c2)	0	1	2
Espantada--- (a1)	0	1	2
Furiosa--- (c1)	0	1	2
Feliz--- (a2)	0	1	2
Sin esperanza--- (b1)	0	1	2
Inspirada--- (b2)	0	1	2

Adjetivo	No describe mi estado de animo	Si describe parcialmente mi estado de animo	Si describe totalmente mi estado de animo
Solitaria--- (b1)	0	1	2
Gozosa (Disfruta) (a2)	0	1	2
Benigna (Generosa)c2	0	1	2
Loca--- (c1)	0	1	2
Afortunada--- (d2)	0	1	2
Nerviosa--- (a1)	0	1	2
Apacible--- (b2)	0	1	2
Ultrajada--- (c1)	0	1	2
Cortés--- (c2)	0	1	2
Entristecida--- (b1)	0	1	2
Estable--- (a2)	0	1	2
Borrascosa (Discutidora)- (c1)	0	1	2

Simpática--- (c2)	0	1	2
Tensa--- (a1)	0	1	2
Comprensiva--- (c2)	0	1	2
Atormentada--- (b1)	0	1	2
Entera--- (b2)	0	1	2
No sociable--- (c1)	0	1	2
Desolada--- (b1)	0	1	2
Buena--- (b2)	0	1	2
Bondadosa--- (c2)	0	1	2
Sombría (Pesimista) (b1)	0	1	2
Sana--- (b2)	0	1	2
Irritada--- (c1)	0	1	2
Interesada--- (b2)	0	1	2
Perdida--- (b1)	0	1	2
Baja (desvalorizada)b1	0	1	2
Amorosa--- (a2)	0	1	2
Miserable--- (b1)	0	1	2
Jovial--- (b2)	0	1	2
Ofendida--- (c1)	0	1	2
Agradable--- (a2)	0	1	2
Rechazada--- (b1)	0	1	2
Segura--- (b2)	0	1	2
Temblorosa--- (a1)	0	1	2
Fuerte--- (b2)	0	1	2
Sufriente--- (b1)	0	1	2
Tierna--- (c2)	0	1	2
Preocupada--- (a1)	0	1	2
Joven--- (b2)	0	1	2
Infeliz--- (b1)	0	1	2
Animada--- (b2)	0	1	2

Apéndice 5. Dictamen del Comité de Ética en Investigación



Universidad Michoacana
de San Nicolás de
Hidalgo

Facultad de Enfermería



Morelia, Michoacán a 10 de marzo del 2022

C. Flor Arisbeth Domínguez Limas
Pasante en servicio social
Facultad de Enfermería
Presente.

A través de este conducto se hace de su conocimiento que el comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo ha realizado la revisión de su protocolo titulado *Carencia afectiva y su relación con las barreras del uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios* y acordó **Aprobarlo** con el **dictamen CIE/FacEnf/024/2022** por lo que puede realizar lo conducente

Sin más por el momento le enviamos un cordial saludo

Atentamente

*María Magdalena
Lozano Z.*

Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga
Coordinadora del Comité de Ética en Investigación

Apéndice 6. Dictamen del Comité de Investigación



Universidad Michoacana
de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Enfermería



Morelia, Michoacán a 7 de marzo de 2022

C. Flor Arisbeth Domínguez Limas
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 *Carencia afectiva y su relación con las barreras del uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios* y acordó **Aprobarlo** con el **dictamen CI/FacEnf/024/2022** por lo que puede realizar lo conducente.

Atentamente

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz
Coordinadora del Comité de Investigación