

Modelo de Conducta Anticonceptiva en Mujeres Jóvenes: Un estudio con Métodos Mixtos

Contraceptive Behavior Model in Young Women: A Mixed Method Study

Autoras: Lucía Caudillo-Ortega (1), Raquel Alicia Benavides-Torres (2), Tracie Harrison (3), Dora Julia Onofre-Rodríguez (2), Fuensanta López-Rosales (4), María Aracely Márquez-Vega (2).

Dirección de contacto: lucia.caudillo@ugto.mx

Fecha recepción: 01/11/2015

Aceptado para su publicación: 30/03/2016

Fecha de la versión definitiva: 11/06/2016

Resumen

Introducción: los embarazos no planeados son un problema de salud reproductiva, que incrementa el riesgo de consecuencias materno-fetales adversas, para mejorar la salud materna, se debe aumentar la disponibilidad de métodos anticonceptivos, sin embargo es necesario conocer los factores que intervienen en el uso o no uso. **Objetivo:** Describir un protocolo para desarrollar un modelo de la conducta anticonceptiva en mujeres Mexicanas utilizando metodología mixta. **Métodos:** Se propone realizar un estudio mixto concurrente transformativo en mujeres de 18 a 24 años de edad. El proyecto está estructurado en fases: la fase cuantitativa, la fase cualitativa y la fase mixta. Para el análisis de los datos cuantitativos se proponen regresiones lineales múltiples y para los datos cualitativos la interpretación basada en teoría fundamentada. Para los datos mixtos los datos cualitativos se codificarán, cuantificarán y se transformarán en datos cuantitativos. **Conclusiones:** El uso de métodos mixtos es muy adecuado para obtener profundidad y amplitud en el tema así como para describir fenómenos complejos, tales como la conducta anticonceptiva en mujeres.

Palabras clave

Anticoncepción; Proyecto de Investigación; Métodos mixtos, Mujeres; Adulto Joven.

Abstract

Introduction: Unplanned pregnancies are a reproductive health problem that increase the risk for adverse maternal and fetal consequences. In order to improve maternal health, it is necessary to increase the availability of contraceptive methods. However, the factors that are influencing the use or non-use should be known. **Objective:** Describe a research study to develop a contraceptive behavior model in Mexican young women using mixed methods. **Methodology:** A concurrent transformative mixed method study in women from 18 to 24 of age is proposed. The project is structured in three phases: 1) A quantitative 2) A qualitative and 3) A mixed phase. For quantitative data analysis, multiple linear regressions are proposed, while for qualitative data analysis, grounded theory interpretation. In order to obtain the mixed data, the qualitative data will be coded, quantified and transformed into quantitative data. **Conclusions:** Mixed methods design is appropriate for obtaining deeper and broader explanations of a topic, as well as for designing integrative models to describe complex phenomena such as the contraceptive behavior of women.

Key words

Contraceptive Behavior, Research Design, Mixed Methods, Women, Young Adult.

Categoría profesional y lugar de trabajo

(1) Doctor en Ciencias en Enfermería, Departamento de Enfermería y Obstetricia sede Guanajuato, (2) Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, (3) School of Nursing, University of Texas at Austin, (4) Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León.

INTRODUCCIÓN

Los embarazos no planeados son un problema de salud reproductiva, a nivel mundial, tiene implicaciones directas en el incremento del riesgo de aborto, muertes-materno infantiles y resultados materno – fetales adversos (1). Se estima que 80 millones de los 210 millones de embarazos que se producen cada año son no planeados y el 80 % de éstos son no deseados, lo que representa un alto riesgo de sufrir alguna complicación durante el embarazo, parto o puerperio (2,3). Anualmente se reporta que mueren cerca de 200,000 mujeres por consecuencias directas del embarazo, parto o puerperio. Entre las consecuencias directas se han asociado con la falta de control prenatal, abortos en condiciones de riesgo, muertes maternas infantiles y problemas de salud en niños (4).

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), propuso mejorar la salud materna, ampliando el acceso a la salud reproductiva y considera el incremento en la tasa de uso de métodos anticonceptivos. A pesar de esto se reporta que la prevalencia del uso global de métodos anticonceptivos es solo del 62%, destacando que su uso es de forma inconsistente (5). En varios países, así como en México, el mayor porcentaje de embarazos no planeados se da en el grupo de mujeres de 18 a 24 años (6), sin embargo este grupo ha sido poco abordado en programas de salud para mejorar el uso correcto y sostenido de los métodos anticonceptivos (conducta anticonceptiva) El fenómeno de la conducta anticonceptiva es muy complejo y puede llegar a afectar seriamente a las mujeres a nivel personal, familiar y social. A nivel personal las implicaciones incluyen deserción escolar, problemas relacionados al embarazo, parto y puerperio, anemia y muerte prematura. Las de tipo familiar abarcan la exclusión, la falta de apoyo y desintegración. Las de tipo social pueden ser económicas, de exclusión social, baja educación, acceso a la salud limitado entre otros. Se desconoce por qué las mujeres no utilizan métodos anticonceptivos de forma correcta y consistente para prevenir embarazos no planeados. La literatura también señala que existen otros factores que afectan el uso de los anticonceptivos, entre los que se encuentran, 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, así como la educación reproductiva (7 -16), sin embargo, no se ha encontrado un modelo que involucre todos estos factores para explicar la conducta anticonceptiva en el grupo poblacional de 18 a 24 años.

Asimismo, son pocos los estudios que se han hecho desde una perspectiva de promoción de la salud. De acuerdo a esto se utilizará El Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola J. Pender (17), el cual ofrece una guía para explorar los complejos procesos bio psicosociales que motivan a los individuos a controlar sus conductas hacia la mejora de su salud. Los constructos que se considerarán son: la experiencia previa, las características personales (biológicas, psicológicas y socioculturales), las cogniciones y afectos específicos de la conducta. (autoeficacia percibida, beneficios percibidos, barreras percibidas, influencias interpersonales y situacionales) y el resultado conductual. Considerando lo propuesto por el del MPS se propone un Modelo de la Conducta Anticonceptiva en Mujeres (**MOCAM**).

El **MOCAM** se integra de la siguiente manera.

1) Las características individuales son el uso previo de anticonceptivos y los factores personales tales como la edad, actitudes para la conducta anticonceptiva, tipo de relación, compromiso con la religión y el ingreso económico. 2) Las cogniciones y afecto específicos de la conducta incluyen los beneficios percibidos para CA, las barreras percibidas para CA, autoeficacia percibida para CA, las influencias de pareja, familia y amigos para CA y la demanda insatisfecha para CA. 3) El resultado es la conducta anticonceptiva. 4) Las características individuales influyen en las cogniciones y afecto específicos de la conducta anticonceptiva. 5) Las características individuales influyen en la conducta anticonceptiva. Por último 6) los beneficios percibidos, las barreras, la autoeficacia, las influencias de pareja, familia y amigos y la demanda insatisfecha que influyen en la conducta anticonceptiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Egede JO, Onoh RC. Contraceptive prevalence and preference in a cohort of south- east Nigerian women. DP 2015, 7(9): 707-714.
2. Finner LB, Henshaw, SK. Disparities in Rates of Unintended Pregnancy in the United States, 1994 and 2001. Persp on Sex and Repr Health 2006, 38(2): 90-96.
3. Ayoola AB, Nettleman, M, Brewer J. Reasons for unprotected intercourse in adult women. J Women's Health 2007, 16 (3): 302-310.
4. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe 2012. Consultado en: Junio 2014 http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/mdg_2012_foreword_overview.pdf

5. Omideyi E. Contraceptive practice, unwanted pregnancies and induced abortion in Southwest Nigeria. *Glob Pub Health* 2011, 6: 52 – 72.
6. Consejo Nacional de Población. Segundo Informe de Ejecución del Programa Nacional de Población 2008-2012.
7. Decat P, Zhang, W, Moyer E, Cheng Y. Determinants of unmet need for contraception among Chinese migrants: A worksite-based survey. *The European J Contr Repr Health Care* 2011, 16: 26–35
8. Frost J. & Darroch J. Factors associated with contraceptive choice and inconsistent method use, United States, 2004. *Persp Sex Repr Health* 2008, 40(2):94–104.
9. Melnick AL, Rdesinski RE, Creach D. 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. *W Health Issues* 2008, 18: 471- 481.
10. Olszewski J, Olszewska H, Abacjew A, Chmylko L, Gaworska A, Wydra D. Sexual behavior and contraception among young polish women. *Acta Obst Gin* 2010, 89: 1447–1452.
11. Ong J, Smith M, Wong W, McNamee K, Fairley C. Contraception matters: indicators of poor usage of contraception in sexually active women attending family planning clinics in Victoria, Australia. *Bio Central Pub Health* 2012, 12:1108.
12. Spies E, Askelson N, Gelman E, Losch M. Young Women's Knowledge, Attitudes, and Behaviors Related to Long-Acting Reversible Contraceptives. *W Health* 2010, 20(6): 394–399.
13. Tountas Y, Dimitrakaki C, Antoniou A, Boulamatsis D, Creatsas G. Attitudes and behavior towards contraception among Greek women during reproductive age: a country-wide survey. *E J Obs Gyn Repr Bio* 2004, 116: 190–195.
14. Træen B, Lundin I. Investigating the Relationship between Past Contraceptive Behaviour, Self-efficacy, and Anticipated Shame and Guilt in Sexual Contexts among Norwegian Adolescents. *J Com Appl Soc Psy* 2006, 17: 19–34.
15. Wan R, Chiou C. Relative Contribution of Intra-personal and Partner Factors to Contraceptive Behavior Among Taiwanese Female Adolescents. *J Nursing Scho* 2008, 40:2, 131–136.
16. Wu J, Meldrum S, Dozier A, Stanwood N, Fiscella K. Contraceptive nonuse among US women at risk for unplanned pregnancy. *Contraception* 2010, 78: 284–289.
17. Pender NJ. *Health promotion in nursing Practice*. Third edition, 2006.
18. Greene J. *Mixed Methods in Social Inquiry*. Wiley. First edition; 2007.
19. Black K, Pollack R. *The development of a contraceptive attitudes scale*; 1987.
20. Brunie A, Tolley E, Ngabo F. Getting to 70%: Barriers to modern contraceptive use for women in Rwanda. *Int J Gyn and Obst* 2013.
21. Levinson R, Wan C, Beame L. The Contraceptive Self-Efficacy Scale: Analysis in Four Samples. *J Youth Adoles* 1998, 27 (6).
22. Darbes L A, Lewis M.A. HIV-specific social support predicts less sexual risk behavior in gay male couples. *H Psy* 2005, 24(6): 617–22.
23. Cutrona C E, Russell DW. The provisions of social relationships and adaptations to stress. In: Jones WH, Perlman D, Editors. *Advances in personal relationships*. Greenwich (CT): JAI Press; 1987: 37–67.
24. Jaccard J, Dittus PJ, Gordon VV. Maternal correlates of adolescent sexual and contraceptive behavior. *Fam Plan Persp* 1996, 28, 159-165.
25. Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage; 1998.
26. Daley C. Attributions toward Violence of Male Juvenile Delinquents: A Concurrent Mixed-Methodological Analysis. *J Soc Psy* 2004, 144: 549-560.

PROPÓSITO Y OBJETIVOS

El propósito de este estudio es describir un protocolo para desarrollar un modelo explicativo de la conducta anticonceptiva en mujeres Mexicanas de 18 a 24 años utilizando metodología mixta.

Para el estudio se plantean objetivos por fases: la fase cuantitativa, cualitativa y mixta, que se presentan a continuación en el orden descrito.

Objetivos específicos fase cuantitativa

- 1) Determinar si el uso previo de AC influye en la CAM.
- 2) Conocer si existe efecto entre el uso previo de AC con los beneficios, barreras y autoeficacia para la CAM.
- 3) Estimar si el uso previo de AC se asocia con la influencias interpersonales (apoyo familia, pareja y personal de salud) para la CAM y la demanda insatisfecha.
- 4) Identificar si la edad, actitudes para la CAM, compromiso con la religión e ingreso económico se asocian con los beneficios, barreras y el autoeficacia para la CAM.
- 5) Establecer si la edad, actitudes para la CAM, compromiso con la religión e ingreso económico influyen en el apoyo de la familia, pareja y personal de salud para la CAM y la demanda insatisfecha.
- 6) Asociar la edad, actitudes para la CAM, compromiso con la religión e ingreso económico con la conducta anticonceptiva.
- 7) Mostrar si existe efecto entre en los beneficios, barreras y el autoeficacia para la CAM, con la conducta anticonceptiva.

Objetivos específicos fase cualitativa

- 1) Describir el significado de los anticonceptivos para las mujeres.
- 2) Explorar la percepción de las mujeres con los anticonceptivos y los factores relacionados.

Objetivos específicos fase mixta

- 1) Integrar en un modelo la convergencia entre los factores que influyen en la conducta anticonceptiva en mujeres de los datos cuantitativos y cualitativos.

METODOLOGÍA

Diseño de estudio

El diseño de estudio será de tipo mixto concurrente transformativo. El propósito de este diseño es hacer investigaciones orientadas al cambio de las realidades o transformación de metas (18).

Marco interpretativo: teoría fundamentada

Se considerará como marco interpretativo la teoría fundamentada, que se enfoca en las experiencias individuales subjetivas de los participantes para la generación o confirmación de teoría. En términos de Bogden y Biklen, se pretende reconocer las percepciones de las personas y el significado de un fenómeno o experiencia.

Población

Estudiantes de 18 a 24 años de una escuela técnica para mujeres.

Criterios de elegibilidad

Los criterios de inclusión son a) mujeres de 18 a 24 años, que hayan tenido relaciones sexuales, con o sin pareja actual y b) mujeres que hayan usado alguna vez en su vida algún método anticonceptivo, con o sin uso actual. Los criterios de exclusión incluyen: a) mujeres con un método anticonceptivo definitivo (OTB), o dispositivo intrauterino de cobre, b) mujeres con tratamientos hormonales para fertilidad y c) mujeres con diagnóstico de infertilidad y/o esterilidad.

Para la realización del estudio se plantean tres fases, iniciando con la fase cuantitativa, luego la fase cualitativa y terminando con la fase mixta.

Fase 1 Cuantitativa

Se solicitará la autorización de los directivos de la unidad académica (Escuela técnica de educación para el trabajo), se solicitarán las listas de asistencia de las estudiantes de 18 a 24 años. El cálculo de la muestra se realizará para una prueba de regresión lineal múltiple con un coeficiente de determinación .09, un nivel de confianza .05, una potencia del 90% y se considerará una tasa de no respuesta de 30% dando un total de X de 270 participantes. El muestreo será aleatorio estratificado en donde el estrato será cada plantel (de los seis existentes). Se asignará un código a cada participante y se obtendrán de forma aleatoria los códigos de las participantes por medio del programa EXCEL.

Reclutamiento

Se acudirá al plantel y se contactará a las participantes, se reunirán en un espacio, donde se les explicarán los objetivos del estudio, se les hará énfasis en la confidencialidad de los datos y en el anoni-

mato de los mismos, sí aceptan, se les dará a firmar el consentimiento informado de la fase cuantitativa. Posterior a esto se verificarán los criterios de elegibilidad y a quienes cumplan con los mismos se les proporcionarán los instrumentos. Estos serán auto aplicados tienen una duración aproximada de una hora.

Instrumentos

Escala de actitudes para la conducta anticonceptiva (19): es una escala que mide las actitudes hacia los anticonceptivos en general. Consiste de 32 ítems 17 positivos y 15 negativos, las respuestas indican el grado de acuerdo o desacuerdo, los participantes deben de indicar su nivel de acuerdo con cada declaración que van de 1 (muy en desacuerdo), hasta 5 (muy de acuerdo). Todas las declaraciones están puntuadas usando una escala de cinco puntos, para las positivas el muy en desacuerdo recibe el puntaje de 1 y muy de acuerdo recibe el puntaje de 5. Las declaraciones negativas son puntuadas al contrario, las declaraciones negativas reciben un puntaje de 1 y las positivas de 5. Se suma el puntaje de todos los ítems para obtener el total, puntajes bajos indican actitudes negativas hacia la anticoncepción.

Escala de beneficios y barreras para la conducta anticonceptiva (20): La escala es tipo Likert, consta de seis ítems, con dos sub escalas barreras para la conducta anticonceptiva y beneficios para la conducta anticonceptiva, con opciones de respuesta de 1= fuertemente en desacuerdo, hasta 5= fuertemente de acuerdo. Su aplicación tiene una duración de 2 a 5 minutos.

Escala de autoeficacia para la conducta anticonceptiva (21): la cual evalúa las barreras motivacionales para el uso de la anticoncepción entre mujeres sexualmente activas. Es una escala tipo Likert, formada por 18 ítems, con un rango de respuesta que van de (1), no del todo verdadero para mí, hasta (5), completamente verdadero para mí. La escala requiere que los ítems 2, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 14, y 15 se codifiquen al revés 1 = completamente verdadero y hasta 5= no completamente verdadero. Escala de provisión social para la conducta anticonceptiva: este rubro será medido con la escala provisión social para sexo seguro (22), que mide el apoyo familiar y social para la conducta sexual segura (adaptada de la social provision scale) (23). Esta escala será adaptada para la conducta anticonceptiva. Esta contiene 77 reactivos, de los cuales 19 corresponden para apoyo familiar y el resto mide apoyo social. Las respuestas están en escala tipo Likert que van de 1 a 5; 1=totalmente en desacuerdo hasta 5= Totalmente de acuer-

do. Con puntuación total de 96 a 385. Las puntuaciones mayores indican mayor percepción de apoyo familiar y social para el uso de anticonceptivos.

Escala de conducta anticonceptiva (24): Clasifica la conducta anticonceptiva en cuatro principales facetas, decidir sobre el uso de anticonceptivos, eligiendo el método, uso sostenido y correcto y tener un método preferido. Es una escala de cinco ítems, las respuestas van de (0), no corresponde, hasta (4), corresponde totalmente. El total del puntaje va de 0 a 20, entre más alto, mejor es la comprensión de la conducta anticonceptiva.

Fase 2 cualitativa

De la muestra de mujeres que participaron en la fase 1 se realizará una sub muestra de mujeres de forma aleatoria para evitar el sesgo. El propósito es centrarse en el tema a investigar o resaltar situaciones, procesos o episodios de las mujeres y su relación con la conducta anticonceptiva (25), se sugiere que el número de casos para los estudios con teoría fundamentada con entrevistas, sean de 12 a 20. Es por ello que se propone una sub muestra de 20 casos, sin embargo se detendrán las entrevistas en la saturación de categorías.

Reclutamiento

A la par de la fase 1 cuantitativa, se realizará una invitación a las participantes seleccionadas y se les explicarán los objetivos de esta segunda fase y en qué consistirá su participación. Una vez que hayan aceptado participar, firmarán el consentimiento informado para la fase cualitativa. Se programarán las entrevistas, las cuales serán individuales, por lo que será necesario contar con un espacio privado en la escuela, donde se proveerá de un ambiente de seguridad, privacidad y confianza. Para las entrevistas se citará a la participante de acuerdo a su disponibilidad. Se hará énfasis a las mujeres que las entrevistas son para conocer sus opiniones y percepciones de los anticonceptivos. Las entrevistas serán de 1 a 2 horas, dependiendo de la fluidez del discurso.

Fase 3 Mixta

Para esta fase, se contará con las bases de datos cuantitativa y cualitativa en sus respectivos programas. Posteriormente se realizarán cuantificaciones y codificaciones para transformar los datos cuantitativos a cualitativos y viceversa.

Plan para análisis de los datos

El análisis de los datos se hará de acuerdo a las tres fases propuestas:

Fase 1 cuantitativa

Se realizará en tres etapas a) los datos obtenidos de los instrumentos en la fase cuantitativa, se analizarán utilizando el paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 22 para Windows. Se realizará la estadística descriptiva donde se obtendrán frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, así como medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas, b) Para dar respuesta a los objetivos uno al siete cuantitativos, analizar las relaciones entre las variables se realizarán modelos de regresión lineal múltiple (univariado y multivariado).

Fase 2. Cualitativa

Se utilizará el análisis de datos descrito por Strauss y Corbin (1998) (30), un procedimiento basado en la comparación constante de los datos obtenidos con la teoría emergente con apoyo del programa de análisis de datos cualitativos Atlas Ti. El procedimiento implica dos etapas.

- 1) Identificar en los datos las categorías y sus propiedades. A este paso se le conoce como codificación.
- 2) Integrar las categorías y los datos mediante un proceso de comparación constante. Este proceso refleja patrones de integración entre los datos, y esto permite que los datos más importantes revelen las similitudes y diferencias dentro de las categorías y entre ellas. Estos patrones de integración entre los datos y las categorías permiten ver la teoría emergente.

Fase 3 mixta

Para dar respuesta al objetivo mixto, se utilizarán la combinación de datos cuantitativos y cualitativos, por medio de las estrategias de la cuantificación de las variables cualitativas, porcentaje de las subcategorías y la cualificación de los datos del análisis descrito por Daley (2004), que consta de 3 pasos a continuación se describe cada uno de ellos (26):

Paso 1

Se cuantificará cada categoría (convertir datos cualitativos a códigos numéricos, que puedan ser analizados estadísticamente), a cada participante se le dará un puntaje de 1, si una categoría emergente de la fase cualitativa representa una nueva variable del modelo de conducta anticonceptiva. En caso contrario se le dará un puntaje de 0. Esta dicotomización llevará a la formación de una matriz de categorías (participante x categoría), esta matriz contendrá la combinación de 0 y 1. Se obtendrá el tamaño del efecto, calculando la frecuencia de cada categoría de la matriz y convirtiendo estas frecuencias en porcentajes, los cuales representarán la prevalencia de cada tema. La matriz de categorías será utilizada para determinar la relación entre la prevalencia de cada categoría (0 vs 1).

Paso 2

Se realizará un análisis factorial, este análisis permitirá la reducción de variables y conocer la asociación entre las categorías emergentes y las variables cuantitativas y determinará el número de factores subyacentes en las categorías cuantificadas y las variables cuantitativas. Estos factores o constructos latentes representan metatemas. La proporción de varianza explicada por cada factor servirá como tamaño de efecto latente para cada metatema.

Paso 3

Se revisarán los factores subyacentes a la conducta anticonceptiva y se determinará el de mayor efecto, posteriormente para generar un perfil cuantitativo y cualitativo de cada una de las participantes, de la muestra cualitativa se identificará a cada una de las participantes en la base de datos cuantitativa y se les asignará un número de identificación. Posteriormente en cada caso se identificará el factor subyacente a la conducta anticonceptiva de mayor efecto, se graficaron los resultados de las medias de las participantes (resultados cuantitativos) y con los resultados cualitativos (categorías y subcategorías), se crearan los perfiles narrativos de las participantes con el objetivo de describir la conducta anticonceptiva en las mujeres. Los datos cuantitativos permitirán conocer el panorama del fenómeno de conducta anticonceptiva y los datos cualitativos, la explicación de los factores relacionados, así como la validación por métodos del estudio.

RELEVANCIA CIENTÍFICA Y SOCIOSANITARIA DEL ESTUDIO

La conducta anticonceptiva es un fenómeno complejo en el que intervienen una gran variedad de factores, sin embargo estos han sido estudiados desde una sola perspectiva y sin un marco teórico que apoye la credibilidad de los resultados, es por ello que es necesario proponer una innovación metodológica y teórica que permita crear una idea holística del problema para mejorar la conducta anticonceptiva en mujeres. Los principales retos son realizar un estudio con un diseño concurrente transformativo, que permita cambiar la realidad de las mujeres en relación a los métodos anticonceptivos, al proponer una nueva visión a la problemática, realizar la conversión de las variables cuantitativas y/o cualitativas, lo que permite reconocer e incorporar

nuevas variables, que han sido poco exploradas o ayuden a comprender mejor el fenómeno. Otros diseños mixtos presentan la etapa cuantitativa o cualitativa separada, y sus resultados solo son complementarios de una metodología a otra, al contrario el método concurrente transformativo, permite la consolidación de las variables llevando a las investigaciones a etapas de cambio en la realidad de las personas. Debido a la complejidad de la metodología es necesario conocer y desarrollar los procesos de forma adecuada y sistemática, lo que asegure la replicación de los resultados.

AGRADECIMIENTOS

Al Consejo de Ciencia y Tecnología por su apoyo en la realización de este estudio.

CRONOGRAMA

Tabla 1. Cronograma de actividades

Actividad	Mes	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene
Desarrollo de propuesta		→											
Prueba piloto					→								
Recolección de datos						→							
Análisis de datos								→					
Resultados										→			
Discusión y conclusiones												→	

RECURSOS Y PRESUPUESTO

Los recursos provienen del Consejo de Ciencia y Tecnología, el apoyo para estudios de posgrado. En la Figura 1 se detalla el presupuesto.

Figura 1. Presupuesto

Artículo	Monto
Artículos de oficina (lápices, borradores entre otros)	800 pesos
Copias	3,000 pesos
Grabadora para entrevistas	1,200 pesos
Asesorías estadísticas	1,500 pesos
Asesorías metodológicas	6,000 pesos
Viáticos del investigador	5,000 pesos
Publicación de resultados en revistas	68,900 pesos
Asistencia a congresos, presentación	40,000 pesos
Total	126,400 pesos

Nota: monto dado en pesos