FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA ANTICONCEPTIVA EN MUJERES JÓVENES AFROCOLOMBIANAS DE UN MUNICIPIO DEL DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA, 2021.

ELIANA PAOLA MARTÍNEZ VALDEZ
ELIM DAVID MESTRA AGRESOTT

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

MONTERÍA-CÓRDOBA

2021

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA ANTICONCEPTIVA EN MUJERES JÓVENES AFROCOLOMBIANAS DE UN MUNICIPIO DEL DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA, 2021.

ELIANA PAOLA MARTÍNEZ VALDEZ
ELIM DAVID MESTRA AGRESOTT

Asesora
EUGENIA HERRERA GUERRA
Doctora en Enfermería. Profesora de investigación

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

MONTERÍA-CÓRDOBA

2021

NOTA DE ACEPTACIÓN

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____
Firma del presidente del jurado

_____
Firma del jurado

_____
Firma del jurado

Montería, febrero del 2022

DEDICATORIA

A Dios primeramente por su amor, misericordia, por su perfecta voluntad en mi vida, por dotarme de virtudes y capacidades las cuales me han permitido llegar hasta aquí, porque sin su ayuda no podría.

A mis queridos padres Guillermo Martínez y Maribel Valdez por creer en mí, gracias por ser mis padres, por darme la vida, la oportunidad de ser la persona que ahora soy y brindarme su apoyo incondicional. Son el motor de mi vida e inspiración de perseverancia, esfuerzo, valentía y fe de que hay un Dios que siempre está conmigo. Este logro más que mío es de ustedes.

A todas las personas que me apoyaron en todo tiempo, amigas grandiosas y familiares, en especial mi hermano Eder Martínez y esposa, quienes me brindaron su mano y palabras motivadoras cuando más lo necesite. Les debo mucho.

Eliana Paola Martínez Valdez

A Dios primeramente por guiar mis pasos y permitirme llegar a este importante logro, por si infinito amor y misericordia, a mis padres Wilson K. Mestra y Francia E. Agresott por su apoyo incondicional, quienes a pesar de todo nunca dejaron de confiar en mí.

A mi esposa Patricia Tapagua, quien sin importar las dificultades siempre estuvo a mi lado y en especial al fruto de nuestro amor que lleva consigo en el vientre, a mis hermanos Esteban D. Mestra, Sarid E. Mestra y Eleazar D. Mestra que siempre han estado cuando más los necesito. A mi abuela Paterna Clotilde M. López quien estuvo con migo desde el principio, apoyándome y alentándome a dar lo mejor de mí.

Elim David Mestra Agresott

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos

A todas las mujeres jóvenes que amablemente decidieron participar de forma voluntaria en este estudio.

A nuestra alma mater, Universidad de Córdoba y todos sus docentes del Programa de Enfermería por brindarnos su conocimiento y experiencias y por formarnos como excelentes profesionales.

.

A nuestra querida docente Eugenia Herrera Guerra, quien nos brindó su apoyo, confianza, paciencia, acompañamiento y su excepcional orientación y dedicación. Estamos sumamente agradecidos con todo lo que nos ofreció en todo este camino, sin duda alguna un excelente ser humano, con capacidades educativas admirables, gracias por compartir sus conocimientos, sus experiencias y enseñanzas con nosotros. Gracias a su impecable guía pudimos culminar este logro satisfactoriamente.

CONTENIDO

pág.

INTRODUCCIÓN 3

1. OBJETIVOS 9

1.1 GENERAL 9

1.2 ESPECÍFICOS 9

2. MARCO REFERENCIAL 10

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS 10

2.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS 12

2.3 MARCO TEÓRICO.....20

2.3.2 Conceptos principales del MOCAM.....21

2.3.3 Proposiciones teóricas. 24

2.4 MARCO CONCEPTUAL.....25

2.4.1 Conducta anticonceptiva. 25

2.4.2 Métodos de anticoncepción......25

2.4.3 Actitudes para la CAM.....26

2.4.4 Compromiso con la religión.. 26

2.4.5 Mujer joven.....26

2.4.6 Comunidades afrocolombianas. 26

2.4.7. Afrocolombiano (a). 26

2.5 MARCO LEGAL 27

3. DISEÑO METODOLÓGICO 29

3.1 TIPO DE ESTUDIO 29

3.2 ESCENARIO DE ESTUDIO 29

3.3 POBLACIÓN 29

3.4 MUESTRA.....30
3.4.1 Cálculo de la muestra.....30
3.4.2 Tipo de muestreo. 31
3.4.3 Unidad de análisis. 31
3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN 31
3.5.1 criterios de inclusión.....31
3.5.2 Criterios de exclusión 31
3.6 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN 32
3.6.1 Fuentes de información.. 32
3.6.2 Instrumentos para la recolección de la información. 32
3.6.2.1 Ficha de datos sociodemográficos y características individuales de la muestra. 32
3.6.2.2 Escala de actitudes para la conducta anticonceptiva en mujeres. 32
3.6.2.3 Escala corta compromiso con la religión. 33
3.6.2.4 Escala de conducta anticonceptiva. 33
3.6.3 Procedimiento. 34
3.8 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.....34
3.9.1 Principios éticos. 36
3.9.2 Tipo de riesgo.....37
3.9.3 Consentimiento informado.....37

4. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....38
4.1 CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA. 38
4.2 CONDUCTA ANTICONCEPTIVA EN MUJERES JÓVENES AFROCOLOMBIANAS 43
4.3 RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES Y EXPERIENCIAS EN LAS MUJERES JÓVENES AFROCOLOMBIANAS RELACIONADAS, CON LA CONDUCTA ANTICONCEPTIVA.....47

5. CONCLUSIONES.....51

7. RECOMENDACIONES 53
8. LIMITACIONES 55
BIBLIOGRAFÍA 56
ANEXOS 64

LISTA DE TABLAS

pág.

Tabla 1. Características de la muestra: edad, vida sexual y fecundidad.....38

Tabla 2. Características sociodemográficas de la muestra. 40

Tabla 3. Características de la muestra: estado civil y uso de anticonceptivos. 42

Tabla 4. Conducta anticonceptiva en mujeres jóvenes afrocolombianas según la Escala de conducta anticonceptiva. Córdoba-Colombia, 2021. 46

Tabla 5. Características individuales y experiencias relacionadas que influyen en la conducta anticonceptiva en las mujeres jóvenes afrocolombianas. Córdoba-Colombia, 2021. 48

LISTA DE GRÁFICAS

pág.

Grafica 1. Evaluación de la conducta anticonceptiva en mujeres jóvenes afrocolombianas. Córdoba-Colombia, 2021. 44

LISTA DE FIGURAS

pág.

Figura 1. Modelo de conducta anticonceptiva en mujeres (MOCAM).....222

LISTA DE ANEXOS

pág.

Anexo A. Ficha de datos sociodemográficos y características individuales de la muestra. 62

Anexo B. Escala de actitudes para la conducta anticonceptiva.....664

Anexo C. Escala corta compromiso con la religión. 686

Anexo D. Escala de conducta anticonceptiva.....68

Anexo E. Consentimiento informado 69

LISTA DE ABREVIATURAS

CAM: Conducta anticonceptiva en mujeres.

MOCAM: Modelo de conducta anticonceptiva en mujeres jóvenes.

TSE: Teoría de situación específica.

RESUMEN

Objetivo. Describir los factores relacionados con la conducta anticonceptiva en mujeres jóvenes afrocolombianas residentes en un municipio del departamento de Córdoba, a la luz del Modelo conducta anticonceptiva en mujeres jóvenes.

Metodología. Se realizó un diseño correlacional descriptivo. Del total de población de mujeres jóvenes (18 a 24 años) afrocolombianas de un municipio de Córdoba-Colombia (N=437), se tomó una muestra de 203 participantes. Para recolectar la información se aplicaron 4 instrumentos: Escala Conducta anticonceptiva, Ficha de datos sociodemográficos y características individuales de la muestra, Escala de actitud anticonceptiva y Escala corta compromiso con la religión. Los datos fueron analizados en SPSS utilizando la estadística descriptiva, para determinar la normalidad univariable se utilizó la prueba de normalidad Shapiro-Wilk y como medida de asociación: la correlación de Spearman. En todo el estudio se dio cumplimiento a los criterios éticos de la investigación en seres humanos.

Resultados. La muestra se caracterizó por ser mujeres jóvenes afrocolombianas en las edades de 18 a 24 años residentes en la zona urbana, con inicio de la vida sexual temprana en promedio16 años. El porcentaje de mujeres sexual mente activas fue de 71,4% y el uso previo de métodos anticonceptivos de 98%. Entre los métodos anticonceptivos más usados se encontró el preservativo masculino (43,8%) y las inyecciones anticonceptivas (39,9%). Al evaluar la conducta anticonceptiva el promedio de puntajes fue de 12,83, con una mediana de 14, y una moda de 20 puntos.

Conclusiones. De acuerdo con el Modelo de conducta anticonceptiva la mayor parte de las mujeres jóvenes afrocolombianas de la muestra de estudio tienen un uso correcto y sostenido de los métodos anticonceptivos. Las actitudes para la conducta anticonceptiva y el compromiso con la religión influyen en la conducta anticonceptiva en mujeres jóvenes afrodescendiente.

Palabras claves: Conducta Anticonceptiva, Anticonceptivos Femeninos, Mujeres, Adulto Joven, Planificación Familiar. (DeCS).

ABSTRACT

Objective. Describe the factors related to contraceptive behavior in young Afro-Colombian women residing in a municipality in the department of Córdoba, in light of the Contraceptive Behavior Model in Young Women.

Methodology. A descriptive correlational design was carried out. From the total population of young Afro-Colombian women (18 to 24 years old) from a municipality of Córdoba-Colombia (N = 437), a sample of 203 participants was taken. To collect the information, 4 instruments were applied: Contraceptive behavior scale, Sociodemographic data sheet and individual characteristics of the sample, Contraceptive attitude scale and Short scale commitment to religion. The data were analyzed in SPSS using descriptive statistics. The Shapiro-Wilk normality test was used to determine univariate normality, and the Spearman correlation was used as a measure of association. The entire study met the ethical criteria for research in humans.

Results. The sample was characterized by being young Afro-Colombian women aged 18 to 24 years living in urban areas, with an early start of sexual life on average 16 years. The percentage of sexually active women was 71.4% and the previous use of contraceptive methods was 98%. Among the most used contraceptive methods were the male condom (43.8%) and contraceptive injections (39.9%). When evaluating contraceptive behavior, the average score was 12.83, with a median of 14, and a mode of 20 points.

Conclusion. According to the Contraceptive Behavior Model, most of the young Afro-Colombian women in the study sample have a correct and sustained use of contraceptive methods. Attitudes towards contraceptive behavior and commitment to religion influence contraceptive behavior in young Afro-descendant women.

Keywords: Contraception Behavior, Female contraceptives, Women, Young Adult, Family Planning (MeSH).

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los embarazos no planificados siguen siendo un problema de salud pública. Cada año hay 74 millones de mujeres de países de ingresos bajos y medianos con embarazos no planificados que son causa de 25 millones de abortos peligrosos y 47 000 muertes maternas al año[1].

El porcentaje de embarazos no planeados entre mujeres de 18 a 30 años es uno de los principales problemas de salud reproductiva a nivel mundial[2]. En un estudio realizado por la OMS[3] se revela que 4.794 mujeres tuvieron un embarazo no planificado después de abandonar su método anticonceptivo, dos tercios de las mujeres sexualmente activas que deseaban retrasar o limitar la maternidad dejaron de usar MA por temor a sus efectos secundarios, por problemas de salud o por subestimar la probabilidad de concepción, lo que hizo que uno de cada cuatro embarazos fuera no planificado.

[1] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Un nuevo estudio de la OMS relaciona las altas tasas de embarazos no planificados con las deficiencias de los servicios de planificación familiar. [En línea]. Comunicado de prensa 23 octubre 2019. [Citado el 16 de marzo 2021]. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study

[2] NSUBUGA, Henry, *et al.* Contraceptive use, knowledge, attitude, perceptions and sexual behavior among female University students in Uganda: a cross-sectional survey. [Online]. (2016)*BMC Women's Health, 16* (6), 1-11.[cited 16 de marzo 2021]. doi: 10.1186/s12905-016-0286-6

[3] Ibid., P. 9.

Así mismo los estudios publicados por Decat et al[4], Frost et al[5] y Melnick et al[6], revelan que existen factores que influyen en el uso o no uso de los métodos anticonceptivos, como son las creencias, la culpa, el miedo para solicitar los métodos, el nivel socioeconómico, la educación, el apoyo de la pareja y familia para usar o no anticonceptivos, el acceso y disponibilidad de los métodos y la educación reproductiva.

En Colombia el mayor número de nacimientos reportados en 2019 según la edad de la madre se da en el grupo de 20 a 24 años, mostrando un pico de fecundidad temprano[7]. Colombia ha sido considerado uno de los países latinoamericanos más exitosos en lograr un descenso rápido de su fecundidad. Sin embargo, a pesar de la alta prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos, existe una demanda insatisfecha, especialmente en las poblaciones rurales y en las urbanas menos favorecidas[8].

---

[4] DECAT, Peter, *Et al*. Determinants of unmet need for contraception among Chinese migrants: A worksite-based survey. [Online]. Eur J Contracept Reprod Health Care 2011;16: 26– 35. [Citado el 16 de marzo 2021]. doi: https://dx.doi.org/10.3109/13625187.2010. 536920.

[5] . FROST, Jennifer y DARROCH, Jaqueline. Factors associated with contraceptive choice and inconsistent method use, United States, 2004. [Online]. Perspect Sex Reprod Health 2008; 40 (2): 94–104. [Citado el 16 de marzo 2021] Disponible en: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/journals/4009408.pdf) [acceso: 29/05/2014].

[6] MELNICK, Alan; RDESINSKI, Rebeca y CREACH, Marie. The influence of nurse home visits, including provision of 3 months of contraceptives and contraceptive counseling, on perceived barriers to contraceptive use and contraceptive use. Women Health Issues2008. [Online]. 18: 471- 481. [Citado el 16 de marzo 2021]. Available in internet: doi: http://dx.doi.org/ 10.1016/j.whi.2008.07.011.

[7] DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. DANE. [Online]. Nacimientos 2019. [Citado el 16 de marzo 2021]. Disponible en internet: https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2019

[8] REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Anexo Técnico. [Online]. Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres. 2008 [Citado el 16-03-2021]. Disponible en internet: https://www.envigado.gov.co/secretaria-salud/SiteAssets/010_ACORDEONES/DOCUMENTOS/2016/10/11-NORMA%20TECNICA.pdf

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud la fecundidad en Colombia, está determinada por factores próximos y por factores distales. Entre los factores próximos está el inicio de las relaciones sexuales/matrimonio/unión, la anticoncepción, el aborto y la infertilidad post-parto y entre los factores distales están presentes en diversos niveles de influencia: factores intrapersonales o individuales (variables socioeconómicas, demográficas y psicológicas), interpersonales (variables de los grupos primarios de referencia como la familia, los pares y la red de apoyo social) y contextuales (variables comunitarias, institucionales y políticas)[9].

Desde el enfoque de la Teoría de Situación Especifica (TSE) Modelo de conducta anticonceptiva en mujeres jóvenes (MOCAM), se puede estudiar el fenómeno de la conducta anticonceptiva desde la perspectiva de los factores que incluyentes de tipo personal como las características individuales y las cogniciones y efectos específicos de la conducta, para una visión amplia del fenómeno de la conducta anticonceptiva en mujeres jóvenes[10].

El presente estudio busca estudiar la conducta anticonceptiva en mujeres jóvenes afrocolombianas a la luz de la TSE MOCAM, teniendo en cuenta que el uso de métodos anticonceptivos en las mujeres jóvenes es considerado un fenómeno complejo que requiere un abordaje integral y la necesidad de ampliar el conocimiento y la evidencia científica que pueda explicar la relación de las variables que influyen en la conducta anticonceptiva en mujeres de 18 a 24 años en torno a las diferencias regionales.

---

[9] REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. PROFAMILIA. Encuesta Nacional de demografía y salud. Tomo I. Componente demográfico. 2015. [Online]. [Citado el 16 de marzo 2021]. Disponible en internet: https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2018/12/ENDS-TOMO-I.pdf

[10] CAUDILLO, Lucia, *et al*. Modelo de conducta anticonceptiva en mujeres jóvenes: Teoría de Situación Específica. [Online]. 2018, vol.27, n.1-2 [citado 13 octubre 2020], p.52-56. Disponible en internet: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000100011

En virtud de lo anteriormente expuesto se planteó la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son los factores relacionados con la conducta anticonceptiva en mujeres jóvenes afrocolombianas residentes en un municipio del departamento de Córdoba?

La relevancia de este estudio en el avance del conocimiento del fenómeno de la anticoncepción en mujeres jóvenes y su aplicación en la práctica profesional de enfermería, radica en que el uso de métodos anticonceptivos modernos permite el ejercicio satisfactorio y seguro de la sexualidad; así las mujeres pueden postergar o evitar un embarazo cuando así lo deseen, ejerciendo su derecho fundamental a la autonomía reproductiva[11].

Así mismo las políticas que se han desarrollado en Colombia en torno a la salud sexual y reproductiva garantizan el derecho de las personas a la información y a una atención con calidad que incluye: consulta de anticoncepción, consejería y entrega de métodos anticonceptivos modernos[12], donde enfermería ejerce un rol importante en los programas de planificación familiar y anticoncepción.

Enfermería es una disciplina que realiza la promoción de conductas en el área de la salud, así ha propuesto teorías que tienen como propósito describir, explicar, predecir y controlar fenómenos de interés para la enfermería que sean capaces de legitimar los resultados para la práctica de la disciplina[13].

---

[11] REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Salud sexual y reproductiva. Anticoncepción. [Online]. Comunicado de prensa 2021 [Citado el 16-03-2021]. Disponible en internet: https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/anticoncepcion.aspx

[12] Ibíd. p. 1.

[13] CAMARGO, Martha; FAJARDO, María y GARCIA, Alexandra. Atención de enfermería en planificación familiar. [Online]. 2016, vol.21, n.1, P.77-90 [citado el 29 de julio 21]. Disponible en internet: https://doi.org/10.17151/hpsal.2016.21.1.7. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-75772016000100007&script=sci_abstract&tlng=es

En este sentido, la participación de enfermería en la anticoncepción es importante teniendo en cuenta que la anticoncepción constituye una base fundamental de la salud reproductiva 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[14].

Del mismo modo estas permiten el mejoramiento de la calidad de vida de mujeres, niños y hombres; a partir de las inversiones que se otorguen en el país para así poder brindar bienestar y un buen mantenimiento de la salud[15]. Existen como apoyo a estas intervenciones, la educación sexual la cual ha sido una estrategia que se ha llevado a cabo con la finalidad de atender a la problemática relacionadas con la salud sexual reproductiva de la comunidad joven[16].

En virtud de lo anteriormente expuesto el alcance de este estudio se orienta a describir los factores relacionados con la conducta anticonceptiva en un grupo de las mujeres jóvenes residentes en un municipio de Córdoba-Colombia, teniendo en cuenta las características socioculturales de la etnia afrocolombiana, considerada como un grupo que debe ser atendido con enfoque diferencial y por tanto requieren un trato especial

[14] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Comunicación sobre planificación familiar en el marco de la salud reproductiva. Citado por: ALLEN-LEIGH, Betania et al. Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. Salud pública Méx [Online]. 2013, vol.55, suppl.2 [citado 2020-09-16], pp.S235-S240. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800021-

[15] ESTRADA, F, et al. Use of family planning services and its relationship with women's decision-makingand support from their partner. Citado por DEL TORO, Moraira; RUIDIAZ, Keydis y BARRIOS, Zorayda. Conocimientos y prácticas sobre métodos de planificación familiar en adolescentes escolarizados de Cartagena-Bolívar. [Online]. Rev. cienc. cuidad. 2018[citado el 18 Septiembre 2020]. Disponible en internet: https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/1399/1362

[16] GRAJALES, Isabel y CARDONA, Doris. Actitudes de los adolescentes escolarizados frente a la salud sexual y reproductiva. Medellín-Colombia. [Online]. Invest Educ Enferm. 2012; 30(1):77-85. [Citado el 18 Septiembre 2020]. Disponible en: https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/8740/10517

dentro de las políticas públicas, lo que origina programas sectoriales de apoyo y promoción en sus propios entornos y contextos culturales con enfoque diferencial.

El enfoque diferencial es un desarrollo progresivo del principio de igualdad y no discriminación. Aunque todas las personas son iguales ante ley, esta afecta de manera diferente a cada una, de acuerdo con su condición de clase, género, grupo étnico, edad, salud física o mental y orientación sexual. Por lo anterior, para que la igualdad sea efectiva, el reconocimiento, el respeto, la protección, la garantía de derechos y el trato deben estar acordes con las particularidades propias de cada individuo. Las acciones adelantadas por el Estado para este fin deben atender la diferencia[17].

Se espera que la información objetiva derivada es este estudio pueda brindar elementos de análisis y reflexión que permitan plantear recomendaciones a los profesionales e instituciones de salud y demás actores institucionales con el fin de facilitar el cumplimiento de los postulados constitucionales y legales sobre el enfoque diferencial étnico incorporadas en las asesorías sobre métodos antipoéticos e intervenciones educativas sobre planificación familiar que buscan incrementar la probabilidad de que las mujeres afrocolombianas usen métodos anticonceptivos y tengan adherencia a los programas de planificación familiar considerando la perspectiva transcultural.

[17] REPÚBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DEL INTERIOR. El enfoque diferencial y étnico en la política pública de víctimas del conflicto armado. [Online]. Bogotá D.C. 2019. [Citado el 18 Septiembre 2020]. Disponible en: https://gapv.mininterior.gov.co/sites/default/files/cartilla_enfoque_diferencial_fin_1.pdf

1. OBJETIVOS

1.1 GENERAL

Describir los factores relacionados con la conducta anticonceptiva en mujeres jóvenes afrocolombianas residentes en un municipio del departamento de Córdoba, a la luz de la TSE MOCAM.

1.2 ESPECÍFICOS

1.2.1 Describir las características sociodemográficas e individuales de la muestra.

1.2.2 Determinar la conducta anticonceptiva en mujeres jóvenes afrocolombianas sujetos de estudio, mediante la Escala de conducta anticonceptiva.

1.2.3 Identificar las características individuales y experiencias relacionadas, que influyen con la conducta anticonceptiva en las mujeres jóvenes afrocolombianas sujetos de estudio.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La historia de la anticoncepción, se remonta a un pasaje bíblico del libro de Génesis capítulo 38:9 que expresa: “Y sabiendo Onán que la descendencia no había de ser suya, sucedía que cuando se llegaba a la mujer de su hermano, vertía en tierra, por no dar descendencia a su hermano[18]”. De este modo es como aparece el coito interruptus, para muchos el método más utilizado hasta tiempos recientes en los países desarrollados; y que lo sigue siendo todavía en los demás países[19].

En el primer texto médico El Papiro de Petri, de 1850 a.c se encuentran las recetas anticonceptivas. Una aconsejaba el uso de excremento de cocodrilo mezclado con una pasta que servía como vehículo, usado seguramente como pesario insertado en la vagina y otra receta consistía en una irrigación de la vagina con miel y bicarbonato de sodio nativo natural. El segundo texto importante, El Papiro de Ebers, contiene la primera referencia a un tapón de hilaza medicado. "Tritúrese con una medida de miel, humedézcase la hilaza con ello y colóquese en la vulva de la mujer[20].

En el año 460 a.c en Grecia, Hipócrates en su tratado “Enfermedades de la mujer”, expresa: “aquella es fértil después de la menstruación, y no antes”, lo que puede ser utilizado para el control del embarazo[21].

---

[18] SANTA BIBLIA. Reina-Valera 1960. Sociedades bíblicas en América Latina; 1960. Génesis 38: 9

[19] CLAVERO, José. Historia evolutiva de la anticoncepción. ANALES RANM [Online]. Real Academia Nacional de Medicina de España; 2018 Sep. 3; 135(01), p. 56-59. [citado el 18 octubre 2020]. doi: ttp://dx.doi.org/10.32440/ar.2018.135.01.rev09.

[20] Ibíd. p. 1.

[21] DÍAZ, Guillermo. Historia de la anticoncepción. Rev Cubana Med Gen Integr [online]. 1995, vol.11, n.2, pp.192-194. [citado el 18 octubre 2020], Disponible en:

El preservativo, es uno de los métodos más antiguos, fue descrito por primera vez en el siglo XVI. Sin embargo, no tuvo difusión hasta 2 siglos después, no sin ser criticado y causar escándalo en diversos medios[22].

A partir de 1898 John Beard, empezó a estudiar el ciclo ovárico y la función del cuerpo amarillo. En 1929 y 1934 se identificaron los estrógenos y la progesterona respectivamente, lográndose así el descubrimiento de potentes compuestos semisintéticos con actividad similar a las hormonas naturales[23].

De otra parte de la historia del Dispositivo intrauterino (DIU) utilizado en la mujer se conoce que fue descubierto por Richard Richter, que en 1.909, ideó un dispositivo intrauterino, un anillo de seda, que fue perfeccionado en 1.929 por Grafen- Berg, quien sustituyó la seda por plata. Pero el DIU no alcanzó divulgación hasta pasados los años 40[24].

En la historia de la anticoncepción se desataca en Estados Unidos la enfermera Margaret Sanger, quien en 1.916 abrió una clínica para el control de la natalidad y en 1.921 fundó la *American Birth Control (hoy la Planned Parenthood),* enfrentándose valientemente a la legislación vigente, por lo que tuvo que refugiarse en Inglaterra para evitar ser

---

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251995000200015&lng=es&nrm=iso ISSN 0864-2125.

[22] LUGONES, Miguel y QUINTANA, Tania. Orígenes de la anticoncepción. Rev Cubana Med Gen Integr. [online]. 1996, vol.12, n.4, pp.399-402. [citado el 18 octubre 2020], Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251996000400012&lng=es&nrm=iso. ISSN 0864-2125.

[23] Ibíd. p. 2

[24] CLAVERO, José. Óp. Cit., p. 57.

encarcelada [25]. Años más tarde en 1960 la píldora anticonceptiva recibió el permiso para ser dispensada y vendida explícitamente como anticonceptivo oral en los Estados Unidos[26].

Después de años de perfeccionamiento, se crearon infinidad de tipos de dispositivos intrauterinos. En 1968 en Estados Unidos, se demostró, por primera vez, las propiedades antifertilizantes del cobre metálico en la cavidad uterina. La "T" y el "7" de cobre son los más conocidos.[27] Según la OMS Se calcula que en 2019 había 1900 millones de mujeres en edad reproductiva (entre 15 y 49 años) en el mundo, de las cuales 1112 millones precisan planificación familiar. De ellas, 842 millones utilizan métodos anticonceptivos y 270 millones tienen necesidades desatendidas en materia de anticoncepción.[28]

2.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A continuación se describen una serie de estudios soportados por evidencia científica que permiten fundamentación empírica de la presente investigación.

Es necesario que los estudios tengan que ver directamente con el fenómeno de investigación, es decir que se describa los resultados de las investigaciones teniendo en cuenta todos los conceptos del MOCAM (edad, uso previo de anticonceptivos, actitudes para CAM, factores socioculturales (compromiso con la religión, nivel socioeconómico)

---

[25] Ibíd. p. 58.

[26] GALÁN, Guillermo. 50 Años de la píldora anticonceptiva. Rev. chil. obstet. ginecol. [Online]. 2010, vol.75, n.4, P.217-220. [citado el 19 octubre 2020]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717- 75262010000400001&lng=es&nrm=iso ISSN 0048-766X. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262010000400001.

[27] LUGONES, Miguel Y QUINTANA, Tania. Óp., cit, p. 400.

[28] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. PLANIFICACION FAMILIAR. Datos y Cifras. [Online]. 22 Junio 2020. [Citado el 29 julio 2021]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception.

barreras y beneficios, influencias interpersonales) que son las variables del estudio y que corresponden a los objetivos específicos del estudio.

Campos, Clara[29] en su investigación de tipo cuantitativo–prospectivo sobre factores biosocioculturales y uso de métodos anticonceptivos en mujeres que acuden al hospital Elpidio Berovidez Pérez, Otuzco 2014, con el objetivo de determinar la relación entre los factores biosocioculturales: edad, estado civil, religión, escolaridad, rol de género con el uso de métodos anticonceptivos en mujeres que acuden al consultorio de obstetricia del Hospital Elpidio Berovidez Pérez, Otuzco 2014. De acuerdo a las variables estudiadas que se asemejan a este estudio encontró que el factor biológico: edad y su relación con el uso de métodos anticonceptivos en mujeres objeto de estudio, indicó que no existe relación entre edad y el uso de métodos anticonceptivos. Sin embargo, entre los factores sociales: religión y estado civil, refleja relación entre el factor social religión y el uso de métodos anticonceptivos; mientras que el estado civil no se relaciona. No obstante, encontramos los factores culturales: escolaridad e influencia de rol de género, indicó que existe relación entre el factor cultural escolaridad y el uso de métodos anticonceptivos; mientras que la influencia de rol de género no se relaciona con el mismo.

En Costa Rica en 2016 Sánchez, Carmen y Leiva, Rolando[30]. Evaluaron factores incidentes en el uso de métodos anticonceptivos en la población adolescente y adulta joven en Costa Rica encontrando que las personas en unión libre y matrimonio (aquellas relaciones percibidas con un mayor nivel de compromiso) tienen porcentajes de uso de anticonceptivos menores a aquellas que se encuentran en relaciones con un menor rango

[29] CAMPOS, Clara. Factores biosocioculturales y uso de métodos anticonceptivos en mujeres que acuden al Hospital Elpidio Berovidez Pérez, Otuzco 2014. [En línea]. Tesis para optar el grado académico de magister en salud pública, Trujillo – Perú 2015. Pub. 2017-11-08. [Citado 29 julio 21]. Disponible en: http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/1784

[30] SÁNCHEZ, Carmen y LEIVA, Rolando. Factores incidentes en el uso de métodos anticonceptivos en la población adolescente y adulta joven en Costa Rica. [Online]. Volumen 14, número 1, artículo 4, julio-diciembre, 2016. [Citado el 29 julio 21]. doi: http://dx.doi.org/10.15517/psm.v14i1.25142 https://www.scielo.sa.cr/pdf/psm/v14n1/1659-0201-psm-14-01-00083.pdf

de formalidad (noviazgo y “andar con alguien”). Con respecto a la escolaridad, las personas que presentan mayores grados académicos tienen mayor probabilidad de uso con respecto a aquellas que solo poseen primaria.

Por otra parte, este estudio indica que la edad de la iniciación sexual no tiene un efecto significativo en el uso de anticonceptivos no se encontró resultados significativos al clasificar la edad de la primera relación sexual en mayor o menor a 16 años. Expone también que una persona que experimente apoyo y sostén económico en su hogar tiene una probabilidad de protección sexual, del mismo modo la educación es un determinante que refleja una relación positiva con la probabilidad de uso de métodos anticonceptivos. Por último, las personas que pertenecen a la zona urbana presentan menor probabilidad de uso de anticonceptivos en relación con los de zona rural.

En Estados Unidos, Lyons, Sophie, et al[31] realizaron un análisis de regresión logística multinomial en 2019 para investiga la relación entre la tensión financiera y el uso de anticonceptivos, centrándose en los efectos diferenciales por grupo de edad. Arrojando como resultado relevante al caso que las mujeres con una alta presión financiera tienen menos probabilidades de usar métodos de acción corta (en comparación con no usar ningún método) en el modelo ajustado. En relación con la falta de uso de anticonceptivos, las mujeres de 18 a 24 años con alta tensión financiera tenían menos probabilidades de usar métodos reversibles de acción prolongada lo que se llevó a concluir que las mujeres jóvenes pueden ser vulnerables al efecto de una alta presión financiera sobre la falta de uso de anticonceptivos.

[31] LYONS, Sophie, et al. Esfuerzo económico y uso de anticonceptivos entre mujeres en los Estados Unidos: efectos diferenciales por edad. [En línea]. Planificación familiar | volumen 29, número 2, p153-160,01 de marzo de 2019. Pub. 02 de febrero de 2019. [Citado el 29 julio 2021]. doi: https://doi.org/10.1016/j.whi.2018.12.006

Por otro lado, en un estudio realizado en la ciudad de México en 2011 por Casique, Irene[32] titulado Conocimiento y uso de anticonceptivos entre los jóvenes mexicanos. El papel del género, el cual buscaba evidenciar el rol que desempeñan las diversas características sociodemográficas de los jóvenes en el conocimiento y uso de anticonceptivos, con particular atención en el papel que juega el género. Donde se pudo evidenciar que el uso de anticonceptivos no muestra asociaciones con la edad promedio en que se iniciaron sexualmente estas jóvenes, en consecuencia a la pertenencia a un estrato socioeconómico medio (incrementa 3.8 veces la razón de probabilidad haber usado anticonceptivos) y un mayor conocimiento sobre los métodos. Por lo tanto, queda clara una asociación positiva entre ser estudiante todavía y el uso de anticonceptivos alguna vez (4.7 veces mayor, en relación con aquellas jóvenes que no estudian), es decir el hecho de estudiar actualmente favorece el uso de anticonceptivos.

Otro hallazgo importante del mismo es el hecho de que las mujeres entre 20 y 24 años de edad incrementan su riesgo de no usar nunca el condón con su pareja, respecto a las jóvenes de 15 a 19 años. No se trata de diferencias en la prevalencia de uso del condón, la cual resulto significativamente más amplia entre las mujeres de 20 a 24 años (17% lo ha usado alguna vez y 44% lo ha usado siempre) que entre las mujeres de 15 a 19 años (sólo 7% lo ha usado alguna vez y 22% lo ha usado siempre), básicamente se trata de factores más sentimentales, “confianza” y “estabilidad”. Esta acción las ubica en una posición más vulnerable a las jóvenes entre 20 y 24 años de edad en cuanto a su riesgo de contraer infecciones transmitidas sexualmente[33].

[32] CASIQUE, Irene. Conocimiento y uso de anticonceptivos entre los jóvenes mexicanos. El papel del género. Estud. demogr. urbanos [Online]. 2011, México, vol.26, n.3 pp.601-637. [citado 29 julio 2021], Disponible en internet: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0186-72102011000300601&script=sci_arttext https://doi.org/10.24201/edu.v26i3.1376

[33] Ibíd. p. 626.

Entre el estudio más reciente encontrado que trae importancia investigativa, es el realizado en la Republica Checa en 2020 por Křepelka, Petr, et al[34], Comportamiento sexual de riesgo y uso de anticonceptivos entre mujeres jóvenes en la República Checa. Este estudio presenta que la edad promedio de coito fue de 16,3 años, que se encuadra en el llamado período normativo de debut sexual (es decir, 15-19 años), sin embargo cabe mencionar que el Coito precoz (< 15 años) se observó en el 36% de las mujeres, lo que quiere decir es que la edad precoz de coito se asoció con otros riesgos factores del comportamiento sexual como el alto nivel acumulativo de número de parejas sexuales, más embarazos no deseados e infecciones transmisión sexual.

En Perú en el mismo año por Mejia, Christian, et al[35], un estudio transversal analítico dirigido a la investigación de factores socioeducativos asociados al no uso de métodos anticonceptivos en universitarias de cuatro países de Latinoamérica, los cuales identificaron que de acuerdo a la religión el ser de religión católica o cristiana, usaban un menor porcentaje de condón (1% menos), método del ritmo (1% menos) y anticoncepción oral (9% menos), pero si usaban mayor porcentaje de anticoncepción oral de emergencia (4% más). Otro variable que es importante mencionar es el de las estudiantes de las universidades particulares las cuales presentaban un mayor uso del método del ritmo y del no uso de alguno de los métodos indagados, lo que podría encontrarse relacionado a un escaso o inadecuado conocimiento de la importancia del uso de los métodos en la vida sexual.

---

[34] KŘEPELKA, Petr, *Et al*. Risky sexual behavior and contraceptive use among young women in the Czech Republic. [Online]. Cent Eur J Public Health. 2020, Mar;28(1):3-12. [Citado el 29 Julio 2021]. Available on the internet: DOI: 10.21101 / cejph.a5823 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32228810/

[35] MEJÍA, Christian, *et al*. Factores socioeducativos asociados al no uso de métodos anticonceptivos en universitarias de cuatro países de Latinoamérica. [Online]. Rev. Chil. obstet. Ginecol. 2020, vol.85, n.3, p.245-254. [Citado el 29 julio 2021]. doi: http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000300245 https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262020000300245&script=sci_arttext&tlng=en

Lima, Perú 2021 De la Cruz[36]. Realizó un estudio descriptivo, observacional, analítico y retrospectivo sobre los factores asociados al uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, el análisis se realizó a 29732 mujeres en edad fértil de 15 a 49 años. En el que se dio a conocer en el análisis multivariado que es de nuestro interés, que las mujeres que residen en el área urbana tienen una mayor razón de prevalencia y, además, tienen 4.6% más probabilidad de usar métodos anticonceptivos que las mujeres que residen en el área rural. Respecto al estado conyugal se evidencia que son las mujeres casadas o convivientes quienes tienen menos prevalencia y 8% más probabilidad de usar métodos anticonceptivos que las mujeres solteras o divorciadas, por consiguiente, en el nivel educativo se obtiene que mujeres con estudios no superiores tiene una menor prevalencia de uso de anticonceptivos que las mujeres con estudios superiores y finalmente se obtuvo que son las mujeres quienes iniciaron su vida sexual después de los 18 años son las que tienen menor prevalencia de usar métodos anticonceptivos que las mujeres que iniciaron su vida sexual antes de la mayoría de edad.

Entre los resultados del análisis multivariante realizado por Yago, Teresa y Tomás, Concepción[37] en 2014 en España sobre variables sociodemográficas relacionadas con embarazos no planificados en jóvenes de 13 a 24 años. Arrojo datos de importancia para este estudio como los siguientes: las mujeres que tienen un nivel de estudio bajo tienen mayor probabilidad de tener un embarazo no deseado, esto nos permite deducir que el uso de métodos anticonceptivo puede ser nulo o limitado y que cuanto mayor es el nivel de estudios menor el riesgo de tener un embarazo no planificado. La edad del primer cuito también resulta de importancia en la investigación ya que lograron analizar que

[36] DE LA CRUZ, Jhony. Factores asociados al uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años según la ENDES 2018. [Online]. Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú 2021. [citado el 29 julio 2021]. Disponible en: http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/3817/MELENDEZ%20ASIPALI.pdf?sequence=1&isAllowed=y

[37] YAGO, Teresa y CONCEPCIÓN, Tomás. Variables sociodemográficas relacionadas con embarazos no planificados en jóvenes de 13 a 24 años. [Online]. Rev Esp Salud Pública 2014; 88:395-406. [Citado el 29 julio 2021]. Disponible en internet: https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v88n3/09_original8.pdf

cuanto menor es su edad en el primer coito mayor es el riesgo de tener un Embarazo no deseado.

En el continente Africano en 2014 Anguzu, Ronald et al[38], realizaron un estudio transversal para evaluar el conocimiento, las actitudes y los factores de las mujeres en edad reproductiva asociados con el uso de los anticonceptivos reversibles de acción prolongada basados en la "Teoría del conocimiento" de Johannes Hessen. Demostrando que la percepción de las decisiones de la pareja masculina influye positivamente en las opciones anticonceptivas de las mujeres, es decir, la actitud de las mujeres de que la elección de la pareja masculina influye en sus decisiones anticonceptivas se asociaron positivamente con el uso actual. Por el contrario, la actitud de las mujeres casadas se asoció negativamente con su uso.

Omotosho, Lateef[39] Nigeria 2019, en su investigación descriptiva sobre la actitud de las mujeres casadas hacia el uso de anticonceptivos en la metrópoli de Ilorin, estado de Kwara., examinó si las variables de edad y nivel educativo influirían en la actitud de las mujeres casadas hacia el uso de anticonceptivos. Los resultados señalan que la actitud de las mujeres casadas hacia el uso de anticonceptivos fue negativa. No hubo diferencias significativas en la actitud de las mujeres casadas hacia el uso de anticonceptivos en función de la edad y el nivel educativo más alto.

---

[38] ANGUZU, Ronald, *Et al*. Knowledge and attitudes towards use of long acting reversible contraceptives among women of reproductive age in Lubaga division, Kampala district, Uganda. [Online]. BMC Res Notes. 2014 Mar 17;7:153. [Citado: 2 octubre 2020]. doi: 10.1186/1756-0500-7-153. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24636154/

[39] OMOTOSHO, Latee. Attitude of married women towards contraceptive use in Ilorin Metropolis, Kwara State, Nigeria. [Online] Afr Health Sci. 2019 Jun;19(2):1875-1880. [Citado el 29 Julio 2021]. Available on: DOI: 10.4314/ahs.v19i2.10. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31656470/

En Jordania en 2015 Bardaweel, SK, et al, [40] evaluaron el conocimiento, la actitud y los patrones de utilización de anticonceptivos orales bajo un estudio descriptivo, proponiendo un nuevo modelo para la evaluación de los factores objeto de estudio, dando como resultado una muestra actitudes positivas hacia la eficacia y seguridad de los anticonceptivos orales. Esta actitud positiva se asoció con aprobación con los patrones de uso. Sin embargo, solo la mitad de las mujeres participantes informaron que sabían cómo usar los anticonceptivos orales.

En Estados Unidos James, Laurie y Broaddus, Michelle[41] realizaron un estudio cualitativo que tenía como propósito examinar las asociaciones de actitudes sobre el uso de anticonceptivos con el uso real, mostrando que el nivel educativo influye significativamente en las actitudes de comunicación con la pareja, traduciéndose de la siguiente manera: son más positivas las actitudes de comunicación entre los que tienen una licenciatura y aquellos con un título inferior a la escuela secundaria, mientras que son más negativas entre los que viven en pueblos pequeños y áreas rurales. Modificando así la conducta anticonceptiva positiva o negativa en cuanto al nivel de educación.

En el 2018 en Paquistán, Memona. F y Jonker. L[42] realizaron un estudio descriptivo "Nivel educativo y planificación familiar entre las mujeres paquistaníes: un estudio

[40] BARDAWEEL, Sanaa; AKOUR, Amal Y KILANI, Maria. Current knowledge, attitude, and patterns of oral contraceptives utilization among women in Jordan. [Online].BMC Womens Health. 2015 Dec 14; 15:117. [Citado el 2 octubre 2020]. Available on the internet: doi: 10.1186/s12905-015-0275-1 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26654875/

[41] JAMES, Laurie y BROADDUS, Michelle. The association of attitudes about contraceptives with contraceptive use in a random sample of Colorado women. [Online]. En: THE SOCIAL SCIENCE JOURNAL. June 2016.vol. 53, no. 2, p. 167-173. [Citado el 10 octubre 2020]. Available on: doi: https://doi.org/10.1016/j.soscij.2016.03.001

[42] MEMON, F. y JONKER, L. Educational level and family planning among Pakistani women: A prospective explorative knowledge, attitude and practice study. [Online]. En: MIDDLE EAST FERTILITY SOCIETY JOURNAL. December 2018.vol. 23, no. 4, p. 464-467. [Citado el 10 octubre 20] Available on: doi: https://doi.org/10.1016/j.mefs.2018.01.011

exploratorio prospectivo de conocimientos, actitudes y prácticas" con el objetivo de describir y evaluar la situación actual en torno al rol que tienen las mujeres paquistaníes en las decisiones de planificación familiar y anticoncepción, y explorar si el nivel de educación influye en dicho rol. El estudio respaldaría que un mayor nivel de educación puede mejorar la actitud y el dialogo frente a la planificación familiar, como lo demuestran las tasas más altas de decisiones conjuntas sobre el tamaño de la familia entre los que asistieron a la educación superior. La mejora de los niveles de educación también puede influir positivamente en los ingresos.

2.3 MARCO TEÓRICO

El marco teórico del presente estudio esta soportado en el Modelo de conducta anticonceptiva en mujeres jóvenes (MOCAM)[43] desarrollado por enfermeras mexicanas, con el propósito de ofrecer un sustento teórico para la investigación, la práctica y el desarrollo de la profesión y permitir el desarrollo de intervenciones efectivas en salud. A continuación se presenta el origen, los conceptos y proposiciones teóricas y la utilidad del MOCAM en la práctica y la investigación.

2.3.1 Origen del MOCAM. El MOCAM fue desarrollado por Caudillo et al., como una teoría de situación específica de enfermería publicada en el 2018. Las autoras del MOCAM utilizaron la estrategia de derivación de teoría propuesta por Walker y Avant, con el objetivo de desarrollar una nueva teoría permitiera la interpretación de la conducta anticonceptiva en mujeres jóvenes.

Caudillo et al., declaran que el origen del MOCAM surge a partir del Modelo Promoción de la Salud (MPS) de Nola Pender, una teoría de rango medio ampliamente utilizada por enfermería, que puede ser adaptada a situaciones específicas, teniendo en cuenta que

[43] CAUDILLO, Lucia, *et al*. Óp. Cit., p. 52-56.

el MPS considera diversos componentes desde la experiencia previa, aspectos personales, psicológicos, sociales, interpersonales, situacionales, cogniciones y la conducta promotora, que en conjunto pueden dar una idea holística de la conducta anticonceptiva en mujeres[44].

Las autoras del MOCAM tomaron como guía el MPS para explorar los complejos procesos biopsicosociales que motivan a los individuos a controlar sus conductas hacia la mejora de su salud, teniendo en cuenta tres aspectos: características individuales y experiencias, cogniciones conductuales específicas y afecto y el resultado conductual; que se relacionan hasta tener como resultado la conducta promotora de salud[45].

Del mismo modo que el MPS el MOCAN considera diversos componentes desde la experiencia previa, aspectos personales, psicológicos, sociales, interpersonales, situacionales, cogniciones y la conducta anticonceptiva, que en conjunto pueden dar una idea holística de la conducta anticonceptiva en mujeres jóvenes.

2.3.2 Conceptos principales del MOCAM. El MOCAM contiene tres grandes aspectos que se relacionan hasta tener como resultado la conducta promotora de salud, los cuales son características individuales y experiencias, cogniciones y afectos específicos de la conducta y el resultado conductual que hace referencia a la conducta anticonceptiva[46].

El MOCAM propone 12 conceptos que intentan explicar la conducta anticonceptiva en mujeres, agrupados en tres bloques que se derivan de los tres bloques del MPS: características individuales y experiencias, cogniciones y efectos específicos de la conducta y el resultado conductual. Las características individuales y experiencias, que

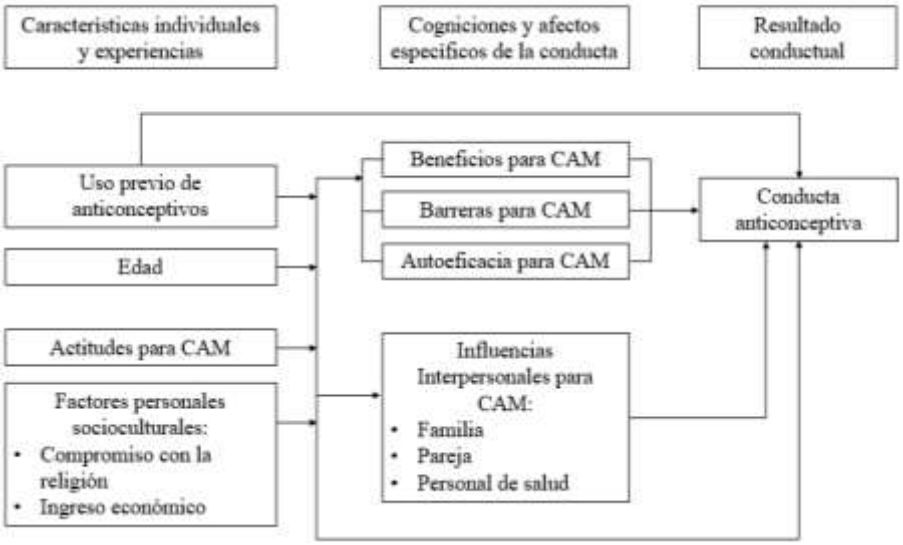
[44] Ibíd. p. 53.

[45] Ibíd. p. 53.

[46] Ibíd. p. 53.

incluyen en la conducta anticonceptiva incluye 4 conceptos: uso previo de anticonceptivos, la edad, las actitudes para la CAM y el compromiso con la religión que[47], tal como se muestra en la figura 1 que se presenta a continuación

Figura 1. Modelo de conducta anticonceptiva en mujeres (MOCAM)



CAUDILLO, Lucía et al. Modelo de conducta anticonceptiva en mujeres jóvenes: Teoría de Situación Específica. Índex Enferm [online]. 2018, vol.27, n.1-2 [citado 2021-03-07], pp.52-56.

- **Uso previo de anticonceptivos:** se define como el número de métodos utilizados, para reforzar la conducta anticonceptiva.

- **Edad:** es el tiempo que ha vivido una persona.

- **Actitudes para la CAM:** Es la evaluación positiva o negativa de la mujer hacia el uso de los métodos anticonceptivos. El indicador empírico de este concepto es la Escala de actitudes para la conducta anticonceptiva.

[47] Ibíd. p. 55.

- **Compromiso con la religión:** Es el grado en el cual una persona se adhiere a sus valores, creencias y prácticas religiosas y además las usa en la vida diaria. El indicador empírico de este concepto es la Escala corta de compromiso con la religión.

Las cogniciones y afectos específicos de la conducta incluye 5 conceptos que son: beneficios para la CAM, barreras para la CAM, autoeficacia para la CAM, influencias interpersonales en la familia e influencias interpersonales en la pareja, que se definen a continuación[48].

- **Beneficios para la CAM:** son las percepciones de las consecuencias positivas de usar métodos anticonceptivos. El indicador empírico de este concepto es la Escala beneficios para la anticoncepción.

- **Barreras para la CAM:** es la percepción de obstáculos, dificultades, así como complicaciones de usar métodos anticonceptivos. El indicador empírico de este concepto es la Escala barreras para la anticoncepción.

- **Autoeficacia para la CAM:** es la capacidad percibida de la mujer de que puede usar métodos anticonceptivos. El indicador empírico de este concepto es la Escala de autoeficacia para la CAM.

- **Influencias interpersonales familia.** Es el apoyo que percibe una mujer por parte de los miembros de la familia para la conducta anticonceptiva. El indicador empírico de este concepto es Escala de provisión para la anticoncepción

- **Influencias interpersonales pareja**. Es el apoyo percibido por parte de la pareja para la conducta anticonceptiva. El indicador empírico de este concepto es Escala de provisión para la anticoncepción

[48] Ibíd. p. 55.

- **Influencias interpersonales personal de salud**. Es el apoyo percibido por parte del personal de salud (médicos, enfermeras, etc.) para la conducta anticonceptiva. El indicador empírico de este concepto es Escala de provisión para la anticoncepción

- **Demanda insatisfecha de anticonceptivos.** Es la dificultad de acceso a los MA, ya sea por accesibilidad, o distribución.

En el tercer bloque se encuentra el resultado conductual, que incluye la conducta promotora de salud, para el modelo propuesta se considera la conducta anticonceptiva, la cual se define a continuación.

- **Conducta anticonceptiva:** Se define como el uso correcto y sostenido de los MA. El indicador empírico de este concepto es la Escala de conducta anticonceptiva[49].

2.3.3 Proposiciones teóricas. Las proposiciones teóricas del MPS fueron adaptadas de manera resumida de acuerdo a la conducta anticonceptiva en mujeres, integrando en el MOCAM 6 proposiciones, que se presentan a continuación[50]

- El uso previo de anticonceptivos influye en la conducta anticonceptiva, en los beneficios percibidos para la conducta anticonceptiva en mujeres, en las barreras percibidas para la conducta anticonceptiva en mujeres, la autoeficacia percibida para la conducta anticonceptiva en mujeres, las influencias interpersonales (familia, pareja y personal de salud) para la conducta anticonceptiva en mujeres y la demanda insatisfecha.

[49] Ibíd. p. 55.

[50] Ibíd. p. 54-55.

- La edad, las actitudes para la conducta anticonceptiva en mujeres, el compromiso religioso e ingreso económico influyen en la conducta anticonceptiva.
- La edad, las actitudes para la conducta anticonceptiva en mujeres, el compromiso religioso e ingreso económico influyen en los beneficios percibidos para la conducta anticonceptiva en mujeres, barreras para la conducta anticonceptiva en mujeres y autoeficacia para la conducta anticonceptiva en mujeres.
- La edad, las actitudes para la conducta anticonceptiva en mujeres, el compromiso religioso e ingreso económico, influyen en las influencias interpersonales (familia, pareja y personal de salud) para la conducta anticonceptiva en mujeres y la demanda insatisfecha.
- Los beneficios para la conducta anticonceptiva en mujeres, barreras para la conducta anticonceptiva en mujeres y la autoeficacia para la conducta anticonceptiva en mujeres influyen en la conducta anticonceptiva.
- Las influencias interpersonales (familia, pareja y personales de salud) para la conducta anticonceptiva en mujeres y la demanda insatisfecha, influyen en la conducta anticonceptiva.

2.4 MARCO CONCEPTUAL

2.4.1 Conducta anticonceptiva. Según el MOCAN la conducta anticonceptiva se define como el uso correcto y sostenido de los métodos anticonceptivos[51].

2.4.2 Métodos de anticoncepción. Son métodos o procedimientos que evitan o previenen los embarazos en mujeres o parejas sexualmente activas[52].

[51] Ibíd. p. 55.

[52] MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA. MINSALUD. Resolución número 3280 de 2018. [Online]. P. 182 [Citado el 18 octubre 2020]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf

2.4.3 Actitudes para la CAM. Es la evaluación positiva o negativa de la mujer hacia el uso de los métodos anticonceptivos. El indicador empírico de este concepto es la Escala de actitudes para la conducta anticonceptiva[53].

2.4.4 Compromiso con la religión. Es el grado en el cual una persona se adhiere a sus valores, creencias y prácticas religiosas y además las usa en la vida diaria. El indicador empírico de este concepto es la Escala corta de compromiso con la religión[54].

2.4.5 Mujer joven. Según el MOCAN se considera mujer joven a toda aquella que se encuentre en el rango de edad entre 18 a 24 años[55].

2.4.6 Comunidades afrocolombianas. En la Constitución Política de Colombia de 1991 se reconoce a las comunidades afrocolombianas como pueblo con un conjunto de derechos colectivos, que forma parte de la diversidad étnica y cultural de la Nación, por primera vez reconocida constitucionalmente[56].

2.4.7. Afrocolombiano (a). Término con el que se ha pretendido el reconocimiento del valor cultural y étnico de estas comunidades con huellas de africanía[57].

---

[53] CAUDILLO, Lucia, *et al.* Op. cit., p. 55.

[54] Ibíd. p. 55.

[55] Ibíd. p. 55.

[56] REPÚBLICA DE COLOMBIA. Constitución Política de Colombia de 1991. [Online]. [Citado el 17 marzo 2021]. Disponible en: https://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Colombia/colombia91.pdf

[57] REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE CULTURA. Afrocolombianos población con huellas de africanía. [Online]. p. 1-2. [Citado el 17 marzo 2021]. Disponible en: https://www.mincultura.gov.co/areas/poblaciones/comunidades-negras-afrocolombianas-raizales-y-palenqueras/Documents/Caracterizaci%C3%B3n%20comunidades%20negras%20y%20afrocolombianas.pdf

2.5 MARCO LEGAL

Entre las leyes que sustentan el marco legal de esta investigación se encuentran las que reglamentan o regulan la sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos y la planificación familiar y anticoncepción en Colombia, que se presentan a continuación.

La Constitución Política de Colombia 1991[58], en el artículo 49 se establece que la atención en salud es un servicio público por lo cual se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

La Ley 100 de 1993[59], en el artículo 165 reglamenta que el Ministerio de Salud definirá un plan de atención básica que complemente las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud, gratuitas y obligatorias en el cual se integran intervenciones dirigidas a los individuos y colectivos entre las que se encuentra la planificación familiar.

Ley 823 de 2003[60] Por la cual se dictan normas sobre igualdad de oportunidades para las mujeres, en el artículo 60 establece que el Gobierno de Colombia ejecutará acciones orientadas a mejorar e incrementar el acceso de las mujeres a los servicios de salud integral, inclusive de salud sexual y reproductiva. Así mismo, el Gobierno diseñará y ejecutará programas: a) Para dar información responsable de la capacidad reproductiva

---

[58] REPÚBLICA DE COLOMBIA. Constitución Política de Colombia de 1991. Op. Cit., Artículo 165.

[59] MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA. Ley número 100 de 1993. [En línea]. Diciembre 23. [Citado el 19 octubre 2020]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf

[60] MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA. LEY 823 DE 2003. [Online]. Diario Oficial No. 45.245, de 11 de julio de 2003. [Citado el 19 octubre 2020].Disponible en: http://www.ilo.org/dyn/travail/docs/1492/LEY%20823%20DE%202003.pdf

de la mujer, y b) Para preventivamente reducir las tasas de morbilidad y mortalidad femenina relacionadas con la salud sexual y reproductiva, salud mental y discapacidad.

La Resolución 3280 de 2018[61], en el literal II establece las directrices de obligatorio cumplimiento para la operación de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud, contemplando en el numeral 13 la atención para la planificación y la anticoncepción, donde se establecen todos los objetivos, la población objeto y todas los lineamientos para la atención y asistencia en la prestación de este servicio.

[61] MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA. Resolución número 3280 de 2018. [Online]. P. 180 de 348 – 2 AGO 2018. [Citado el 19 octubre 2020]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un diseño descriptivo correlacional. De acuerdo con Grove y Gray[62] el objetivo de un diseño correlacional descriptivo es describir las variables y analizar la relación entre dos o más variables en un único grupo de estudio. De acuerdo a lo anterior el estudio describe las variables de interés y analiza las relaciones entre la variable independen diente Conducta anticonceptiva y los factores relacionados con las características individuales y las experiencias relacionadas de las mujeres jóvenes afrocolombianas de un Municipio de Córdoba, con el fin de interpretar su significado a la luz de la TSE MOCAM.

3.2 ESCENARIO DE ESTUDIO

La investigación se llevó a cabo en la zona urbana de un municipio del Departamento de Córdoba localizado a orillas del mar caribe, clasificado entre uno de los municipios más pequeños del Departamento. Su población empezó por pescadores de la etnia negra y actualmente la mayoría de habitantes son descendientes de la etnia negra, por tanto su cultura predominante es afrocolombiana.

3.3 POBLACIÓN

La población de estudio estuvo conformada por 437 mujeres jóvenes afrocolombianas en edades de 18 a 24 años pertenecientes a una comunidad afrocolombiana residentes en la zona urbana de un municipio del Departamento de Córdoba, según reporte de la oficina

[62] GROVE, Susan; GRAY, Jenifer y BURNS, Nancy. Investigación en Enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. 6 Ed. ELSEVIER. España 2016. ISBN 978-84-9113-011-6. Disponible en:https://www.edicionesjournal.com/Papel/9788491130116/Investigaci%C3%B3n+En+Enfermer%C3%ADa++Desarrollo+De+La+Pr%C3%A1ctica+Enfermera+Basada+En+La+Evidencia.

del Sistema de identificación de potenciales beneficiarios de programas sociales (SISBEN) 2020, del municipio escenario de estudio.

3.4 MUESTRA

3.4.1 Cálculo de la muestra. Del total de población entre la edad correspondiente (N=437), se tomó una muestra de 203 mujeres jóvenes afrocolombianas, calculada con un nivel de confianza de 95% (Z: 1.96), un margen de error (intervalo de confianza) del 5% (d =0,05) y una probabilidad de 0,5 (p=0,5 q=0,5) utilizando la fórmula matemática establecida para el cálculo de tamaño de muestra para poblaciones finitas que se muestra a continuación.

Formula

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{d^2 * (N-1) + Z^2 * p * q}$$

En donde

N= Tamaño de la población

Z = nivel de confianza,

p = probabilidad de éxito, o proporción esperada

q = probabilidad de fracaso

d = precisión (error máximo admisible en términos de proporción)

3.4.2 Tipo de muestreo. Se realizó un muestreo no probabilístico por bola de nieve que se utiliza cuando los participantes potenciales son difíciles de encontrar por parte del investigador y en el que se identifican participantes claves que se agregan a la muestra y se les pregunta si conocen a otras personas que puedan ser incluidas en el estudio y una vez contactados si aceptan participar son incluidos en la muestra.

3.4.3 Unidad de análisis. Mujeres jóvenes pertenecientes a la etnia afrocolombiana, entre las edades de 18 a 24 años que residentes del municipio, que decidan participar voluntariamente y responder todos los formatos.

3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

3.5.1 criterios de inclusión

- Ser mujer pertenecientes a la comunidad afrocolombiana
- Edad 18 a 24 años.
- Que hayan tenido relaciones sexuales
- Con o sin pareja actual.
- Que haya usado alguna vez en su vida algún método anticonceptivo
- Accesibilidad a red social o internet.

3.5.2 Criterios de exclusión

- Mujeres jóvenes con método anticonceptivo definitivo (oclusión tubárica bilitarel) o con dispositivo intrauterino de cobre.
- Mujeres jóvenes con diagnóstico de infertilidad y/o esterilidad.

3.6 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

3.6.1 Fuentes de información. La información se recolecto a través de una fuente primaria. Se obtuvieron los datos directamente de los sujetos de estudio por medio de la aplicación de instrumentos para la recolección de la información.

3.6.2 Instrumentos para la recolección de la información. Para la recolección información se utilizaron cuatro instrumentos para medir las variables del estudio en formato electrónico: ficha de datos sociodemográficos y características individuales de la muestra, escala de actitudes para la conducta anticonceptiva en mujeres, escala corta compromiso con la religión, y escala de conducta anticonceptiva.

3.6.2.1 Ficha de datos sociodemográficos y características individuales de la muestra. Diseñado por grupo investigador teniendo en cuenta las características individuales que influyen en la conducta anticonceptiva según el MOCAM[63], incluye las siguientes variables: edad, nivel educativo, nivel socioeconómico, ocupación, estado civil, número de hijos y el uso previo de los métodos anticonceptivos. Anexo (A)

3.6.2.2 Escala de actitudes para la conducta anticonceptiva en mujeres. Es una escala que permite medir las actitudes hacia los métodos anticonceptivos en general. Consta de 21 ítems 11 positivos y 10 negativos, las respuestas indican el grado de acuerdo o desacuerdo que se tiene en cada uno de los ítems, con cinco pociones de respuesta (1 =muy de acuerdo, 2=de acuerdo, 3=indeciso, 4=desacuerdo, 5=muy en desacuerdo) El rango de puntaje va de 21 a 105. Se suma el puntaje de todos los ítems para obtener el total, puntajes bajos indican actitudes positivas y puntajes altos indican actitudes negativas[64] (Anexo B).

---

[63] CAUDILLO, Lucia, *et al.* Op. cit., p. 57.

[64] Ibíd. p. 58.

La confiabilidad de los 21 ítems fue medida obteniéndose una (r =.88, p<.001). La confiabilidad interna fue medida por la correlación de todos los ítems (rango de 0,26 a 0,68). La validación se hizo por medio de expertos, y posteriormente se comparó con otras escalas.

3.6.2.3 Escala corta compromiso con la religión. Es una escala tipo Likert que consta de 10 ítems que nos permite evaluar el grado de compromiso con la religión. Las opciones de respuestas van desde 1 = no totalmente verdadero, 2=algo verdadero, 3=completamente verdadero, muy verdadero y 5 = totalmente verdadero. Con un rango de puntuación que van de 10 a 50, donde a menor puntaje menor compromiso con la religión y a mayor puntaje mayor compromiso con la religión. Véase (Anexo C)
La validación fue por análisis factorial donde se reporta un Alpha de Cronbach de 0,93. El compromiso religioso se relacionó significativamente con las actividades religiosas frecuentes (r=154, p<0,001), un Te –retest realizado a los 5 meses mostró confiabilidad (r=0,84; p<0,001).

3.6.2.4 Escala de conducta anticonceptiva. Es una escala tipo Likert tiene como objetivo evaluar la conducta anticonceptiva en cuatro principales dimensiones principales: Decidir sobre el uso de anticonceptivos, eligiendo el método, uso sostenido y correcto y tener un método preferido. Consta de 5 ítems, con 5 opciones de respuestas van de 0=no corresponde, 1=casi no corresponde, 2=corresponde algo, 3=casi corresponde y 4=corresponde totalmente. El total del puntaje va de 0 a 20, entre más alto sea el puntaje, mejor es la comprensión de la conducta anticonceptiva[65]. Esta escala fue validada por un análisis factorial exploratorio y confirmatorio y se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.81. Véase (Anexo D).

[65] Ibíd. p. 58.

3.6.3 Procedimiento. La información fue recolectada por el grupo de investigación vía virtual durante los meses de marzo y abril del 2021. Los 4 instrumentos utilizados para la recolección de la información fueron ingresados en un formulario de *Google*; creando así un formulario único para diligenciar en formato virtual (https://forms.gle/82AjT1Yj8wPmcDpG9). Este mismo fue enviado a los sujetos de estudio a través de las redes sociales (*Facebook,* correo electrónico, *WhatsApp*) para su diligenciamiento previo consentimiento informado.

El diseño del formulario web en Google consta de cinco secciones: la primera presenta el título de la investigación "Factores relacionados con la conducta anticonceptivos en mujeres jóvenes afrocolombianas" y el consentimiento informado; la segunda sección contiene la escala de características individuales donde incluyen las variables : edad, nivel educativo, nivel socioeconómico, ocupación, estado civil, número de hijos y el uso previo de los métodos anticonceptivos (Da opción y mención a una variedad de métodos anticonceptivos).

En la tercera sección se encuentra la Escala de actitudes para la conducta anticonceptiva en mujeres, que consta de 21 preguntas, las respuestas indican el grado de acuerdo o desacuerdo que se tiene en cada uno de los ítems. La cuarta sección, contiene la Escala corta compromiso con la religión que consta de 10 ítems con 5 opciones de respuesta. La quinta y última sección incluye la Escala de conducta anticonceptiva que consta de ítems 5 ítems con 5 opciones de respuesta.

3.7 ANÁLISIS DE LOS DATOS

La información fue organizada y tabulada en una base de datos diseñada por el grupo investigador en una hoja de cálculo desarrollada en el Programa Microsoft Excel Office 2016 y analizada en el *Software* estadístico IBM SPSS *Statistics* (del inglés *Statistical Package for Social Sciences*) versión 10 pro para *Windows* 2019, de acceso gratis en versión de prueba.

El análisis estadístico se realizó aplicando la estadística descriptiva, calculando distribuciones de frecuencia absoluta y relativa para las variables categóricas y para las variables cuantitativas medidas de tendencia central. Para la presentación de los datos de las características de la muestra se realizaron tablas de frecuencia y gráficos.

Teniendo en cuenta que en la prueba de normalidad invariante de las variables de interés (edad, actitud anticonceptiva, compromiso con la religión y conducta anticonceptiva) realizada a través de la prueba de normalidad Shapiro-Wilk, se puedo determinar que los datos no provienen de una distribución normal ($p<0.05$) se utilizó el coeficiente de correlación de *Spearman (Rho* de *Spearman)* para determinar la correlación entre variables, dada la no normalidad de los datos. Además, se utilizó la correlación biserial puntal para la variable uso previo MA (discreta binaria) y la conducta anticonceptiva (continua).

Los valores de las correlaciones los pueden comparar con la siguiente tabla para analizar el grado de correlación existente.

$r = 1$	Correlación perfecta
$0.8 < r < 1$	Correlación muy alta
$0.6 < r < 0.8$	Correlación alta
$0.4 < r < 0.6$	Correlación moderada
$0.2 < r < 0.4$	Correlación baja
$0 < r < 0.2$	Correlación muy baja
$r = 0$	Correlación nula

3.8 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

En el presente estudio se toma en cuenta los aspectos éticos, legales perteneciente a la investigación en salud y el ejercicio del profesional de enfermería en Colombia, dictados en la Ley 911 de 2004[66] y Resolución número 8430 de 1993[67].

3.9.1 Principios éticos. El presente estudio le otorgará al sujeto de estudio respeto, protección de sus derechos y bienestar. A través de la transferencia de información detallada acerca de los objetivos del mismo, del mismo modo dejar en claro la usencia de riesgos o daño dando así cumplimiento a los principios de justicia, beneficencia - no maleficencia.

Igualmente se dio cumplimiento a la confidencialidad y privacidad, la identidad de los participantes será protegida, mediante la utilización de códigos para el registro de la información, para efectuar las mediciones estadísticas, el análisis y manejo de la información.

La información se mantuvo bajo estricta confidencialidad, se conservará por dos años y solo estará disponible para fines investigativos que contribuyan a ampliar el conocimiento científico del fenómeno de estudio para el beneficio de las mujeres jóvenes.

---

[66] EL CONGRESO DE COLOMBIA. LEY 911 DE 2004 (Octubre 5). Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. Se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. [Online]. Diario Oficial No. 45.693 de 6 de octubre de 2004. [Citado el 6 noviembre 2020]. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf

[67] REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. RESOLUCIÓN NÚMERO 8430 DE 1993 (Octubre 4). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. [Online]. [Citado el 6 noviembre 2020]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF

3.9.2 Tipo de riesgo. En concordancia con la Resolución 8430 de 1993, el tipo de riesgo del presente estudio se clasifica en la categoría investigación sin riesgo teniendo en cuenta que se emplearán técnicas y métodos de investigación documental y que no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada de las variables de los individuos que participaron en el estudio.

3.9.3 Consentimiento informado. La investigación contó con la aceptación del Comité de currículo del Programa de Enfermería y el consentimiento informado individual escrito para cada uno de los participantes (Anexo E).

4. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA.

La tabla 1 se puede observar, que el promedio de edad en la muestra fue de 21 años [DE=2], las edad mínima fue 18 años y la máxima 24 años. Del total de mujeres un 71,4% tiene vida sexual activa y un 73,9% manifestaron no haber tenido hijos.

Tabla 1. Características de la muestra (n=203): edad, vida sexual y fecundidad

VARIABLES	MEDIA (DE)
Edad (años)	
- Mínima: 18 - Máxima: 24 - Moda: 21 - Mediana: 18	21 [2,0]
Inicio de vida sexual (años)	
- Mínima: 13 - Máxima: 24 - Moda: 17 - Mediana:17	17 [1,78]
Vida sexual activa	
- Si	145 (71,4%)
- No	58 (28,6%)
Número de hijos	
- 0	150 (73,9%)
- 1	47 (23,2%)
- 2	4 (2,0%)
- 3	2 (1,0%)

Frecuencia (%). Desviación estándar [DE].
Fuente. Autoría propia

Los resultados se ajustan al criterio de inclusión ser mujeres jóvenes y permiten analizar que en este grupo se registra baja fecundidad, el resultado es coherente con los datos reportados por el DANE[68] que informó que Colombia ha sido considerado uno de los países latinoamericanos más exitosos en lograr un descenso rápido de fecundidad, según datos reportados el mayor número de nacimientos en 2019 según la edad de la madre se da en el grupo de 20 a 24 años. Así mismo de acuerdo con el Ministerio de salud y protección social[69] a esta edad no se registran tasas altas de embarazo.

En inicio de la vida sexual se halló una media de 16,95 años con una desviación estándar de (1,786), La edad máxima fue 24 años y la mínima 13 años. Los resultados indican que el inicio de la vida sexual se dio antes de la mayoría de edad, pese a que en el Código Penal Colombiano se establecen las medidas y normas para evitar el abuso sexual de un menor de edad.

Los resultados son similares a los reportados por Valencia y Canaval[70] en su estudio "Factores que predisponen, facilitan y refuerzan el uso del preservativo en jóvenes universitarios de Cali, Colombia" que encontró que la edad de inicio de las relaciones sexuales en esta población fue de16 años, por encima del promedio nacional que es de 14 años (ENDS 2011)[71]. Así mismo el resultado obtenido en este estudio es similar al

---

[68] DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. DANE. Op. Cit., p. 1.

[69] MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Ciclo de Vida. [Online]. lunes, 2 de agosto de 2021. [Citado el 2 agosto 2021]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx

[70] VALENCIA, Claudia y CANAVAL, Gladys. Factores que predisponen, facilitan y refuerzan el uso del preservativo en jóvenes universitarios de Cali, Colombia. [Online]. Revista de salud pública. Colombia. Volumen 14 (5), Octubre 2012. [citado 2 agosto 2021]. Disponible en : https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsap/v14n5/v14n5a08.pdf

[71] BIMBELA, JL y GÓMEZ, C. Sida y comportamientos preventivos: El modelo precede. [Online]. Revista de Psicología General y Aplicada.1994; 47 (2): 151-157. [citada el 2 agosto 2021]. Disponible en: file:///C:/Users/Hewlett-Packard/Downloads/Dialnet-SIDAYComportamientosPreventivos-2384739.pdf

reportado por Casique[72] en su estudio “Conocimiento y uso de anticonceptivos entre los jóvenes mexicanos. El papel del género”, donde la edad promedio en que se iniciaron sexualmente las jóvenes fue de 17.4 años.

La tabla 2 muestra las características de la muestra, de acuerdo a las variables sociodemográficas.

Tabla 2. Características sociodemográficas de la muestra.

VARIABLES	FRECUENCIA (%)
Nivel educativo	
- Analfabeta	2 (1%)
- Primaria incompleta	1 (0,5%)
- Primaria completa	2 (1%)
- Secundaria incompleta	9 (4,4%)
- Secundaria completa	56 (27,6%)
- Técnico	59 (29,1%)
- Tecnólogo	7 (3,4%)
- Universitario	67 (33%)
Sisbén	
- Nivel 1	159 (78,3%)
- Nivel 2	34 (16,7%)
- Nivel 3	8 (3,9%)
- Nivel 4	2 (1%)
Ocupación	
- Estudiante	109 (53,7%)
- Empleada	25 (12,3%)
- Trabajo independiente	37 (18,2%)
- Ninguno	32 (15,8%)
Ingresos mensuales	
- Menor de SMMLV	168 (82,8%)
- Igual a SMMLV	17 (8,4%)
- Mayor de SMMLV	18 (8,9%)

Fuente: Autoría propia

[72] CASIQUE, Irene. Op. cit., p. 617.

El nivel educativo más frecuente en el grupo de mujeres jóvenes fue estudiante universitario (33%) seguido del nivel técnico (29,1%) y secundaria completa (27,6%) lo que indica un nivel educativo alto según edad y que acorde con la clasificación del sistema educativo en Colombia corresponde a educación básica secundaria y educación superior.

En lo que respecta al nivel del Sisbén, el más frecuente fue el nivel 1 con el 78,3% seguido del nivel 2 (16,7) la mayor parte de las mujeres jóvenes son reconocidas por el Estado por las necesidades y pocas capacidades de los hogares y con base en esto, beneficiarias de los programas sociales y con acceso a determinados beneficios.

En cuanto a la ocupación la mayor parte es estudiante con un (53,7%) sólo un 30,5% trabaja de forma independiente con (18,2%) o como empleada (15,8%). Frente a lo anterior lleva a considerar que las participantes en su mayoría son estudiantes, viven aún con sus padres y dependen en la mayor parte de los ingresos económicos de la familia, donde los ingresos mensuales más frecuentes se encuentra en menos del salario mínimo legal vigente (82,8%) lo cual es coherente con el nivel del Sisbén reportado anteriormente.

Los resultados son similares a los reportados por Memona F y Jonker L[73] en un estudio que describe y evalúa el rol que tienen las mujeres paquistaníes en las decisiones de planificación familiar y anticoncepción. El estudio respaldaría que un mayor nivel de educación puede mejorar la actitud y el dialogo frente a la planificación familiar, así mismo la mejora de los niveles de educación también puede influir positivamente en los ingresos.

[73] MEMON, F. y JONKER, L. Óp. cit., p. 464.

La tabla 3 que se presenta a continuación permite analizar que la muestra se caracterizó por ser mujeres jóvenes solteras (71,9%) con uso previo de anticonceptivos (98%) lo que indica que la mayor parte de las relaciones de pareja pudieran ser ocasionales ya que prevaleció la vida sexual activa (71,4%) como se reportó anteriormente.

Tabla 3. Características de la muestra: estado civil y uso de anticonceptivos.

VARIABLES	FRECUENCIA (%)
Estado civil	
- Soltera	146 (71,9%)
- Casada	8 (3,9%)
- Separada	2 (1%)
- Unión libre	47 (23%)
- Viuda	0 (0%)
Uso previo	
- Si	199 (98%)
- No	4 (2%)
Método anticonceptivo usado	
- Preservativo masculino	89 (43,8%)
- Preservativo femenino	6 (3%)
- DIU	6 (3%)
- Píldoras anticonceptivas	72 (35,5%)
- Inyecciones anticonceptivas	81 (39,9%)
- Coito interrumpido	16 (7,9%)
- Método de ritmo	14 (6,9%)
- Anillo vaginal	1 (0,5%)
- *Postday*	40 (19,7%)
- Temperatura basal	2 (1%)
- Implante subdérmico	18 (8,9%)

Fuente: autoría propia

Entre los métodos anticonceptivos más usados en las mujeres jóvenes encuestadas se encuentran en primer lugar el preservativo masculino (43,8%) y las inyecciones anticonceptivas (39,9%), píldoras anticonceptivas (35,5%). Los métodos anticonceptivos de barrera como el preservativo masculino (condón) tienen una eficacia anticonceptiva que oscila entre el 85% y 93% y tienen la ventaja añadida de que previenen la transmisión de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Los métodos hormonales, los cuales son altamente efectivos, su eficacia es del 98%[74].

Teniendo en cuenta que la mayor parte de las mujeres jóvenes reportaron ser sexualmente activas y que de igual forma la mayoría utiliza como método anticonceptivo el preservativo masculino, lleva a considerar que posiblemente los derechos sexuales y reproductivos son tenidos en cuenta y son concertados por la pareja, con el fin de tener relaciones sexuales seguras para prevenir un embarazo no deseado.

4.2 CONDUCTA ANTICONCEPTIVA EN MUJERES JÓVENES AFROCOLOMBIANAS

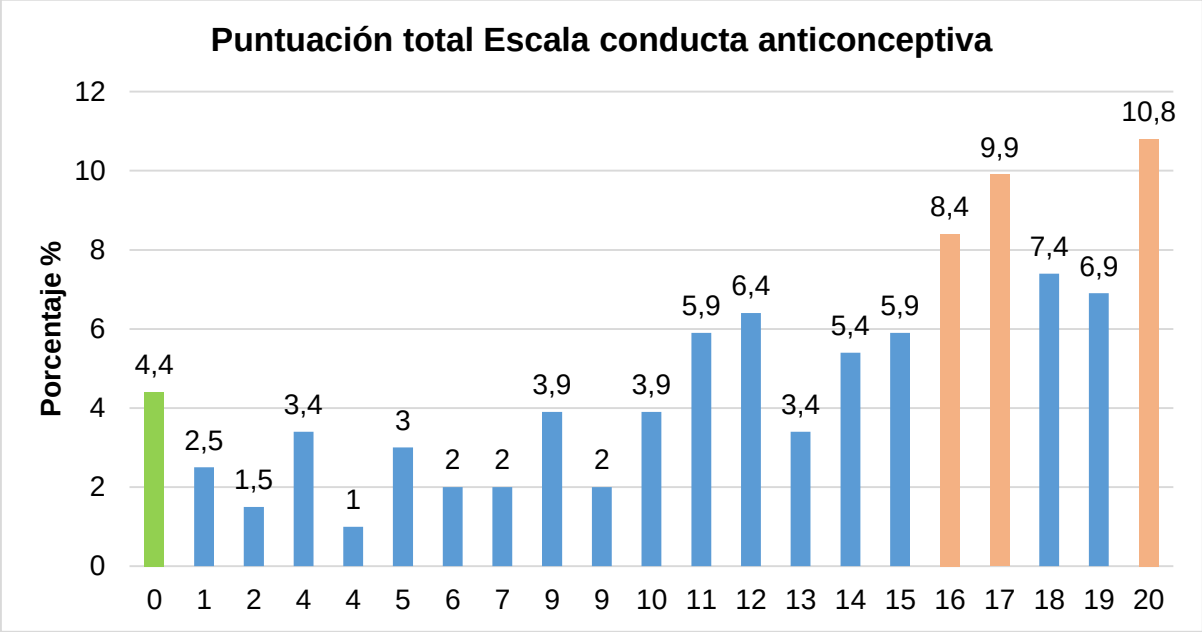
En este estudio se realizó la prueba de confiabilidad del instrumento conducta anticonceptiva en mujeres jóvenes, mediante el estadístico alfa de Cronbach, que permite medir la consistencia interna, es decir indicar si el instrumento mide la variable que dice medir, hallándose un alfa de Cronbach de 0.84 [IC 95% 0.80-0.87] que indica que es un instrumento válido para su uso en la investigación (>0.7).

La gráfica 1 muestra los datos obtenidos en la evaluación de la conducta anticonceptiva; teniendo en cuenta que el puntaje total de la Escala conducta anticonceptiva va de 0 a 20, y que se interpreta entre más alto sea el puntaje, mejor es la comprensión de la

[74] PROFAMILIA. Métodos anticonceptivos. Los métodos anticonceptivos que puedes usar. [Online] citado el 02 agosto 2021 Disponible en internet: https://profamilia.org.co/los-metodos-anticonceptivos-que-puedes-usar/.

conducta anticonceptiva[75], se puede observar que los resultados evidencian mejor comprensión de la conducta anticonceptiva en la mayor parte del grupo de mujeres encuestadas con una puntuación total de 20 puntos (10,8%) seguido de 17 (9,9%) y 16 (8,4%) puntos (Ver gráfica 1).

Grafica 1. Comprensión de la conducta anticonceptiva en mujeres jóvenes afrocolombianas. Córdoba-Colombia, 2021.



Fuente: autoría propia

Al analizar el promedio de puntuación 12,83 ± 5,9, una mediana de 14 puntos y una moda de 20 puntos se puede concluir que los resultados son favorables teniendo en cuenta que a mayor puntaje mejor comprensión de la conducta anticonceptiva. Cabe señalar que la Escala conducta anticonceptiva no señala un punto de corte o categorías que permitan clasificar la comprensión de la conducta anticonceptiva sin embargo, se hace necesario tener en cuenta que la frecuencia acumulada en las puntuaciones menor o igual a 10

[75] CAUDILLO, Lucia, *et al*. Op. Cit., p. 61.

puntos fue de 29,6% lo que puede indicar una buena comprensión de la conducta anticonceptiva en este grupo de mujeres afrocolombianas teniendo en cuenta los resultados obtenido.

Al analizar los datos anteriores, concuerdan con lo reportado por Caudillo, Lucia[76], donde se encontró que las mujeres tenían actitudes positivas hacia los métodos anticonceptivos, usaban en mayor medida los métodos anticonceptivos de forma correcta y sostenida. Lo que se traduce en una buena conducta anticonceptiva.

Además en el estudio realizado por Maroto De Agustín, Lucia[77] que reportó un 51,8% de las mujeres en edad fértil que participaron utilizaban algún método anticonceptivo, alcanzando el 70,5% las cuales a su vez reflejaban un mayor conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.

La tabla 4 muestra los ítems que contempla la Escala conducta anticonceptiva y la frecuencia de respuestas en cada ítem que permite identificar el comportamiento de cuatro dimensiones principales que contempla la escala: decidir sobre el uso de anticonceptivos (ítem 1), tener un método preferido (ítem 2), elegir el método (ítem 3), uso sostenido y correcto de un método (ítems 4 y 5)[78].

---

[76] Ibid., p. 142-143.

[77] MAROTO DE AGUSTIN, Alicia et al. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos por la población femenina de una zona de salud. Rev. Esp. Salud Pública [online]. 1998, vol.72, n.6 [citado el 3 agosto 2021], p. 547-570. ISSN 2173-9110. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271998000600008&lng=es&nrm=iso.

[78] CAUDILLO, Lucia, *et al.* Op.cit., p. 142.

Tabla 4. Conducta anticonceptiva en mujeres jóvenes afrocolombianas según la Escala de conducta anticonceptiva. Córdoba-Colombia, 2021.

Enunciado	No Corresponde 1	Casi no Corresponde 2	Corresponde Algo 3	Casi Correspon de 4	Corresponde totalmente 5
1. Yo practico la anticoncepción cada vez que tengo sexo	49 (24,1%)	29 (14,3%)	31 (15,3%)	31 (15,3%)	**63 (31%)**
2. Yo tengo un método anticonceptivo preferido que uso para prevenir embarazos	36 (17,7%)	17 (8,4%)	20 (9,9%)	29 (14,3%)	**101 (49,8%)**
3. Yo pongo atención a cualquier información anticonceptiva que me permita tener una buena práctica anticonceptiva	17 (8,4%)	17 (8,4%)	19 (9,4%)	30 (14,8%)	**120 (59,1%)**
4. Cuando dudo de la seguridad de un método anticonceptivo después de tener relaciones sexuales con mis parejas, yo uso otros métodos compensatorios	44 (21,7%)	23 (11,3%)	5 (12,3%)	40 (19,7%)	**71 (35%)**
5. Yo uso métodos anticonceptivos continuamente	40 (19,7%)	23 (11,3%)	18 (8,9%)	30 (14,8%)	**92 (45,3%)**

Fuente: autoría propia

Como información detallada de respuesta en cada uno de los ítems de la Escala conducta anticonceptiva se halló que la mayor frecuencia se ubicó en la opción de respuesta de cada enunciado corresponde totalmente que equivale a 5 puntos, lo cual contribuye a la puntuación total obtenida.

En cuanto a las dimensiones que contempla la escala llama la atención que un 24,1% no tiene clara la comprensión sobre el uso de anticonceptivos (ítem 1), así mismo un 17,7 no suele tener un método preferido (ítem 2), un 21,7% no permitan clasificar la comprensión de la conducta anticonceptiva sobre el uso correcto y un 19,7% uso sostenido de un método anticonceptivo (ítems 4 y 5), sin embargo estos datos no interfiere en el resultado final debido a que los puntajes más alto se dieron en la opción de respuesta corresponde totalmente.

4.3 CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES Y EXPERIENCIAS PREVIAS QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA ANTICONCEPTIVA EN MUJERES JÓVENES AFROCOLOMBIANAS.

Este estudio tuvo como objetivo describir los factores relacionados con la conducta anticonceptiva (uso correcto y sostenido de los métodos anticonceptivos) de las mujeres de 18 a 24 años de edad de un municipio de Córdoba-Colombia utilizando un diseño descriptivo correlacional.

Para realizar el análisis de correlación de las variables primero se determinó la normalidad univariante para las variables cuantitativas edad, puntaje de la actitud para conducta anticonceptiva, puntaje del compromiso con la religión y el puntaje de la conducta anticonceptiva a través de la prueba de normalidad *Shapiro-Wilk* por ser más robusta para el análisis de los datos.

Las hipótesis para este tipo de pruebas son:

H_0: la muestra proviene de una población con distribución normal.

H_A: la muestra no proviene de una población con distribución normal.

```
Shapiro-Wilk normality test

data:  BASEEH$Edad
W = 0.92758, p-value = 1.797e-08

Shapiro-Wilk normality test

data:  BASEEH$PT.A.CAM
W = 0.78837, p-value = 7.378e-16

Shapiro-Wilk normality test

data:  BASEEH$PT.C.R
W = 0.93836, p-value = 1.384e-07

Shapiro-Wilk normality test

data:  BASEEH$PT.C.CAM
W = 0.90009, p-value = 2.043e-10
```

Los resultados de la prueba de normalidad Shapiro-Wilk en las variables edad, actitud, compromiso con la religión y conducta CAM reportan un nivel de significancia menor del 5% ($p<0,05$), lo cual indica que hay evidencias para rechazar la hipótesis nula de normalidad. En otras palabras, los datos no provienen de una población con distribución normal. Dado estos resultados se deben utilizar la prueba de correlación de Spearman, que permite evaluar la relación monótona entre dos variables continuas u ordinales. Además, se utilizó la prueba correlación biserial puntal para la variable uso previo MA (discreta binaria) y la conducta anticonceptiva (continua).

La Tabla 5 muestra los resultados de las correlaciones entre la conducta anticonceptiva de las mujeres jóvenes afrocolombianas sujetos de estudio, de acuerdo con la TSE MOCAM (variable dependiente) y las variables características individuales y las experiencias relacionadas (variable independiente). Se puede observar que tres de las características individuales y experiencias relacionadas influyen en la conducta anticonceptiva en las mujeres jóvenes afrocolombianas. Córdoba-Colombia: actitud para conducta anticonceptiva, compromiso con la religión y nivel educativo.

Tabla 5. Características individuales y experiencias relacionadas que influyen en la conducta anticonceptiva en las mujeres jóvenes afrocolombianas. Córdoba-Colombia, 2021.

Características individuales	Conducta anticonceptiva
Uso previo de método anticonceptivo[1]	-0.081
Actitud para la conducta anticonceptiva[2]	-0.275**
Compromiso con la religión[2]	0.154*
Edad[2]	0.001
Nivel educativo[2]	0.153*
Sisben[2]	-0.285
Ocupación[2]	-0.015
Estado civil[2]	-0.022
Ingresos[2]	-0.103
1: correlación biserial puntual; 2: correlación de Spearman (Rho)	
*p<0.05, **p<0.01	
Fuente: elaboración propia.	

Teniendo en cuenta el nivel de significancia establecido (*p<0.05; **p<0.01), se puede afirmar que las variables compromiso con la religión (Rho =0.154; p<0.05) y nivel educativo (Rho =0.153; p<0.05) tienen una correlación muy baja positiva (0.8 < r < 1) con la conducta anticonceptiva.

Por otro lado, existe una correlación baja negativa (0.2 < r < 0.4) entre la actitud para la conducta anticonceptiva con la conducta anticonceptiva (Rho =-0.275; p<0.01). Esto señala que a medida que se disminuye el valor de la puntuación de la actitud anticonceptiva que indica actitud positiva, se aumenta la conducta anticonceptiva en las mujeres jóvenes afrocolombianas.

Al comparar los resultados con otros estudios como el de Sánchez y Leiva[79], se encontró que también hallaron resultados similares en cuanto a que la edad de la iniciación de la vida sexual no tiene un efecto significativo en el uso de anticonceptivos. Los autores no encontraron resultados significativos al clasificar la edad de la primera relación sexual en mayor o menor a 16 años.

De las características individuales y experiencias, que incluyen experiencia previa y los factores personales (biológicos, psicológicos y socioculturales), que influyen en la conducta anticonceptiva en las mujeres jóvenes afrocolombianas encuestadas, los siguientes conceptos: actitudes para la CAM definida como la evaluación positiva o negativa de la mujer hacia el uso de los métodos anticonceptivos y el compromiso con la religión definido como el grado en el cual una persona se adhiere a sus valores, creencias y prácticas religiosas.

[79] SÁNCHEZ, Carmen y LEIVA, Rolando. Factores incidentes en el uso de métodos anticonceptivos en la población adolescente y adulta joven en Costa Rica. [Online]. Volumen 14, número 1, artículo 4, julio-diciembre, 2016. [Citado el 3 de Agosto del 2021]. Disponible en: DOI: http://dx.doi.org/10.15517/psm.v14i1.25142 https://www.scielo.sa.cr/pdf/psm/v14n1/1659-0201-psm-14-01-00083.pdf

De acuerdo con Sanabria, J. et al[80] la religión puede influir en la toma de decisiones sobre sexualidad, teniendo en cuenta que a pesar de que los jóvenes manifiestan conocer los métodos anticonceptivos, la mayoría de los que no habían iniciado su vida sexual expresaron estar en contra de los métodos anticonceptivos, al percibirlos como un instrumento que promueve únicamente la satisfacción sexual y como un contaminante para su salud y el ambiente. Así mismo Mafla y Yama[81] también afirman que el factor religioso es uno de los principales responsable de las decisiones sexuales y conductas anticonceptivas, incluso hasta el punto de llegar a prohibir la utilización de métodos anticonceptivos.

Finalmente se analiza que las bases teóricas de TSE MOCAM permitió plantear las relaciones entre las variables que influyen en la conducta anticonceptiva en mujeres jóvenes, así mismo es importante señalar que los resultados pueden ser llevados a la práctica de enfermería considerando todos los aspectos que pueden influir en el uso correcto y sostenido de los métodos anticonceptivos en mujeres jóvenes afrocolombianas del municipio escenario del estudio.

Para la enfermería son importantes las TSE y que permiten aplicar el conocimiento disciplinar en a la práctica de enfermería y además ampliar los conocimientos de la disciplina para incrementar el desarrollo de la práctica de enfermería basada en la evidencia y así promover las intervenciones educativas y de asesoramiento en los programas de salud sexual y reproductiva.

---

[80] SANABRIA, J, *et al.* Influencia de la religión en la toma de decisiones sobre sexualidad en estudiantes católicos practicantes, 20 Mayo 2016, vol. 12, no. 2, pp. 237 Scielo. ISSN ISSN: 1794-9998. DOI: http://dx.doi.org/10.15332/s1794-9998.2016.0002.05.

[81] MORA, D. YÁMA, A. Factores sociales, culturales y religiosos que impiden la utilización de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil en el servicio de ginecología del Hospital Marco Vinicio Iza De La Provincia de Sucumbíos. Ecuador [Citado el 02 agosto 2021] Disponible en: http://repositorio.upec.edu.ec/handle/123456789/288

5. CONCLUSIONES

De acuerdo con la caracterización sociodemográfica el promedio de edad de la muestra fue de 21 años de edad, las edades mínima y máxima estuvieron en 18 años y 24 años. El índice de maternidad es bajo, el 73,9% no ha tenido hijos y el 23,2% ha tenido un sólo hijo.

La edad de inicio sexual del 48,2% se ubica entre 16-17 años, más de la mitad de las participantes cuentan con un buen grado de educativo. De acuerdo al estrato socioeconómico se ubica el 78,3% de la población en el nivel 1, la ocupación mayoritaria es el ser estudiante con un (53,7%) y trabajo independiente con (18,2%). Se cuentan con que el (82,8%) recibe menos del SMMV. Las solteras dominan con un (71,9%) y en segunda instancia con (23%) las relaciones con unión libre.

El porcentaje de mujeres sexual mente activas fue de 71,4%, del mismo modo el uso previo de métodos anticonceptivos con un 98%. Entre los métodos anticonceptivos más usados se encuentran el preservativo masculino (43,8%), las inyecciones anticonceptivas (39,9%) y píldoras anticonceptivas (35,5%).

Al evaluar la conducta anticonceptiva el promedio de puntajes fue de 12,83, con una mediana de 14, y una moda de 20 puntos, es decir el dato que más se repite con un porcentaje de 10,8% y al resto del porcentaje se divide casi que equitativa mente de la media hacia arriba. Lo que nos permite concluir que la mayoría de las mujeres jóvenes afrocolombianas encuestados tienen una muy buena comprensión de la conducta anticonceptiva.

De acuerdo con la TSE MOCAN[82] los resultados indican que un 29,1 % de las mujeres jóvenes afrocolombianas de la muestra de estudio tienen un uso correcto y sostenido de los métodos anticonceptivos.

Se halló que la mayor frecuencia de respuestas en cada uno de los ítems de la Escala conducta anticonceptiva se ubicó en la opción corresponder totalmente que equivale a 5 puntos, lo cual contribuye a la puntuación total obtenida.

Las características individuales y experiencias relacionadas que influyen en la conducta anticonceptiva en las mujeres jóvenes afrocolombianas de un municipio del departamento de Córdoba-Colombia fueron la actitud para conducta anticonceptiva (Rho =-0.275; $p<0.01$), compromiso con la religión (Rho = =0.154; $p<0.05$) nivel educativo (Rho =0.153; $p<0.05$). Por tanto, son considerados como factores que influyen en la conducta anticonceptiva en este grupo.

[82] CAUDILLO, Lucia, *et al.* Op. Cit., p. 55.

7. RECOMENDACIONES

A LOS PROGRAMAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Realizar actividades encaminadas a fortalecer la educación en temas relacionados con la conducta anticonceptiva en mujeres jóvenes teniendo en cuenta los beneficios que otorga el estado.

Fortalecer los servicios de asesoría en métodos anticonceptivos teniendo en cuenta las características individuales y experiencias previas que influyen en la conducta anticonceptiva en mujeres jóvenes afrocolombianas

PARA EL CONOCIMIENTO Y LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

En la formación de estudiantes enseñar la TSE MOCAM, para fomentar la aplicación del conocimiento disciplinar en la práctica formativa centrada en el cuidado de la mujer.

Se recomienda a los profesionales de enfermería que lidera los programas de planificación familiar conozca y tenga en cuenta el marco referencial de la TSE MOCAM utilizado en este estudio para brindar una atención y educación a las mujeres jóvenes.

PARA LA INVESTIGACIÓN Y EXTENSIÓN DEL PROGRAMA DE ENFERMERÍA

Seguir fomentando la realización estudios de investigación utilizando el conocimiento disciplinar, en la línea salud en el contexto social en el cuidado de la mujer con enfoque de atención primaria en salud, ya que esta incluye una gran variedad de problemáticas susceptibles de investigar.

Diseñar y proponer proyectos de extensión solidaria que permita el desarrollo de intervenciones de enfermería para promover la conducta anticonceptiva en mujeres jóvenes con enfoque diferencial.

8. LIMITACIONES

El marco del estudio coincidió con el curso de la pandemia causada por El COVID-19, debido a esto uno de los principales limitantes era ubicar a las participantes rápidamente, por lo que se implementó el uso de redes sociales y demás herramientas de internet, pero muchas de ellas no contaban con acceso a este. Los resultados del estudio son aplicables únicamente para poblaciones similares. Se recomienda replicar el estudio en otras poblaciones.

BIBLIOGRAFÍA

ANGUZU, Ronald, *Et al*. Knowledge and attitudes towards use of long acting reversible contraceptives among women of reproductive age in Lubaga division, Kampala district, Uganda. [Online]. BMC Res Notes. 2014 Mar 17; 7:153. [Citado: 2 octubre 2020]. DOI: 10.1186/1756-0500-7-153. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24636154/

BARDAWEEL, Sanaa; AKOUR, Amal Y KILANI, Maria. Current knowledge, attitude, and patterns of oral contraceptives utilization among women in Jordan. [Online].BMC Womens Health. 2015 Dec 14; 15:117. [Citado el 2 octubre 2020]. Available on the internet: DOI: 10.1186/s12905-015-0275-1 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26654875/

BIMBELA, JL y GÓMEZ, C. Sida y comportamientos preventivos: El modelo precede. [Online]. Revista de Psicología General y Aplicada.1994; 47 (2): 151-157. [citada el 2-08-21]. Disponible en: file:///C:/Users/Hewlett-Packard/Downloads/Dialnet-SIDAYComportamientosPreventivos-2384739.pdf

CAMARGO, Martha; FAJARDO, María y GARCIA, Alexandra. Atención de enfermería en planificación familiar. [Online]. 2016, vol.21, n.1, P.77-90 [citado el 29 de julio 21]. Disponible en internet: https://doi.org/10.17151/hpsal.2016.21.1.7. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-75772016000100007&script=sci_abstract&tlng=es

CAMPOS, Clara. Factores biosocioculturales y uso de métodos anticonceptivos en mujeres que acuden al Hospital Elpidio Berovidez Pérez, Otuzco 2014. [En línea]. Tesis para optar el grado académico de magister en salud pública, Trujillo – Perú 2015. Pub. 2017-11-08. [Citado 29 julio 21]. Disponible en: http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/1784

CASIQUE, Irene. Conocimiento y uso de anticonceptivos entre los jóvenes mexicanos. El papel del género. Estud. demogr. urbanos [Online]. 2011, México, vol.26, n.3 pp.601-637. [citado 29 julio 2021], Disponible en internet: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0186-72102011000300601&script=sci_arttext https://doi.org/10.24201/edu.v26i3.1376

CAUDILLO, Lucia, *et al*. Modelo de conducta anticonceptiva en mujeres jóvenes: Teoría de Situación Específica. [Online]. 2018, vol.27, n.1-2 [citado 13 octubre 2020], P.52-56. Disponible en internet: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000100011

CLAVERO, José. Historia evolutiva de la anticoncepción. ANALES RANM [Online]. Real Academia Nacional de Medicina de España; 2018 Sep 3; 135(01), p. 56-59. [Citado el 18 octubre 2020] DOI: ttp://dx.doi.org/10.32440/ar.2018.135.01.rev09.

DE LA CRUZ, Jhony. Factores asociados al uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años según la endes 2018. [Online]. Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú 2021. [citado el 29 julio 2021]. Disponible en: http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/3817/MELENDEZ%20ASIPALI.pdf?sequence=1&isAllowed=y

DECAT, Peter, *Et al*. Determinants of unmet need for contraception among Chinese migrants: A worksite-based survey. [Online]. Eur J Contracept Reprod Health Care 2011;16: 26– 35. [Citado el 16 de marzo 2021]. Available internet: doi: https://dx.doi.org/10.3109/13625187.2010. 536920.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. DANE. [Online]. Nacimientos 2019. [Citado el 16 de marzo 2021]. Disponible en internet: https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2019

DÍAZ, Guillermo. Historia de la anticoncepción. Rev Cubana Med Gen Integr [online]. 1995, vol.11, n.2, pp.192-194. [citado el 18 octubre 2020], Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251995000200015&lng=es&nrm=iso ISSN 0864-2125.

EL CONGRESO DE COLOMBIA. LEY 911 DE 2004 (Octubre 5). Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. Se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. [Online]. Diario Oficial No. 45.693 de 6 de octubre de 2004. [Citado el 6 noviembre 2020]. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf

ESTRADA, F, et al. Use of family planning services and its relationship with women's decision-makingand support from their partner. Citado por DEL TORO, Moraira; RUIDIAZ, Keydis y BARRIOS, Zorayda. Conocimientos y prácticas sobre métodos de planificación familiar en adolescentes escolarizados de Cartagena-Bolívar. [Online]. Rev. cienc.

cuidad. 2018[citado el 18 Septiembre 2020]. Disponible en internet: https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/1399/1362

FROST, Jennifer y DARROCH, Jaqueline. Factors associated with contraceptive choice and inconsistent method use, United States, 2004. [Online]. Perspect Sex Reprod Health 2008; 40 (2): 94–104. [Citado el 16 de marzo 2021] Disponible en: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/ pubs/journals/4009408.pdf) [acceso: 29/05/2014].

GALÁN, Guillermo. 50 Años de la píldora anticonceptiva. Rev. chil. obstet. ginecol. [Online]. 2010, vol.75, n.4, P.217-220. [citado el 19 octubre 2020]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000400001&lng=es&nrm=iso ISSN 0048-766X. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262010000400001.

GRAJALES, Isabel y CARDONA, Doris. Actitudes de los adolescentes escolarizados frente a la salud sexual y reproductiva. Medellín-Colombia. [Online]. Invest Educ Enferm. 2012; 30(1):77-85. [Citado el 18 Septiembre 2020]. Disponible en: https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/8740/10517

GROVE, Susan; GRAY, Jenifer y BURNS, Nancy. Investigación en Enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. 6 Ed. ELSEVIER. España 2016. ISBN 978-84-9113-011-6. Disponible en:https://www.edicionesjournal.com/Papel/9788491130116/Investigaci%C3%B3n+En+Enfermer%C3%ADa++Desarrollo+De+La+Pr%C3%A1ctica+Enfermera+Basada+En+La+Evidencia.

JAMES, Laurie y BROADDUS, Michelle. The association of attitudes about contraceptives with contraceptive use in a random sample of Colorado women. [Online]. En: THE SOCIAL SCIENCE JOURNAL. June 2016.vol. 53, no. 2, p. 167-173. [Citado el 10 octubre 2020]. Available on: DOI: https://doi.org/10.1016/j.soscij.2016.03.001

KŘEPELKA, Petr, *Et al*. Risky sexual behavior and contraceptive use among young women in the Czech Republic. [Online]. Cent Eur J Public Health. 2020, Mar;28(1):3-12. [Citado el 29 Julio 2021]. Available on the internet: DOI: 10.21101 / cejph.a5823 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32228810/

LUGONES, Miguel y QUINTANA, Tania. Orígenes de la anticoncepción. Rev Cubana Med Gen Integr. [online]. 1996, vol.12, n.4, pp.399-402. [citado el 18 octubre 2020], Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251996000400012&lng=es&nrm=iso. ISSN 0864-2125.

LYONS, Sophie, et al. Esfuerzo económico y uso de anticonceptivos entre mujeres en los Estados Unidos: efectos diferenciales por edad. [En línea]. Planificación familiar | volumen 29, número 2, p153-160,01 de marzo de 2019. Pub. 02 de febrero de 2019. [Citado el 29 julio 2021]. Disponible en internet: https://www.whijournal.com/article/S1049-3867(18)30386-4/fulltext DOI: https://doi.org/10.1016/j.whi.2018.12.006

MAROTO DE AGUSTÍN, Alicia et al. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos por la población femenina de una zona de salud. Rev. Esp. Salud Pública [online]. 1998, vol.72, n.6 [citado 2021-08-03], pp.547-570. ISSN 2173-9110. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271998000600008&lng=es&nrm=iso

MEJÍA, Christian, *et al*. Factores socioeducativos asociados al no uso de métodos anticonceptivos en universitarias de cuatro países de Latinoamérica. [Online]. Rev. Chil. obstet. Ginecol. 2020, vol.85, n.3, P.245-254. [Citado el 29 julio 2021]. DOI: http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000300245
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262020000300245&script=sci_arttext&tlng=en

MELNICK, Alan; RDESINSKI, Rebeca y CREACH, Marie. The influence of nurse home visits, including provision of 3 months of contraceptives and contraceptive counseling, on perceived barriers to contraceptive use and contraceptive use. Women Health Issues2008. [Online]. 18: 471- 481. [Citado el 16 de marzo 2021]. Available in internet: doi: http://dx.doi.org/ 10.1016/j.whi.2008.07.011.

MEMON, F. y JONKER, L. Educational level and family planning among Pakistani women: A prospective explorative knowledge, attitude and practice study. [Online]. En: MIDDLE EAST FERTILITY SOCIETY JOURNAL. December 2018.vol. 23, no. 4, p. 464-467. [Citado el 10 octubre 20] Available on: DOI: https://doi.org/10.1016/j.mefs.2018.01.011

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA. LEY 823 DE 2003. [Online]. Diario Oficial No. 45.245, de 11 de julio de 2003. [Citado el 19 octubre 2020].Disponible en: http://www.ilo.org/dyn/travail/docs/1492/LEY%20823%20DE%202003.pdf

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA. Ley número 100 de 1993. [En línea]. Diciembre 23. [Citado el 19 octubre 2020]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA. MINSALUD. Resolución número 3280 de 2018. [Online]. P. 182 [Citado el 18 octubre 2020]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA. Resolución número 3280 de 2018. [Online]. P. 180 de 348 – 2 AGO 2018. [Citado el 19 octubre 2020]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Ciclo de Vida. [Online]. Lunes, 2 de agosto de 2021. [Citado el 2 agosto 2021]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx

MORA, D. YÁMA, A. Factores sociales, culturales y religiosos que impiden la utilización de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil en el servicio de ginecología del Hospital Marco Vinicio Iza De La Provincia de Sucumbíos. Ecuador [Citado el 02 agosto 2021] Disponible en: http://repositorio.upec.edu.ec/handle/123456789/288

NSUBUGA, Henry, *et al.* Contraceptive use, knowledge, attitude, perceptions and sexual behavior among female University students in Uganda: a cross-sectional survey. [Online]. (2016)*BMC Women's Health, 16* (6), 1-11.[cited 16 de marzo 2021] Available : doi: 10.1186/s12905-016-0286-6

OMOTOSHO, Latee. Attitude of married women towards contraceptive use in Ilorin Metropolis, Kwara State, Nigeria. [Online] Afr Health Sci. 2019 Jun;19(2):1875-1880. [Citado el 29 Julio 2021]. Available on: DOI: 10.4314/ahs.v19i2.10. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31656470/

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Comunicación sobre planificación familiar en el marco de la salud reproductiva. Citado por: ALLEN-LEIGH, Betania et al. Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. Salud pública Méx [Online]. 2013, vol.55, suppl.2 [citado 2020-09-16], pp.S235-S240. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800021-

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. PLANIFICACION FAMILIAR. Datos y Cifras. [Online]. 22 Junio 2020. [Citado el 29 julio 2021]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Un nuevo estudio de la OMS relaciona las altas tasas de embarazos no planificados con las deficiencias de los servicios de planificación familiar. [En línea]. Comunicado de prensa 23 octubre 2019. [Citado el 16 de marzo 2021]. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study

PROFAMILIA. Métodos anticonceptivos. Los métodos anticonceptivos que puedes usar. [Online] citado el 02 agosto 2021 Disponible en internet: https://profamilia.org.co/los-metodos-anticonceptivos-que-puedes-usar/.

REPÚBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DEL INTERIOR. El enfoque diferencial y étnico en la política pública de víctimas del conflicto armado. [Online]. Bogotá D.C. 2019. [Citado el 18 Septiembre 2020]. Disponible en: https://gapv.mininterior.gov.co/sites/default/files/cartilla_enfoque_diferencial_fin_1.pdf

REPÚBLICA DE COLOMBIA. Constitución Política de Colombia de 1991. [Online]. [Citado el 17 marzo 2021]. Disponible en: https://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Colombia/colombia91.pdf

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE CULTURA. Afrocolombianos población con huellas de africanía. [Online]. p. 1-2. [Citado el 17 marzo 2021]. Disponible en: https://www.mincultura.gov.co/areas/poblaciones/comunidades-negras-afrocolombianas-raizales-y-palenqueras/Documents/Caracterizaci%C3%B3n%20comunidades%20negras%20y%20afrocolombianas.pdf

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Anexo Técnico. [Online]. Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres. 2008 [Citado el 16-03-2021]. Disponible en internet: https://www.envigado.gov.co/secretaria-salud/SiteAssets/010_ACORDEONES/DOCUMENTOS/2016/10/11-NORMA%20TECNICA.pdf

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Salud sexual y reproductiva. Anticoncepción. [Online]. Comunicado de prensa 2021 [Citado el 16-03-2021]. Disponible en internet: https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/anticoncepcion.aspx

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. PROFAMILIA. Encuesta Nacional de demografía y salud. Tomo I. Componente demográfico. 2015. [Online]. [Citado el 16 de marzo 2021]. Disponible en internet: https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2018/12/ENDS-TOMO-I.pdf

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. RESOLUCIÓN NÚMERO 8430 DE 1993 (Octubre 4). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. [Online]. [Citado el 6 noviembre 2020]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF

SANABRIA, J, *et al.* Influencia de la religión en la toma de decisiones sobre sexualidad en estudiantes católicos practicantes, 20 Mayo 2016, vol. 12, no. 2, pp. 237 Scielo. ISSN ISSN: 1794-9998. DOI: http://dx.doi.org/10.15332/s1794-9998.2016.0002.05.

SÁNCHEZ, Carmen y LEIVA, Rolando. Factores incidentes en el uso de métodos anticonceptivos en la población adolescente y adulta joven en Costa Rica. [Online]. Volumen 14, número 1, artículo 4, julio-diciembre, 2016. [Citado el 29 julio 21]. Doi: http://dx.doi.org/10.15517/psm.v14i1.25142 https://www.scielo.sa.cr/pdf/psm/v14n1/1659-0201-psm-14-01-00083.pdf

SÁNCHEZ, Carmen y LEIVA, Rolando. Factores incidentes en el uso de métodos anticonceptivos en la población adolescente y adulta joven en Costa Rica. [Online]. Volumen 14, número 1, artículo 4, julio-diciembre, 2016. [Citado el 3 de Agosto del 2021]. Disponible en: DOI: http://dx.doi.org/10.15517/psm.v14i1.25142 https://www.scielo.sa.cr/pdf/psm/v14n1/1659-0201-psm-14-01-00083.pdf

SANTA BIBLIA. Reina-Valera 1960. Sociedades bíblicas en América Latina; 1960. Génesis 38: 9

VALENCIA, Claudia y CANAVAL, Gladys. Factores que predisponen, facilitan y refuerzan el uso del preservativo en jóvenes universitarios de Cali, Colombia. [Online]. Revista de salud pública. Colombia. Volumen 14 (5), Octubre 2012. [Citado 2 agosto 2021]. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsap/v14n5/v14n5a08.pdf

YAGO, Teresa y CONCEPCIÓN, Tomás. Variables sociodemográficas relacionadas con embarazos no planificados en jóvenes de 13 a 24 años. [Online]. Rev Esp Salud Pública 2014; 88:395-406. [Citado el 29 julio 2021]. Disponible en internet: https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v88n3/09_original8.pdf

ANEXOS

ANEXO A. FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES DE LA MUESTRA

A continuación se presentan una serie de preguntas que incluyen aspectos personales, sexuales y anticonceptivos, por favor contesta lo más honestamente posible, recuerda que no hay respuestas buenas ni malas, solo tus vivencias, experiencias, las cuales son muy importantes para nosotros.

1. Edad___
2. Nivel educativo
   - Analfabeta___
   - Primaria incompleta___
   - Primaria completa___
   - Secundaria incompleta___
   - Secundaria completa___
   - Técnico___
   - Tecnólogo___
   - Profesional___
3. SISBEN ___
4. Ocupación: Estudiante __Empleado__ Trabajo independiente__ Ninguna__
5. Ingreso mensuales: <910.000 pesos__ 910.000 pesos__>900.000 pesos
6. Estado civil: Soltera___ Casada___ Separada___ Unión libre___ Viuda ___
7. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?
8. Número de hijos: 0__1__2__3__>3__
9. ¿Actualmente tiene una vida sexual activa? Sí ___ No___
10. ¿Actualmente usa o ha usado un método anticonceptivo? Si ___No___
11. ¿Qué tipo de métodos anticonceptivos ha usado?
    - Coito interrumpido___
    - Método de ritmo___
    - Preservativo Masculino (condón)___
    - Preservativo femenino (diafragma)___
    - Dispositivo intrauterino (DIU)___
    - Píldoras anticonceptivas___
    - Inyección anticonceptiva___
    - Anillo vaginal___
    - Anticonceptivo de emergencia (Postday)___
    - Temperatura basal___
    - Implante subdérmico ___

12. Con qué facilidad obtienen los métodos anticonceptivos: muy difícil__ difícil __ fácil__ muy fácil___

ANEXO B. ESCALA DE ACTITUDES PARA LA CONDUCTA ANTICONCEPTIVA

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

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

	1 Muy de acuerdo	**2 De acuerdo**	**3 Indeciso**	**4 Desacuerdo**	**5 Muy en desacuerdo**
1. El uso de anticonceptivos es mejor que tener un aborto.					
2. Yo recomiendo a mis amigos el uso de anticonceptivos.					
3. Yo me involucraría con una persona que aceptara el uso de anticonceptivos.					
4. Yo tendría sexo a menos que haya un método anticonceptivo disponible.					
5. Yo creo que actualmente los anticonceptivos previenen el embarazo.					
6. El uso de anticonceptivos es una forma de mostrar que se cuida a la pareja.					
7. Yo hablo de anticonceptivos con mis amigos.					
8. Uno debería usar anticonceptivos sin considerar el tiempo que se tenga con la pareja.					
9. Actualmente los anticonceptivos pueden hacer que las relaciones sexuales sean más placenteras.					
10. Me siento más relajado durante las relaciones sexuales si uso un método anticonceptivo.					
11. Yo prefiero usar anticonceptivos durante la relación sexual					
12. En el futuro planeo usar anticonceptivos cuando tenga relaciones sexuales.					
13. Yo usare anticonceptivos aunque mi pareja no esté de acuerdo.					
14. No es problema usar anticonceptivos.					
15. El uso de anticonceptivos hace que una relación sea más duradera.					
16. El sexo es divertido si se usan anticonceptivos.					
17. Los anticonceptivos son difíciles de usar si cuestan caro					

18. Las parejas deberían de hablar acerca de anticoncepción antes de tener relaciones sexuales.					
19. Si mi pareja o yo experimentáramos efectos negativos con los anticonceptivos usaríamos un método diferente.					
20. Los anticonceptivos hacen que las relaciones sexuales sean más planeadas					
21 Me siento mejor conmigo misma cuando uso anticonceptivos.					

Rango de puntaje: 21-105
Interpretación: puntajes bajos indican actitudes anticonceptivas positivas y puntajes altos indican actitudes anticonceptivas negativas

ANEXO C. ESCALA CORTA COMPROMISO CON LA RELIGIÓN

Estimada participante, a continuación se presentan enunciados acerca de su actividad religiosa, cualquiera que sea su religión. Estamos interesados en conocer su opinión acerca de la misma. Usando la escala presentada favor de indicar su nivel de verdadero con cada enunciado circulando lo que crea más conveniente para usted.

Tenga en cuenta que no existen respuestas buenas o malas. No será juzgada por cualquier respuesta que dé. Marque con una X lo que se acerque más a su realidad.

Enunciado	1 No totalmente verdadero	2 Algo verdadero	3 Moderadamente verdadero	4 Muy verdadero	5 Totalmente verdadero
1. A menudo leo libros o revistas de mi religión					
2. Hago contribuciones financieras a mi organización religiosa					
3. Paso tiempo en aumentar el entendimiento de mi fe					
4. La religión es especialmente importante porque responde muchas preguntas acerca del significado de la vida					
5. Mis creencias religiosas están detrás de todo mi enfoque de la vida					
6. Yo me divierto pasando tiempo con personas de mi misma religión					
7. Mis creencias religiosas influyen en todas mis relaciones					
8. Es importante para mí pasar periodos de tiempo en privado para la reflexión y pensamientos religiosos					
9. Yo me divierto participando en actividades de mi organización religiosa					

10. Me mantengo bien informado de mi grupo religioso local y tengo influencia en sus decisiones					
Rango de puntuación: 10 a 50 **Interpretación:** a menor puntaje menor compromiso con la religión y a mayor puntaje mayor compromiso con la religión.					

ANEXO D. ESCALA DE CONDUCTA ANTICONCEPTIVA

Estimada participante, a continuación se presentan enunciados relacionados con el uso de anticonceptivos. Estamos interesados en conocer su opinión acerca de la misma. Usando la escala presentada favor de indicar el nivel que corresponda o no corresponda con cada enunciado y marque con una X la opción que crea más conveniente para usted. Tenga en cuenta que no existen respuestas buenas o malas. No será juzgada por cualquier respuesta que dé. También recuerde que estamos interesados en su opinión personal, así queremos conocer cómo se siente con cada uno de los enunciados y no que piensa su familia o amigos.

Enunciado	0 No corresponde	1 Casi no corresponde	2 Corresponde algo	3 Casi corresponde	4 Corresponde totalmente
1. Yo practico la anticoncepción cada vez que tengo sexo					
2. Yo tengo un método anticonceptivo preferido que uso para prevenir embarazos					
3. Yo pongo atención a cualquier información anticonceptiva que me permita tener una buena práctica anticonceptiva					
4. Cuando dudo de la seguridad de un método anticonceptivo después de tener relaciones sexuales con mis parejas, yo uso otros métodos compensatorios					
5. Yo uso métodos anticonceptivos continuamente					

Rengo de puntuación: 0-20
Interpretación: entre más alto sea el puntaje mejor es la comprensión de la conducta anticonceptiva

ANEXO E. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada mujer joven

La planificación familiar constituyen una base fundamental en la salud de la mujer, por ello es importante que se investigue para evaluar los factores que influyen en la conducta anticonceptiva en mujeres jóvenes afrocolombianas.

Su participación consiste en diligenciar unos formularios que incluyen una breve encuesta de características personales, sin datos de identificación y las preguntas de la *Escala de actitud anticonceptiva, Escala beneficios y barreras para la anticoncepción moderna y Escala conducta anticonceptiva.*

Al participar no existen beneficios directos, ni riesgos aparentes para usted. Si acepta participar estará colaborando con información que puede servir para promover el desarrollo de intervenciones efectivas para el cuidado de la salud sexual y reproductiva.

Su participación es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar sin que ello le traiga consecuencias negativas. Si desea mayor información comunicarse en los siguientes correos: emartinezvaldez@correo.unicordoba.edu.co - emestraagresott@correo.unicordoba.edu.co

Declaro que he leído y entiendo la información que se ha suministrado anteriormente.

Por lo tanto, yo _____ de manera voluntaria decido participar.