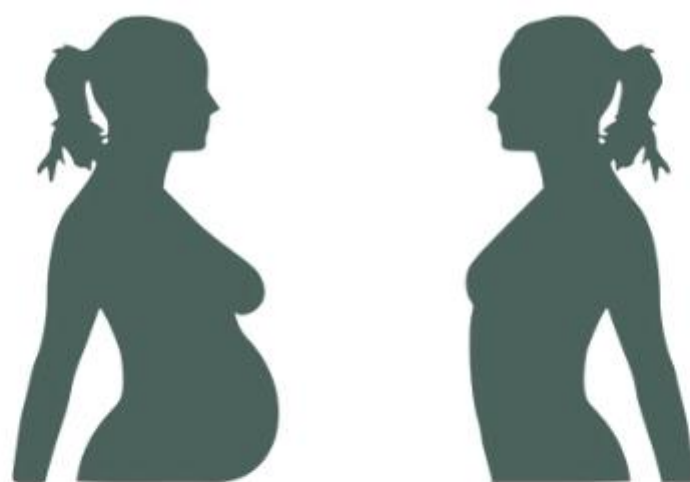




VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA

Programa de Doctorado en Enfermería Clínica y Comunitaria

ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ESCALA DE RIESGO DE EMBARAZO NO DESEADO



Autora: Eva M^a Rueda García

Director: Dr. Francisco Donat Colomer

2019



VNIVERSITAT
ID VALÈNCIA

El presente trabajo se acoge a la licencia de Creative Commons 4.0, con reconocimiento de autoría, no comercial y sin obra derivada. A continuación, el símbolo que representa este tipo de licencias es:





AGRADECIMIENTOS

A mi marido, Ximo y a mi hijo Nacho, por ser mis fans incondicionales y por estar siempre ahí ofreciéndome su apoyo en cada momento.

A mis padres, Gabriel y M^a Josefa, por su esfuerzo diario para darme la oportunidad de acceder a una formación universitaria y con ello a una profesión a la que dedicar mi vida.

A todos aquellos compañeros/as y amigos/as, como José M^a, Inma P, Ezequiel, Inma S, Jorge y a Tina, M^a José, Carmen, Teresa, Concha, Esperanza E, Elvira, Amparo, Mila M, Paco y Mila F, entre otros, que de una manera u otra han contribuido a que este proyecto sea una realidad, colaborando desinteresadamente bien como expertos, bien como asesores u ofreciéndose voluntarios/as para ayudarme a recoger cuestionarios.

A Victoria Fornés, por el inestimable apoyo estadístico y metodológico.

A todas aquellas mujeres que han participado con sus testimonios anónimos en este proyecto, formando parte esencial del mismo y permitiendo alcanzar los objetivos marcados.

A mi tutor y director, Dr. Francisco Donat, por el apoyo y la confianza que siempre me ha demostrado y por su ayuda durante todo el desarrollo del proyecto, marcándome el camino correcto y disipando mis dudas.



Índice



ÍNDICE

1. RESUMEN	11
2. INTRODUCCIÓN	18
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
4. JUSTIFICACIÓN	25
5. MARCO TEÓRICO	29
5.1 SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN	29
5.1.1 Concepto de sexualidad	29
5.1.2 Salud Sexual y Reproductiva	30
5.1.3 Derechos sexuales y reproductivos	33
5.1.4 Marco legal internacional, nacional y local sobre SSR	36
5.2 COMPORTAMIENTO SEXUAL DE RIESGO	39
5.3 PLANIFICACIÓN FAMILIAR	41
5.3.1 Necesidad insatisfecha de Planificación Familiar	42
5.3.2 Datos mundiales de necesidades satisfechas de planificación familiar	45
5.4 METODOS ANTICONCEPTIVOS (MAC)	46
5.4.1 Uso de Métodos Anticonceptivos	46
5.4.2 Conocimiento de los MAC	52
5.4.3 Clasificación y eficacia de los métodos anticonceptivos	53
5.4.4 Anticoncepción de emergencia (AE)	57
5.5 EMBARAZO DESEADO Y NO DESEADO	58
5.5.1 Demografía del embarazo	58
5.5.2 Definición de Embarazo no Deseado (END). Estado de la cuestión.	61
5.5.3 Factores de riesgo del embarazo no deseado	66
5.5.4 Consecuencias del embarazo no deseado	68
5.6 INTERVENCIONES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	74
5.6.1 Intervenciones en Educación sexual	74
5.6.2 Asesoramiento Anticonceptivo	76
5.6.3 Medición del END	77
5.7 MODELOS TEÓRICOS DE COMPORTAMIENTO, MODELO ENFERMERO DE VIRGINIA HENDERSON Y MODELOS CONCEPTUALES DE PLANIFICACIÓN DE EMBARAZO	82
5.7.1 Modelos Teóricos de Comportamiento	82



5.7.2	Modelo Conceptual de Enfermería de Virginia Henderson y Sexualidad	84
5.7.3	Modelos conceptuales de Planificación de Embarazo	87
5.8	ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA EN CIENCIAS DE LA SALUD	96
5.8.1	Uso de instrumentos de medida en investigación enfermera y ciencias de la salud ...	96
5.8.2	Diseño de un instrumento de medida.....	97
5.8.3	Validación de una escala. Propiedades psicométricas.....	110
6.	HIPÓTESIS	121
7.	OBJETIVOS	123
8.	METODOLOGÍA.....	125
8.1	Tipo de estudio.....	125
8.2	Selección de la Muestra	125
8.2.1	Justificación del ámbito de elección de la muestra.....	125
8.2.2	Criterios de selección de la muestra	126
8.2.3	Tamaño muestral.....	126
8.3	Desarrollo del proyecto:	127
8.3.1	Conceptualización y diseño de la escala.	127
8.3.2	Plan de Análisis y Validación psicométrica del instrumento	148
9.	RESULTADOS.....	158
9.1	Resultados de Revisión Bibliográfica.....	158
9.2	Análisis descriptivo de la muestra.....	159
9.3	Análisis de las propiedades psicométricas de la Escala REND	160
9.3.1	Estimación de validez	160
9.3.2	Análisis de fiabilidad.....	168
9.3.3	Análisis de constructo:.....	169
9.4	Análisis de la distribución de las puntuaciones de la Escala	183
10.	DISCUSIÓN	186
11.	CONCLUSIÓN	195
12.	BIBLIOGRAFÍA	198
13.	ANEXOS.....	215
13.1	DICTAMENES COMITÉS ÉTICOS DE INVESTIGACIÓN.	215
13.2	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA Y RESULTADOS POR BASES DE DATOS.	223
13.3	BORRADOR CUESTIONARIO ESCALA RIESGO DE EMBARAZO NO DESEADO.....	227
13.4	CARTA PRESENTACIÓN EXPERTOS.....	232



13.5	CATEGORIZACION DE LA ESCALA DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE EMBARAZO NO DESEADO (REND).....	234
13.6	EVALUACIÓN DE EXPERTOS. RONDA 1.....	243
13.7	INFORME RESUMEN EXPERTOS. DELPHI 1ª RONDA.	245
13.8	EVALUACIÓN DE EXPERTOS. DELPHI RONDA 2.	266
13.9	INFORME RESUMEN EXPERTOS. DELPHI 2ª RONDA.	275
13.10	EVALUACIÓN USUARIAS DE LA ESCALA REND.....	283
13.11	ESCALA DEFINITIVA DE RIESGO DE EMBARAZO NO DESEADO (REND).	284
14.	TABLAS.....	291
14.1	VARIABLES Y PREGUNTAS UTILIZADAS EN ESTUDIOS SOBRE INTENCIÓN DE EMBARAZO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	291
14.2	VARIABLES UTILIZADAS EN ENCUESTAS POBLACIONALES SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.	301
14.3	CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.	311
14.4	ASPECTOS PSICOMÉTRICOS PARA LA VALIDACIÓN DE UNA ESCALA.....	312
14.5	RESUMEN DE EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA DE ESCALAS DE SALUD.	315
14.6	PREGUNTA PICO.	317
14.7.	EJEMPLO FICHA BIBLIOGRÁFICA.	318
14.9	RESULTADOS RONDA 1 EXPERTOS MEDIANTE ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS.....	320
14.10	RESULTADOS RONDA2 EXPERTOS. ÍNDICE DE VALIDEZ DE CONTENIDO.	325
14.11	VALORACIÓN USUARIAS. PRETEST COGNITIVO.	330
14.12	PREGUNTAS CON >5% DATOS FALTANTES. ESTUDIO PRELIMINAR.....	177
14.13	PORCENTAJE DE “MISSINGS” TRAS ESTUDIO PRELIMINAR EN MUESTRA TOTAL.....	178
14.14	PORCENTAJE DE CEILLING EFFECT O EFECTO TECHO. ESTUDIO PRELIMINAR.....	181
14.15	CORRELACIÓN ÍTEM-TOTAL DE KENDALL.....	183
14.16	OMEGA DE MCDONALD. ESTUDIO PRELIMINAR Y DISTRIBUCIÓN DE PREGUNTAS POR DIMENSIONES.....	184
14.17	RANGO DE PUNTUACIONES DE LOS ÍTEMS DE LA ESCALA REND.....	185
15.	IMÁGENES	
15.1	PORCENTAJE DE MUJERES CON NECESIDADES INSATISFECHAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR ENTRE 15 Y 49 AÑOS QUE ESTÁN CASADAS O EN UNIÓN DE HECHO.....	55
15.2	PORCENTAJE DE MUJERES QUE USAN CUALQUIER MÉTODO ANTICONCEPTIVO ENTRE 15 Y 49 AÑOS QUE ESTÁN CASADAS O EN UNIÓN DE HECHO.....	57



15.3 MEDIA ESTIMADA DE DEMANDA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SATISFECHA CON MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MODERNOS ENTRE MUJERES CASADAS O EN UNIÓN DE HECHO DE 15 A 49 AÑOS.....	59
15.4 EFICACIA DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	65
15.5 EMBARAZOS NO PLANEADOS POR 1.000 MUJERES ENTRE 15-44 AÑOS, POR SUBREGIÓN.....	74
16. FIGURAS	
16.1. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DESDE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN EL CICLO VITAL.....	45
16.2. TERMINOLOGÍA DE INTENCIÓN DE EMBARAZO.....	72
16.3. ALGORITMO DE INTENCIÓN DE EMBARAZO.....	72
16.4. MODELO CONCEPTUAL DE UN MARCO TEÓRICO PARA INFORMAR ENFOQUES CENTRADOS EN LA MUJER PARA PREVENIR EMBARAZOS NO DESEADOS.....	98
16.5. MODELO CONCEPTUAL DE COMO LA ACEPTABILIDAD DE UN EMBARAZO EN UNA MUJER PUEDE RELACIONARSE CON LOS RESULTADOS DE EMBARAZO.	99
16. 6. ADAPTACIÓN DEL MODELO CONCEPTUAL DE PLANIFICACIÓN DE EMBARAZO.....	100
16.7. ADAPTACIÓN DEL MODELO DE COMPORTAMIENTO ANTICONCEPTIVO DE PRATT.....	102
16.8. ADAPTACIÓN DEL MODELO CONCEPTUAL DE PLANIFICACIÓN DE EMBARAZO/ EMBARAZO NO PLANEADO.	103
16.9. ADAPTACIÓN DEL MODELO CONCEPTUAL DE ACEPTABILIDAD SEXUAL DE LA ANTICONCEPCIÓN.....	105
1610. PASOS DEL PROCESO DE DESARROLLO DE INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	112
16.11. PROCESO DESARROLLO ESCALA REND.....	143
16.12. MODELO CONCEPTUAL REND. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	146
16 13. DIAGRAMA DE FLUJO PRISMA QUE MUESTRA EL PROCESO DE IDENTIFICACIÓN Y SELECCIÓN DE ESTUDIOS ELEGIBLES.....	173
16. 14. “HEATMAP” DE EFECTOS SUELO-TECHO.....	182
16. 15. RELACIÓN VARIABLE EDAD Y PUNTUACIÓN ESCALA REND.....	186
16.16. RELACIÓN VARIABLE NIVEL DE ESTUDIOS Y PUNTUACIÓN ESCALA REND.....	187
16. 17. RELACIÓN VARIABLE SITUACIÓN LABORAL Y PUNTUACIÓN ESCALA REND.....	188
16.18. RELACIÓN VARIABLE ESTADO CIVIL Y PUNTUACIÓN ESCALA REND.....	189
16.19. RELACIÓN VARIABLE NACIONALIDAD Y PUNTUACIÓN ESCALA REND.....	190
16.20. RELACIÓN VARIABLE CONVIVENCIA Y PUNTUACIÓN ESCALA REND.....	191
16.21. RELACIÓN RELACIONES SEXUALES Y PUNTUACIÓN ESCALA REND.....	192
16.22. RELACIÓN DESEO EMBARAZO Y PUNTUACIÓN ESCALA REND.....	193
16.23. RELACIÓN MOMENTO ADECUADO EMBARAZO Y PUNTUACIÓN ESCALA REND.....	194



16.24. RELACIÓN USO MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y PUNTUACIÓN ESCALA REND.....	195
16. 25. RELACIÓN TIPO MÉTODO ANTICONCEPTIVO Y PUNTUACIÓN ESCALA REND.....	196
16.26. RELACIÓN UTILIDAD INFORMACIÓN SEXUALIDAD Y MAC Y PUNTUACIÓN ESCALA REND.....	197
16. 27. DISTRIBUCIÓN DE PUNTUACIONES DE ESCALA REND. ESTUDIO PRELIMINAR.....	198
16.28. DISTRIBUCIÓN DE PUNTUACIONES DE ESCALA REND. MUESTRA TOTAL.....	199



Resumen

1. RESUMEN

El embarazo no deseado es uno de los retos más importantes a los que se enfrenta el sistema sanitario público y supone costes significativos para las mujeres y la sociedad en general, fundamentalmente en lo que respecta a los diferentes aspectos relevantes para la calidad de vida: familiares, psicológicos, socioeconómicos, de salud y de rendimiento laboral/escolar.

Sin embargo, dada la complejidad del concepto de embarazo no deseado debido a la intervención de componentes tanto internos como externos, no se dispone de herramientas que permitan una estimación del riesgo de embarazo no deseado (REND) para dimensionar el problema objetivamente. Además, este se mueve en un continuo durante toda la vida de la mujer y los puntos de vista sobre el embarazo y la maternidad suelen cambiar con el tiempo.

Objetivo

Diseñar y validar una escala de valoración del riesgo de embarazo no deseado en mujeres en edad fértil (15-49 años)

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo transversal en 496 mujeres entre 15 y 49 años usuarias de Centros de Salud Sexual y Reproductiva de la provincia de Valencia, para la elaboración y validación de una escala de REND.

Tras una revisión bibliográfica, se elaboró un modelo conceptual contemplando tres dimensiones o áreas temáticas: conducta sexual, intención de embarazo y conocimiento de métodos anticonceptivos. En base a este modelo, se seleccionaron 22 ítems que se evaluaron por expertos mediante Técnica Delphi para confirmar su validez de contenido. Se establecieron como criterios de desestimación de los ítems una media inferior a 3,5 y un porcentaje de respuesta alta (valores 4 y 5) menor del 80%. Se analizaron los resultados mediante el Índice de Validez de Contenido total y por ítem (CVI-S y CVI-I) teniendo en cuenta que un valor, en cualquiera de los casos, $\geq 0,8$ supondría una validez de contenido aceptable.

Se realizó una prueba piloto en 30 usuarias, para comprobar la validez aparente y viabilidad de la escala y posteriormente un estudio preliminar a 229 mujeres en el que utilizaron los criterios de Barrett, Smith y Wellings (2004) como orientación para refinar los ítems y de este modo favorecer la homogeneidad de la escala manteniendo al mismo tiempo la validez del contenido.

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra con frecuencias y rango y se procedió al análisis de la validez de constructo mediante el contraste de hipótesis con modelos de regresión ordinal y el Análisis de Componentes Principales Categóricos. A su vez, se calculó la consistencia interna de la escala mediante el Omega de McDonald.

Para el análisis de los datos se utilizó el software estadístico R Studio, versión 1.1.463.

Resultados

De la revisión bibliográfica se seleccionaron 201 artículos.

Según el análisis descriptivo, el perfil general de las mujeres incluidas en la muestra, serían mujeres españolas (88,12%) de 15 a 49 años, con un nivel de estudios universitarios/FP superior (41,9%) y Bachiller/FP medio (25,51%), mayoritariamente trabajadoras por cuenta ajena (51,01%), solteras (43,55%) o casadas/unión de hecho (38,91%) y en situación de convivencia en pareja con hijos (31,11%) o sin hijos (26,87%).

Tras la evaluación de los expertos, se modificaron algunos ítems para mejorar su comprensión y la asignación de riesgo. Se obtuvo un Índice de Validez de Contenido Total (S-CVI) de 0,86. En la prueba piloto, únicamente cuatro de las 30 mujeres encuestadas ofrecen una puntuación con una media inferior a 3,5 y <80% en respuestas altas (4-5). El tiempo empleado para responder el cuestionario, con una media de 4,74 (DE 0,43) y 100% respuestas altas (4-5) fue el criterio mejor valorado y la incomodidad de las preguntas resultó el peor valorado con una media de 3,01 (1,75) y un porcentaje de respuestas altas del 66,66%, lo que supuso una nueva revisión de la escala por parte de los expertos para intentar mejorar este criterio.

Tras el estudio preliminar, mediante los criterios de selección de ítems de Barrett, Smith y Wellings (2004), se eliminaron 4 ítems, quedando la versión final con 16 y se administró al resto de las mujeres de la muestra.

Mediante el contraste de hipótesis se observó una relación estadísticamente significativa entre una mayor puntuación en la escala REND(mayor riesgo) y menor edad, menor nivel de estudios, situación laboral inestable (estudiante, pensionista, desempleada), estado civil distinto a casada y convivencia sola o con padres/familiares sin hijos. Además se relacionó una puntuación mayor con tener relaciones sexuales, deseo de embarazo, momento no adecuado de embarazo, uso inconsistente de MAC, uso de métodos naturales, barrera u hormonales y menor percepción de utilidad de información sobre MAC.

En cuanto al cálculo de la fiabilidad mediante el Omega de McDonald, los ítems se agruparon en tres dimensiones, obteniendo un valor de 0,52 (IC95%[0,35-0,69]) para la dimensión 1-conducta y hábitos sexuales, 0,76 (IC95%[0,7-0,81] para la dimensión 2-deseo de embarazo y 0,45 (IC95%[0,21-0,58]) para la dimensión 3- uso y conocimiento MAC.



Respecto a la validez de constructo mediante Análisis de Componentes Principales Categóricos, se puede explicar un 41,8% del total de la varianza (15,6% con dimensión 1, 14% con la dimensión 2 y 11,2% con la dimensión 3)

Conclusión

En base a los resultados obtenidos en el proceso de elaboración de la escala de REND, se puede concluir que el modelo conceptual elaborado para definir los factores internos y externos que influyen en el constructo de embarazo no deseado, ha servido para diseñar una escala que permite cuantificar el riesgo del mismo, de manera que a mayor puntuación obtenida mayor riesgo de END, y ha permitido confirmar las hipótesis que aportan tanto un perfil de la mujer en riesgo de embarazo como ciertos factores determinantes de dicho riesgo.

A la vista de los resultados obtenidos respecto a las propiedades psicométricas de la Escala REND, su validez y fiabilidad son mejorables pero suficientes, para estimar el riesgo de embarazo no deseado y permitir su aplicabilidad en los ámbitos sanitario, escolar y social.

Palabras Clave: Embarazo no deseado, factores de riesgo, comportamiento sexual, contracepción, escala.



ABSTRACT

The unwanted pregnancy is one of the most important challenges facing the public health system and involves significant costs for women and society in general, mainly in regard to different aspects relevant to quality of life: family, psychological, socioeconomic, health and work / school performance.

However, given the complexity of the concept of unwanted pregnancy due to the intervention of both internal and external components, there are no tools that allow an estimation of the risk of unwanted pregnancy (REND) to dimension the problem objectively. In addition, it moves on a continuum throughout a woman's life and views about pregnancy and motherhood usually change over time.

Objective

Design and validate a scale for assessing the risk of unwanted pregnancy in women of childbearing age (15-49 years)

Methodology

A cross-sectional descriptive study was carried out in 496 women between 15 and 49 years old who were users of Sexual and Reproductive Health Centers of the province of Valencia, for the elaboration and validation of a REND scale.

After an exhaustive bibliographic review, a conceptual model was elaborated contemplating three dimensions or thematic areas: sexual behavior, intention of pregnancy and knowledge of contraceptive methods. Based on this model, 22 items were selected, which were evaluated by experts using the Delphi technique to confirm their content validity. An average of less than 3.5 and a high response percentage (values 4 and 5) less than 80% were established as criteria for rejecting the items. The results were analyzed by the Total Content Validity Index and by item (CVI-S and CVI-I), taking into account that a value, in either case, ≥ 0.8 would suppose a validity of acceptable content.

A pilot test was carried out on 30 users, to check the apparent validity and viability of the scale and then a preliminary study to 229 women in which the criteria of Barrett, Smith and Wellings (2004) were applied to refine the items and this way favor the homogeneity of the scale while maintaining the validity of the content.



A descriptive analysis of the sample with frequencies and range was carried out and the construct validity was analyzed by contrasting hypotheses with ordinal regression models and Principal Component Analysis. In turn, the internal consistency of the scale was calculated using McDonald's Omega.

For the analysis of the data the statistical software R Studio, version 1.1.463 was used

Results

From the bibliographic review 76 articles were selected.

According to the descriptive analysis, the general profile of the women included in the sample, would be Spanish women (88.12%) from 15 to 49 years old, with a higher level of university studies / VET (41.9%) and Bachiller / FP medium (25.51%), mostly women workers (51.01%), single women (43.55%) or married / de facto union (38.91%) and living together as a couple with children (31 , 11%) or without children (26.87%).

After the evaluation of the experts, some items were modified to improve their understanding and risk allocation. A Total Content Validity Index (S-CVI) of 0.86 was obtained. In the pilot test, only four of the 30 women surveyed offer a score with an average of less than 3.5 and <80% in high responses (4-5). The time used to answer the questionnaire, with an average of 4.74 (SD 0.43) and 100% high responses (4-5) was the best valued criterion and the discomfort of the questions was the worst evaluated with an average of 3.01 (1.75) and a high response percentage of 66.66%, which meant a new revision of the scale by the experts to try to improve this criterion.

After the preliminary study, using the item selection criteria of Barrett, Smith and Wellings (2004), 4 items were eliminated, leaving the final version with 16 and administered to the rest of the women in the sample.

By contrasting hypotheses, a statistically significant relationship was observed between a higher score on the REND scale (higher risk) and lower age, lower level of education, unstable employment situation (student, pensioner, unemployed), marital status other than married and coexistence alone or with parents / family without children. In addition, a higher score was related to having sexual intercourse, desire for pregnancy, inappropriate timing of pregnancy, inconsistent use of MAC, use of natural, barrier or hormonal methods and lower perception of the usefulness of MAC information.



Regarding the calculation of reliability by McDonald's Omega, the items were grouped into three dimensions, obtaining a value of 0.52 (95% CI [0.35-0.69]) for dimension 1-sexual behavior and habits , 0.76 (95% CI [0.7-0.81] for dimension 2-desire for pregnancy and 0.45 (CI 95% [0.21-0.58]) for dimension 3- use and knowledge MAC .

Regarding the construct validity by means of Analysis of Principal Categorical Components, 41.8% of the total variance can be explained (15.6% with dimension 1, 14% with dimension 2 and 11.2% with dimension 3)

Conclusion

Based on the results obtained in the elaboration process of the REND scale, it can be concluded that the conceptual model developed to define the internal and external factors that influence the construct of unwanted pregnancy, has served to design a scale that allows quantify the risk thereof, so that the higher the score obtained, the greater the risk of NDT, and has allowed confirming the hypotheses that provide both a profile of the woman at risk of pregnancy and certain determinants of that risk.

In view of the results obtained regarding the psychometric properties of the REND Scale, its validity and reliability are improvable but sufficient, to estimate the risk of unwanted pregnancy and allow its applicability in the health, school and social fields.

Keywords: Unwanted pregnancy, risk factors, sexual behavior, contraception, scale.



Introducción

2. INTRODUCCIÓN

El embarazo no deseado supone un tema relevante de salud pública que afecta tanto a las mujeres que lo sufren como a la sociedad en general, dadas sus reconocidas implicaciones socioeconómicas y de salud.

Las mujeres que se enfrentan a un embarazo no deseado deben afrontar la decisión de continuar o interrumpir dicho embarazo, lo que, en cualquiera de los casos, ocasionará consecuencias directas en su salud, situación económica y entorno familiar y social. Con frecuencia, un embarazo no deseado acaba en un aborto inducido.

El presente estudio surge de la inquietud y preocupación por las mujeres que sufren estas consecuencias y que, como profesionales de la salud, tenemos la responsabilidad de prevenir y atender proporcionándoles las herramientas necesarias adaptadas a sus necesidades y capacidades.

Desde esta perspectiva, se han venido realizando diversas intervenciones en materia de prevención para intentar evitar los embarazos no deseados, fundamentalmente de carácter educativo, pero las cifras de interrupciones voluntarias del embarazo siguen siendo preocupantes. Sin embargo, no se dispone de herramientas de estimación objetiva del riesgo de embarazo no deseado que permitan una intervención rápida en función del riesgo detectado.

El presente estudio, enfocado como estudio trasversal, plantea el diseño y validación de una escala de valoración del riesgo de embarazo no deseado que sea capaz de, por un lado, definir un perfil de mujer en REND y por otro estimar dicho riesgo en mujeres en edad fértil, de manera que a mayor puntuación obtenida en la escala suponga mayor riesgo de END. Todo ello, para poder ofrecer a la mujer en situación de riesgo, la intervención más adecuada acorde a su situación y necesidades reales.

Así pues, se elaborará una escala, basada en el marco teórico y en el modelo conceptual desarrollado en el presente estudio, que recogerá tanto características sociodemográficas (edad, nivel de estudios, estado civil, situación de convivencia, situación laboral, nacionalidad) como de carácter conductual (edad inicio de relaciones sexuales, tipo de pareja, uso de métodos anticonceptivos- MAC), cognitivo (conocimiento sobre tipos y eficacia de MAC, utilidad de información de MAC) y afectivo (susceptibilidad al embarazo, deseo de embarazo).

Posteriormente, se procederá a su validación mediante la comprobación de sus propiedades psicométricas (validez y fiabilidad) para considerar su utilidad y viabilidad para detectar y prevenir de manera fiable el riesgo de embarazo no deseado tanto en el ámbito sanitario como educativo y social y conseguir reducir las tasas de END y de las consecuentes Interrupciones Voluntarias del Embarazo.



Planteamiento del problema

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se considera que más de 200 millones de mujeres de todo el mundo manifiestan no querer más de tres hijos/as o desean espaciar más sus embarazos, sin embargo no utilizan o no pueden utilizar un método de planificación familiar eficaz, es decir, que tienen necesidades insatisfechas de anticoncepción.

La promoción de la planificación familiar y de los métodos anticonceptivos, es esencial para favorecer la toma de decisiones en materia de reproducción y con ella la autonomía de la mujer y su desarrollo social, cultural y económico y prevenir repercusiones negativas en su salud y bienestar debido a embarazos no deseados.

Un plan de vida reproductiva es un conjunto de metas personales con respecto a cuántos hijos, cuándo y cómo tenerlos en función de las prioridades, recursos y valores individuales. La falta de planificación de la vida reproductiva, dificultades en el acceso a la anticoncepción y el uso inconsistente de métodos anticonceptivos contribuyen a un embarazo no deseado. (Committee of Health Care for Underserved Women, 2016)

Los embarazos no deseados, se estima que representan 80 millones de los 210 millones de embarazos que ocurren en el mundo cada año. La estimación de embarazos no deseados incluye los nacimientos no planeados, abortos inducidos y abortos involuntarios secundarios a embarazos no deseados. Todos los abortos inducidos se consideran embarazos no deseados. (Sedgh, Singh, & Hussain, 2014)

Factores de riesgo asociados con el embarazo no deseado incluyen edades adolescentes, falta de acceso a servicios adecuados de planificación familiar, bajo nivel socioeconómico, uso incorrecto de métodos de planificación familiar y desconocimiento de los mismos. (Yazdkhasti, Pourreza, Pirak, & Abdi, 2015)

El embarazo no deseado se considera un embarazo de alto riesgo relacionado con resultados adversos para la madre, la pareja y el bebé. Entre las consecuencias negativas para la salud de la madre se encuentran: mayor riesgo de suicidio y de depresión, relaciones familiares inestables, riesgo de aborto espontáneo, nutrición deficiente durante la gestación, retraso en el inicio de la atención prenatal, tasas más altas de consumo de tabaco y alcohol, menor tasa de lactancia materna y riesgo de nacimiento de bebés prematuros y/o con bajo peso al nacer. (Yazdkhasti, Pourreza, Pirak, & Abdi, 2015) (Aiken, Dillaway, & Mevs-Korff, 2015) (Paterno & Jordan, 2012) (Wellings, y otros, 2013).



Se estima que 222 millones de mujeres desean retrasar el embarazo o no tener más hijos, pero no son usuarias activas de métodos anticonceptivos. Se han identificado como barreras asociadas al uso de anticonceptivos, la educación anticonceptiva inadecuada, la oposición social al uso de anticonceptivos y los efectos secundarios de algunos métodos anticonceptivos. (Wilson, y otros, 2015)

En España, teniendo en cuenta que el porcentaje de mujeres que utilizan método anticonceptivo teóricamente eficaz es del 70% y el 24,7% no utilizan ningún método, ello supone que el porcentaje de mujeres en riesgo de embarazo por no utilizar un método eficaz es bajo, lo que significaría que buena parte de los embarazos no deseados se producen por mal uso o problemas de cumplimiento con el método elegido. (Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva , 2016)

Así pues, las **mujeres en riesgo de embarazo no deseado** serían aquellas mujeres fértiles, con pareja de distinto sexo y sexualmente activas, que no encontrándose embarazadas y no deseando un embarazo en este momento, mantienen relaciones sexuales coitales sin utilizar ningún método anticonceptivo, utilizan una anticoncepción ineficaz o la usan de manera inconsistente o incorrecta. (Ong, Temple-Smith, Wong, McNamee, & Fairley, 2012) (Boulet, y otros, 2016) (Mosher, Jones, & Abma, 2015) (Mitjans-Lafont, y otros, 2017)

Se estima que de los 211 millones de embarazos que ocurren cada año en el mundo, aproximadamente 46 millones acaban en abortos inducidos, de los cuales el 40% se realiza en condiciones inseguras, con lo que el aborto se sitúa como tercera causa de muerte materna. (Vázquez & Caba, 2009)

Esto supone que entre el 8 y el 18% de las muertes maternas que suceden en el mundo se deben a abortos inseguros y por tanto el número de muertes relacionadas con el aborto en 2014 podría estimarse entre 22.500 y 44.000. (Sedgh, y otros, 2016)

Según el estudio del Equipo Daphne sobre anticoncepción (2011), del total de mujeres en edad fértil en España (15-49 años): 11.605.731 mujeres, el 16,8% estaría en riesgo de embarazo no deseado (1.950.000), de las cuales 6,1% estaría en riesgo por no utilizar método anticonceptivo sin desear un embarazo, 2,5% porque utiliza métodos anticonceptivos ineficaces y 8,2% por uso inconsistente del método anticonceptivo.

Según el Informe de Interrupción voluntaria del embarazo (IVE) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016), del total de 93.131 abortos recogidos en España en 2016, en 33.473 la mujer no utiliza métodos anticonceptivos.

Según el Informe de IVE en la Comunidad Valenciana (2015), se notificaron 8.392 interrupciones voluntarias del embarazo en 2014. La tasa de IVE en mujeres de 15 a 44 años fue de 8,2 por mil mujeres y de 6,9 en el grupo de 15 a 49 años.

Por todo ello, los embarazos no deseados suponen un problema relevante para la salud y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, pero a pesar de constituir un indicador básico de calidad de la salud sexual y reproductiva, su medición como variable cuantificable resulta compleja, ya que intervienen componentes subjetivos como la intencionalidad, la susceptibilidad y no se cuenta con herramientas que permitan una estimación precisa.

En la literatura científica revisada, se enfoca el problema desde diferentes perspectivas:

- **END y Factores de riesgo** (Taylor & James, 2011)(Finer & Zolna, 2016) (Metcalf, Talavlikar, Du Prey, & Tough, 2016) (Oulman, Kim, Yunis, & Tamim, 2015) (Abajobir, Calderón-Maravilla, Alati, & Najman, 2016) (Aiken, Barrero, Callegari, & Dehlendorf, 2016) (Yazdkhasti, Pourreza, Pirak, & Abdi, 2015) (Moss, Snyder, & Lin Do, 2015) (Aiken, Dillaway, & Mevs-Korff, 2015) (Morin, y otros, 2003) (Ebrahimzadeh, Hajizadeh, Vahabi, Almasian, & Bakhteyar, 2015) (Rowe, y otros, 2016) (The American College of Obstetricians and Gynecologist, 2016) (Wellings, y otros, 2013) (Yeatnab & Sennot, 2015) (Kost, 2015) (Kaufmann, Morris, & Spitz, 1997) (Godiwala, y otros, 2016) (Lidaka, Viberga, & Stokenberga, 2015) (Takahashi, y otros, 2012)
- **Relaciones sexuales de riesgo** (Heywood, Patrick, & Smith, 2015) (Greene-Foster, Higgins, Karasek, Ma, & Grossman, 2012) (Paterno & Jordan, 2012) (Abma & Martínez, 2017) (Edelman, De Visser, Mercer, McCabe, & Cassell, 2015) (Figueroa & Figueroa-Pérez, 2017) (García Polanco, 2014)
- **Uso y conocimiento de métodos anticonceptivos** (Ong, Temple-Smith, Wong, McNamee, & Fairley, 2012), (Boulet, y otros, 2016), (Daniels, Daugherty, Jones, & Mosher, 2015), (Martínez-Astorquiza-Ortiz de Zárate, Díaz-Martín, & Martínez-Astorquiza-Corral, 2013), (Wilson, y otros, 2015) (Kavanaugh & Jerman, 2018) (Higgins & Smith, 2016) (Skouby, 2010) (Alkema, Kantorova, Menozzi, & Biddecom, 2013) (Mosher, Jones, & Abma, 2015) (Abma & Martínez, 2017) (Kirby, 2016) (Altshuler, Galfield, & Kiarie, 2015) (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2015) (Bexhell, Guthrie, Cleland, & Trussell, 2016) (Jones, Tapales, Lindberg, & Frost, 2015) (Kaunitz, 2017) (Dehlendorf, Krajewski, & Borrero, 2014) (Lessard, y otros, 2012) (Kopp, Thunell, Brynhildsen, Linderberg, & Gemzell-Danielson, 2015) (Pratt, Stephenson, & Mann, 2014)



- **Aborto:** (Sedgh, y otros, 2016) (Jatlaoui, y otros, 2013) (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016) (Greene-Foster, Higgins, Karasek, Ma, & Grossman, 2012)
- **END en adolescentes** (Santos & Rosario, 2011) (Hindin, Kalamar, Thompson, & Upadhyay, 2016) (Abma & Martínez, 2017) (Birginsson, Zhao, Secura, Madden, & Peipert, 2015) (Figueroa & Figueroa-Pérez, 2017) (García Polanco, 2014)
- **Intervenciones de prevención de END:** (Hindin, Kalamar, Thompson, & Upadhyay, 2016) (Birginsson, Zhao, Secura, Madden, & Peipert, 2015) (Kirby, 2016) (Edelman, De Visser, Mercer, McCabe, & Cassell, 2015) (López, Grey, Tolley, & Chen, 2016)
- **Planificación familiar** (Ross, 2017) (Lete, De la Viuda, Gómez, Haimovich, & Martínez, 2015) (Costillas-Caño, y otros, 2018) (Jain, 2016)

Existen asimismo estudios centrados en la **elaboración y/o validación de escalas** de medición de END (Aiken, Westhoff, Trussell, & Castaño, 2016) (Brunner-Huber, Lysterly, Farley, & Alkhazraji, 2013) (Morin, y otros, 2003) (Kavanaugh & Schwarz, 2009), (Mumford, Sapra, King, Louis, & Buck-Louis, 2016) (Moreau, Bohet, Le Guen, Loilier, & Bajos, 2014) (Yeatnab & Sennot, 2015) (Wellings, y otros, 2013) (Kaufmann, Morris, & Spitz, 1997), factores de riesgo de END (Santos & Rosario, 2011) (Goossens, y otros, 2016), actitud hacia la sexualidad y conocimiento de anticonceptivos (Haynes, Ryan, Saleh, Ford-Winkel, & Ades, 2017) (Paterno & Han, 2014) (Jones, Tapales, Lindberg, & Frost, 2015)

El objetivo del presente estudio se enmarcaría dentro de la perspectiva de estos últimos estudios, que se plantean la estimación del riesgo mediante escalas de medición. Consistiría en elaborar una escala de medición de carácter prospectivo para valorar el riesgo de embarazo no deseado de una manera sencilla y que resultara aplicable a todas las mujeres en edad fértil, en cualquier ámbito donde lo necesiten (sanitario, social, escolar, etc...)



Justificación

4. JUSTIFICACIÓN

El concepto de Planificación Familiar fue definido por un Comité de Expertos de la OMS(1970), como aquellas prácticas que permitan a los individuos o parejas evitar nacimientos no deseados, favorecer los deseados, regular el intervalo entre embarazos y decidir el número de hijos de la unidad familiar.

La promoción de la planificación familiar, y con ella el acceso a los métodos anticonceptivos de elección por las mujeres y sus parejas, es esencial para lograr la igualdad entre hombres y mujeres. La libertad para tomar las decisiones en materia de reproducción permite a las mujeres alcanzar la autonomía, mejorar su posición social y ampliar sus oportunidades de desarrollo en terreno educacional y laboral. La capacidad de la mujer para decidir en que momento quiere embarazarse repercute en su salud y en su bienestar. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

Entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de las Naciones Unidas recogidos en el informe de 2013, la meta 5b exige lograr el acceso universal a la salud reproductiva para 2015. Para lograr este objetivo, es fundamental facilitar y ampliar el acceso a la información, a la atención y a la disponibilidad de una amplia gama de métodos anticonceptivos.

La salud reproductiva se centra en potenciar la maternidad consciente y responsable para reducir riesgos tratando de evitar los embarazos no deseados o potencialmente peligrosos. Los estados deben garantizar el acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva de buena calidad, incluida la anticoncepción, de manera que se garantice una toma de decisiones plenamente informada, siendo sensible a las necesidades de atención de salud sexual y reproductiva de los clientes y considerando todos los criterios de elegibilidad apropiados para ayudarlos a elegir y usar un método de planificación familiar de manera segura. (World Health Organization, 2015)

En la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social (2011), entre las recomendaciones para la promoción de la salud sexual, cabe destacar la nº 8: “Se diseñarán acciones encaminadas a la prevención de los embarazos no deseados y a la prevención de ITS, considerando los distintos contextos de vulnerabilidad”

Dentro del IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana (2016- 2020), aprobado por Acuerdo de 29 de abril de 2016, del Consell, en su *Línea Estratégica 3. Equidad en el acceso y calidad en la atención a la salud sexual y reproductiva, garantizando los derechos*



sexuales y reproductivos, se hace mención como objetivo específico a : “reducir las tasas de embarazos no planificados y de las IVE” (Mitjans-Lafont, y otros, 2017)

El abordaje del problema de salud que suponen los END se ha venido realizando mediante encuestas de fertilidad, reproducción y demográficas en distintos países y al amparo de diferentes instituciones (CDC-Assisted Reproductive Health Survey; PRAMS-Pregnancy Risk Assessment Monitoring System; NSFG-National Survey of Family Growth-EEUU; GHQ-General Health Questionnaire; Natsal-3- National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles-Londres; Estudio FECOND-Francia; VI Encuesta DAPHNE- Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva- Sociedad Española de Contracepción, Encuesta Nacional de Salud Sexual, Ministerio de Sanidad. España, Encuesta HABITS) para obtener cifras retrospectivas de incidencia de END.

La gran dificultad de alcanzar una medición objetiva de la incidencia de END radica en la diversidad de factores tanto internos como externos que influyen en la intención de embarazo de la mujer y en la capacidad de esta para afrontar la situación. Se supone que la intención ante un embarazo es una decisión consciente, pero a menudo esta intención no se alinea con el comportamiento y puede cambiar en el tiempo.

Recoger datos retrospectivos sobre el historial de embarazos o nacimientos, preguntando a mujeres embarazadas o con un parto reciente si el embarazo fue deseado en el momento de la concepción o si hubiera deseado el embarazo en otro momento, pueden verse sesgados ya que las mujeres pueden ser reacias a etiquetar un niño nacido como no deseado.

Una evaluación prospectiva de la intención del embarazo con medidas multidimensionales podría resultar una herramienta útil para aumentar la capacidad de los profesionales de salud de identificar a las mujeres que no tienen una intención clara respecto al embarazo y adaptar el consejo anticonceptivo y preconcepcional a sus necesidades e inquietudes para mejorar los resultados de salud de los embarazos (Kavanaugh & Schwarz, 2009) (Bruner-Huber, Lysterly, Farley, & Alkhazraji, 2013)

Desde esta perspectiva, el presente estudio plantea recoger datos prospectivos, antes de que la mujer quede embarazada, para intentar predecir el riesgo de embarazo no deseado y de esta forma actuar de manera preventiva.

Este diseño se considera más preciso pero rara vez se utiliza porque requiere de seguimiento en el tiempo para comprobar la capacidad predictiva de los datos recogidos. Por otro lado, tiene la ventaja de evitar los sesgos de memoria del diseño retrospectivo.



Aunque se basa en la suposición de que las preferencias de embarazo serán estables en el tiempo lo que podría llevar a sobreestimar los embarazos no deseados.

Entendemos que contar con una herramienta de medición sencilla y fiable que permita estimar el riesgo de embarazo no deseado aporta la ventaja de permitir actuar de manera preventiva y además, al recoger variables sociodemográficas y otras características relacionadas (uso MAC, hábitos sexuales, intención de embarazo) pueden funcionar como predictoras del END y establecer un perfil de mujeres en situación de riesgo.

La utilidad de la Escala de REND radica tanto en su aplicabilidad en el ámbito sanitario, escolar y social como en su capacidad preventiva permitiendo intervenir de la forma más adecuada a las necesidades de la mujer poniendo a su alcance los medios idóneos adaptados a su situación.

Aunque en principio la muestra utilizada en el estudio se ha centrado en usuarias de Centros de Salud Sexual y Reproductiva (CSSR) de la provincia de Valencia, las beneficiarias potenciales del estudio serán todas aquellas mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) que no se encuentren embarazadas, en cualquier ámbito de atención.

Se espera que los resultados del estudio permitan confirmar la validez y fiabilidad de la escala REND para detectar a las mujeres en situación de riesgo de END, definiendo tanto las características sociodemográficas como las situaciones particulares que puedan considerarse factores predisponentes al mismo.

De esta manera, la aplicación de la Escala REND podría suponer una herramienta de prevención primaria de ayuda a los profesionales de salud, educadores y trabajadores sociales, que trabajan con mujeres en edad fértil en cualquier ámbito de atención, de cara a orientar las posibles acciones ante el riesgo detectado adecuadas a las necesidades y capacidades de cada mujer.

Las acciones futuras a emprender en caso de comprobarse la hipótesis del estudio serían plantear el seguimiento de las mujeres que son consideradas en riesgo de END en función de la puntuación obtenida en la escala para comprobar la capacidad predictiva de la misma. También se podría ampliar la población a estudio para valorar la validez externa mediante la generalización de los resultados.



Marco Teórico

5. MARCO TEÓRICO

5.1 SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

5.1.1 Concepto de sexualidad

La **sexualidad** forma parte de la esencia de la naturaleza humana y evoluciona a lo largo de la vida, desde la niñez hasta la ancianidad, como parte fundamental de la misma. Está presente en los ámbitos físico, psicológico y social. Las necesidades y comportamientos sexuales irán evolucionando y modificándose durante el trascurso del desarrollo del ser humano. (Lara Ortega & Heras Sevilla, 2008)

La sexualidad supone una fuente esencial de comunicación y como tal, tiene varias dimensiones, entre las que encontramos la biológica, que se expresa en los aspectos biofisiológicos, como elementos para la procreación; la psicológica, que es una dimensión relacional, implica tanto la interacción y expresión de emociones, sentimientos, como la búsqueda de placer como reflejo del instinto más básico, y la dimensión social, fijada en los valores aceptados por la sociedad en la que el individuo se encuentra integrado y que condicionarán en gran medida sus comportamientos o conductas sexuales. (Rodríguez Gázquez, 2008)

La OMS define la sexualidad como "un aspecto central del ser humano presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los papeles de género la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos y creencias, actitudes, valores, conductas prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos y espirituales".

Aunque la base del comportamiento sexual humano son los instintos, a diferencia de los animales, su forma y expresión dependen del contexto sociocultural y en última instancia de la concepción individual, lo que dará lugar a distintos de comportamientos sexuales. Es decir, que aunque existen características comunes a todos los seres humanos que definen la sexualidad, cada uno de nosotros posee una concepción individual de ella. Cada contexto sociocultural supone una construcción colectiva con pautas y condicionantes propios que determinarán dicha concepción individual y a su vez un comportamiento sexual en consecuencia.

En la vida cotidiana, desde el punto de vista de relación entre personas, la sexualidad va mucho más allá de la finalidad reproductiva y de las normas de la sociedad. La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito social como individual, e influye de manera diferente en el modo y estado de salud de cada persona. Por ello es importante discriminar entre la sexualidad como búsqueda de placer y relación de afecto y la dimensión de la reproducción, como deseo de perpetuación de la especie. (Alarcón Argota, Coello Larrea, Cabrera García, & Monier Despeine, 2009)

Desde el punto de vista antropológico, en la cultura occidental, la sexualidad ha sido restringida al área de la **reproducción**, con lo que la responsabilidad de la misma recae sobre la mujer. A la sexualidad entendida como búsqueda de placer se le da una valoración negativa. Esta connotación negativa hacia el sexo se basa en muchas ocasiones en falsas creencias y mitos, y pueden estar ligadas a sentimientos de culpa sexual. La manera de afrontar esta culpa sería negarse a reconocerse como sexualmente activa, no utilizando métodos o usando métodos inseguros para evitar un posible embarazo, lo que ya supone un factor de riesgo. (Gómez Zapiain, 1993)

5.1.2 Salud Sexual y Reproductiva

La sexualidad y la reproducción determinan las identidades de mujeres y hombres, su grado de bienestar tanto individual como social y su estado de salud. Los derechos, que se han ido consiguiendo en diferentes ámbitos, nacionales e internacionales, a lo largo de los años, garantizan el desarrollo de la vida sexual y reproductiva basados en el respeto de la libertad y autonomía de las personas, a su dignidad y a disfrutar de una sexualidad plena. (Federación de Planificación Familiar de España, 2005)

El concepto de **salud sexual y reproductiva** (en adelante SSR) tal como la entendemos hoy en día, se inició con la Declaración de los Derechos Humanos, en 1948, en la que se recoge por primera vez una alusión directa a la salud materno-infantil, en la que se reconoce el derecho a cuidados y asistencia especiales a la maternidad e infancia.

En la Conferencia de Alma-Ata (1978) se incluye la planificación familiar como un requisito mínimo más de la salud materno-infantil. Y también se recoge en la Convención de las Naciones Unidas de 1979, sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), el derecho a la información y asesoramiento sobre planificación familiar como medio de asegurar la salud y el bienestar de la familia.



Aunque el origen de la definición de SSR se recoge en la “Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas (CIPD) celebrada en el Cairo en 1994, fue en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Naciones Unidas, en 1995 que tuvo lugar en Beijing, donde se perfila este concepto. Se aprueba la Declaración y Plataforma de Acción para gobiernos y entidades de todo el mundo.

La **Salud Reproductiva** se define en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) como: "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los asuntos relacionados con la salud reproductiva, sistema reproductivo y sus funciones y procesos". También establece que la Salud Sexual "es la mejora de la vida y las relaciones personales, y no simplemente el asesoramiento y la atención relacionados con la reproducción y las enfermedades de transmisión sexual". (World Health Organization, 2015)

En la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Naciones Unidas (1995), en su punto 97, se cita que “la capacidad de la mujer para controlar su propia fecundidad constituye una base fundamental para el disfrute de otros derechos y que la responsabilidad compartida con el hombre de las cuestiones relativas al comportamiento sexual y reproductivo también es indispensable para mejorar la salud de la mujer.” Además reconoce que la inadecuación y la falta de servicios para atender necesidades de salud sexual y reproductiva también repercute en la salud de la mujer.

El concepto de SSR es definido por el Fondo de Población de Naciones Unidas como un “enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombre y mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción”.

En 1996, la Unión Europea, en su “Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo relativo a la ayuda para políticas y acciones sobre la salud y derechos en materia de reproducción y sexualidad en los países en desarrollo” adopta formalmente el Plan de Acción de Naciones Unidas y promueve un enfoque de reconocimiento de salud y derechos sexuales y reproductivos, incluyendo el acceso universal a cuidados y servicios seguros en materia de salud sexual y reproductiva. (Mazarrasa Alvear & Gil Tarragato, 2005)

Entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de las Naciones Unidas recogidos en el informe de 2013, la meta 5b exige lograr el acceso universal a la salud reproductiva para 2015. Para lograr este objetivo, es fundamental facilitar y ampliar el acceso a la información, a la atención y a la disponibilidad de una amplia gama de métodos anticonceptivos.



La provisión de información y servicios anticonceptivos respetuosos con la privacidad individual, la confidencialidad y la elección informada, junto con la oferta de una amplia gama de métodos anticonceptivos seguros, aumentan la satisfacción de las personas y el uso continuado de la anticoncepción.

Los estados deben garantizar el acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva de buena calidad, incluida la anticoncepción, de manera que se garantice una toma de decisiones plenamente informada, siendo sensible a las necesidades de atención de salud sexual y reproductiva de los clientes y considerando todos los criterios de elegibilidad apropiados para ayudarlos a elegir y usar un método de planificación familiar de manera segura. (World Health Organization, 2015)

Pese a la íntima relación entre salud sexual y reproductiva (SSR), existe la necesidad de diferenciarlas, porque de otro modo, el enfoque reproductivista podría invisibilizar las necesidades en relación a la sexualidad, limitando su tratamiento a la vida reproductiva de las mujeres y reduciendo las actuaciones a este nivel de las políticas públicas.

La **salud reproductiva** es considerada como un estado completo de bienestar, físico, psicológico y social relacionado con los aspectos del sistema reproductivo, sus funciones y procesos, que incluye desde la prevención y el control de riesgos y complicaciones del embarazo, parto y postparto, a diferentes técnicas de reproducción, prevención de embarazos no deseados y a interrupciones voluntarias de embarazo. Implica pues, la capacidad de disfrutar de una vida sexual plena, garantizando el acceso a aquellos recursos y servicios públicos necesarios. (Federación de Planificación Familiar de España, 2005)

La atención de la salud reproductiva, según la IV Conferencia Mundial de Naciones Unidas (1995), “se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”.

La salud reproductiva se centra en potenciar la maternidad consciente y responsable para reducir riesgos tratando de evitar los embarazos no deseados o potencialmente peligrosos. Existen diversos factores por los que la salud reproductiva de muchas personas en todo el mundo se ve afectada:

- Conocimientos insuficientes sobre sexualidad y reproducción
- Acceso a información y servicios en materia de salud reproductiva insuficiente o de mala calidad
- Prevalencia de comportamientos sexuales de alto riesgo
- Prácticas sociales discriminatorias, etc...

Un adecuado acceso a servicios de atención de salud, incluida la planificación familiar y la atención obstétrica de emergencia, información y acceso a método anticonceptivos seguros y eficaces para el control de la fecundidad, permitiría evitar muchas de las complicaciones que sufren gran cantidad mujeres a lo largo de su vida reproductiva en todo el mundo. (Naciones Unidas, 1995)

La WAS (World Association for Sexology) en su definición de **salud sexual**, hace hincapié en que se requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, la posibilidad de disfrutar de ellas con seguridad, sin coerciones, discriminación ni violencia. Para lograrlo es necesario el respeto y protección de los derechos sexuales.

La salud sexual se hace evidente en expresiones libres y responsables de la sexualidad, que permitan llegar al bienestar individual y social. Implica un sentido de control del propio cuerpo, que está directamente relacionado con la autoestima personal, la cultura y el ambiente que nos rodea.

Un desarrollo correcto de la sexualidad es fundamental para el bienestar físico, emocional y mental, así como social. Incluye conceptos como sexo, género, orientación e identidad sexual, amor, apego emocional y también reproducción. La salud sexual implica autocontrol para decidir sobre temas relacionados con las relaciones sexuales como el inicio de la actividad sexual, frecuencia de relaciones sexuales y parejas, postergar o rechazar relaciones de riesgo que puedan conducir a un embarazo no deseado o una infección de transmisión sexual. (Rodríguez Gázquez, 2008).

5.1.3 Derechos sexuales y reproductivos

El cuidado de la SSR se reconoce tanto como una intervención fundamental para la mejora de la salud de las mujeres y los niños como un derecho humano.

En el párrafo 95, de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995), se cita que “los **derechos reproductivos** comprenden ciertos derechos humanos ya reconocidos en leyes nacionales, documentos internacionales sobre derechos humanos y otros documentos de consenso relacionados. Se basa en el reconocimiento básico de todas las parejas de decidir

libre y responsablemente del número y espaciamiento sus hijos y de tener la información y medios para hacerlo”.

Los derechos reproductivos van más allá de decidir sobre la reproducción, abarcan también la garantía de atención sanitaria prenatal y postnatal adecuada. Las mujeres tras el parto y durante la lactancia, deben tener la posibilidad de conciliar su vida personal, familiar y laboral para poder criar a su hijo en corresponsabilidad con su pareja, para ello deberán disponer de la información necesaria sobre sus derechos laborales. (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011)

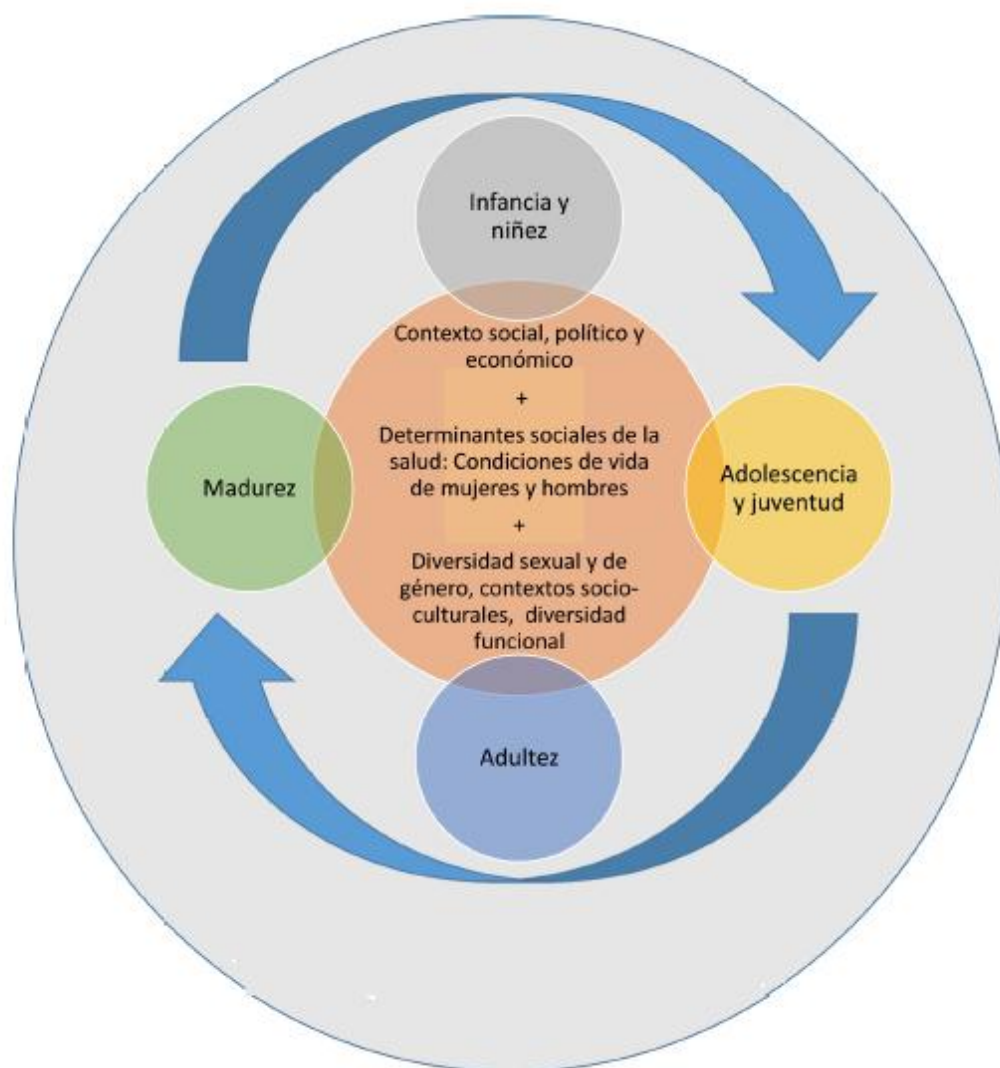
Los **derechos sexuales** incluyen, además del derecho de todas las personas a una vida sexual satisfactoria y libre, el respeto y reconocimiento de las diferentes opciones sexuales, disponer de información sobre sexualidad, educación sexual exenta de prejuicios y estereotipos sexistas y adaptada a las distintas necesidades del individuo según su etapa de desarrollo, asesoramiento y atención adecuada. Todo ello contribuirá al bienestar sexual.

Para que la salud sexual y reproductiva se desarrolle conforme a los consiguientes derechos, se requerirá de un compromiso, respeto y responsabilidad compartidos entre hombres y mujeres respecto al comportamientos sexual y sus consecuencias.

El concepto de ciclo vital en el enfoque de los derechos sexuales y reproductivos es esencial, ya que permite reconocer las características propias y la interconexión que existen entre las distintas etapas de la vida de las personas (infancia, niñez, adolescencia, juventud, adultez y madurez), reconociendo a sí mismo, la importancia de reducir las desigualdades entre hombres y mujeres para que ambos alcancen todo su potencial en salud sexual y reproductiva ([Figura 1](#)).

Se hace necesaria la coordinación y el trabajo conjunto entre todos los ámbitos implicados (sanidad, bienestar social, educación, trabajo, medioambiente, etc.) con el fin de alcanzar el mejor nivel de salud y bienestar de la población. (Mitjans-Lafont, y otros, 2017)

Las medidas públicas en materia de sexualidad y reproducción deberán ir encaminadas a conseguir el máximo nivel de salud posible, teniendo en cuenta factores biológicos, psicológicos, socioculturales de mujeres y hombres que determinen sus pautas sexuales y reproductivas. (Federación de Planificación Familiar de España, 2005).



*Figura 1. Salud Sexual y Reproductiva desde los Derechos Sexuales y Reproductivos en el Ciclo Vital.
Fuente: Mitjans-Lafont, y otros, 2017.*

5.1.4 Marco legal internacional, nacional y local sobre SSR

Marco Internacional

- **Informe Técnico nº 572. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1975.** Instrucciones y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud.
- **Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer.** Beijing, 1995. Naciones Unidas.
- **Declaración de Valencia sobre los derechos sexuales** (XIII Congreso Mundial de Sexología, 1997)
- **Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la Acción. Organización Panamericana de la Salud.** Organización Mundial de la Salud. Asociación Mundial de Sexología. Antigua Guatemala, Guatemala, 2000.
- **Asociación Mundial de Sexología.** Salud Sexual para el Milenio: Declaración y Documento técnico. Minneapolis, 2008.
- **Informe sobre salud sexual y reproductiva y derechos afines.** Comisión de derechos de la Mujer e Igualdad de Género. Parlamento Europeo, 2013.
- **La Estrategia Mundial para la Salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030).** Todas las mujeres, todos los niños 2015. Naciones Unidas.
- **Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de Naciones Unidas, 2016:**
 - Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las personas en todas las edades.
 - Objetivo 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas.

(Mitjans-Lafont, y otros, 2017)

Marco nacional

En la legislación española vigente, existen algunas referencias a la salud sexual, la igualdad de oportunidades y la violencia contra las mujeres, incluyendo el acoso y la violencia sexual.

- **Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre,** para reforzar la **protección de las menores y mujeres** con capacidad modificada judicialmente **en la interrupción voluntaria del embarazo**, en la que se rectifica el régimen de consentimiento de las menores para la interrupción del embarazo. “Suprime la posibilidad de que las menores de edad puedan prestar el consentimiento por sí solas, sin informar siquiera a sus progenitores.



De este modo, para la interrupción voluntaria del embarazo de las menores de edad será preciso, además de la manifestación de su voluntad, el consentimiento expreso de los titulares de la patria potestad”.

- **Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.** Esta normativa permitió, en 2011, la publicación de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Artículo 18. Punto 7:** “los programas de orientación en el campo de la planificación familiar y prestación de los servicios correspondientes.”
- **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.**
- **Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud,** que determina las actividades de coordinación y cooperación de las administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias.
- **Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.** Con ella, se regulan los aspectos básicos de las profesiones sanitarias tituladas en lo que se refiere a su ejercicio, a la estructura general de la formación de profesionales, a su desarrollo profesional y a su participación en la ordenación y planificación de las propias profesiones sanitarias.
- La **Directiva 80/155/CEE del 21 de enero de 1980** relativa a las competencias de las y los **especialistas en Enfermería Obstétrica-Ginecológica se incorporó a la legislación española por RD de 28 de junio de 1991**, estableciendo las actividades asistenciales de enfermería obstétrico-ginecológica en relación a la salud reproductiva y en concreto, a la vigilancia y evaluación del embarazo normal y la atención al parto.
- **Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre**, por el que se establece la **cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud** y en el punto 6.2 de servicios de atención a la adolescencia, se hace referencia a la *promoción de conductas saludables en relación a la sexualidad, evitación de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.*
- **Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres**, en su artículo 27 se recoge el compromiso para integrar el principio de igualdad de oportunidades en las políticas sanitarias.



- **Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades (2008-2011)**, con acciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva.
- **Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y Sida. España. 2008-2012, del MSPS.**
- **I Plan de Acción para las Mujeres con Discapacidad** aprobado por el Consejo de Ministros de 1 de diciembre de 2006
- **Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género**, que reconoce que en la violencia de género, se incluyen aspectos que tienen que ver con las agresiones sexuales y con el acoso sexual, y por ende con la igualdad, el respeto y la autonomía en las relaciones afectivas y sexuales.
- **Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal** que en su articulado recoge aquellos delitos que atentan contra la libertad e indemnidad sexual, en concreto, las agresiones sexuales (art. 178 – art. 180), los abusos sexuales y el acoso sexual (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011)

Marco Local

- **Decreto 149/1986, por el que se regulaba la prestación de servicios en materia de planificación familiar y sexualidad.**
En 2013, todos los CPF dependientes de ayuntamientos y diputaciones fueron integrados en la Conselleria de Sanitat. En este proceso se cambia la denominación de los Centros de Planificación Familiar, pasando a ser Centros de Salud Sexual y Reproductiva.
- **“Protocolos de Actuación en los Centros de Salud Sexual y Reproductiva. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. 2004”.** se produce la modernización de dichos centros, quedando definidas la cartera de servicio tal como está establecida actualmente
- **Decreto 147/1986, de 24 de noviembre, Programa para la promoción de la salud de la madre y el niño**, con un abordaje integral de la atención de la mujer en el proceso de la maternidad a lo largo del embarazo, parto y puerperio.
- **IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana (2016-2020), en su línea estratégica número 4, promover la salud sexual y reproductiva y su atención.** Se basa en la calidad, equidad y enfoque de género, y teniendo en cuenta los diferentes contextos de vulnerabilidad, diversidad y capacidad, dentro del marco de los derechos sexuales y reproductivos.

- En el objetivo dedicado a promover la salud en la adolescencia y juventud, se plantean acciones dirigidas a fortalecer el **Programa de Intervención en Educación Sexual (PIES)**.

- **Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva de la Comunitat Valenciana 2017-2021:**

La Comisión Coordinadora propone como líneas estratégicas:

1. Promoción de la salud sexual, bienestar y derechos sexuales.
2. Promoción de la salud reproductiva, bienestar y derechos reproductivos.

Objetivo específico

- 2.1. Promover la elección libre y responsable de la maternidad y la paternidad para un nacimiento deseado, seguro y satisfactorio, impulsando un cambio hacia valores sociales no discriminatorios.
3. Defensa del acceso universal a la atención y los derechos de salud sexual y reproductiva, reduciendo las desigualdades.

Objetivo específico

3. 1. Reducir las tasas de embarazos no planificados y de las IVE.
4. Generación de conocimiento, investigación, innovación y comunicación en salud sexual y reproductiva.

(Mitjans-Lafont, y otros, 2017)

5.2 COMPORTAMIENTO SEXUAL DE RIESGO

El comportamiento sexual de riesgo, se ha definido por la presencia de factores como múltiples parejas y relaciones sexuales sin protección, así como el no uso o uso inconsistente de anticonceptivos. (Edelman, De Visser, Mercer, McCabe, & Cassell, 2015)

La primera relación sexual completa suele tener lugar durante la adolescencia o edad adulta joven, marcando el comienzo de la vida sexual y reproductiva de un individuo. Esta iniciación temprana supone una mayor exposición a riesgos por no disponer en esta edad de suficiente información y de las habilidades necesarias para la gestión responsable de las relaciones sexuales. (García Polanco, 2014)

La primera relación sexual temprana es un problema de salud pública por varias razones: cuanto más temprana la edad de inicio es menos probable que sea consensuado o deseado y menos probable el uso de anticoncepción.

Aquellos que tuvieron la primera relación sexual temprana probablemente experimenten más parejas sexuales, diferentes prácticas sexuales y una mayor probabilidad de embarazo adolescente. (García Polanco, 2014)

Algunas de las variables relacionadas con prácticas sexuales de riesgo durante la adolescencia son: una educación sexual deficiente, factores biológicos (maduración sexual), factores personales (desarrollo de la capacidad cognitiva y conductual para un comportamiento sexual seguro), factores socioculturales y familiares (creencias religiosas, ambiente familiar restrictivo, influencia del grupo de iguales) y consumo de alcohol y drogas. (García Polanco, 2014) (Figueroa & Figueroa-Pérez, 2017)

Los adolescentes, cuando toman decisiones arriesgadas al tener relaciones sexuales sin utilizar métodos anticonceptivos, en realidad no prevén las consecuencias de las mismas y no participan en un proceso de toma de decisiones. La impulsividad, los sentimientos de invulnerabilidad y egocentrismo, propios de esta etapa, se han relacionado con las conductas sexuales de riesgo entre los adultos jóvenes (Godiwala, y otros, 2016) (Figueroa & Figueroa-Pérez, 2017)

La investigación sobre las asociaciones entre la primera relación sexual temprana y los resultados sexuales y reproductivos posteriores tiene implicaciones importantes para la educación e intervenciones de salud sexual, así como en las políticas públicas en salud sexual y reproductiva. (Heywood, Patrick, & Smith, 2015).

Por otro lado, las relaciones sexuales sin protección son actividades sexuales sin el uso de un método para prevenir el embarazo y/o las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Los motivos de las mujeres que deseando evitar el embarazo tienen relaciones sexuales sin protección y las explicaciones probables se podrían dividir en cuatro categorías:

- **Factores dependientes del método:** dificultades técnicas del uso de los anticonceptivos, posibles efectos secundarios y/o fallo propio del método anticonceptivo.
- **Factores relacionados con el usuario:** falta de información y preparación relacionadas con el uso de anticonceptivos. relaciones sexuales no planeadas, escasa susceptibilidad al embarazo (no creía que podía quedar embarazada), ambigüedad de deseo de embarazo
- **Factores relacionados con la pareja:** incomodidad con el uso de los anticonceptivos por parte de la pareja.

- **Problemas de accesibilidad** a métodos anticonceptivos (servicios sanitarios, coste, ...) (Pratt, Stephenson, & Mann, 2014)

Las relaciones sexuales sin protección se han asociado a mayor edad, al matrimonio, excesiva confianza, menor frecuencia de relaciones sexuales, efectos secundarios anticonceptivos y disminución del deseo sexual por el uso de anticonceptivos. (Paterno & Jordan, 2012)

Respecto a las actitudes hacia las relaciones sexuales sin protección, varios son los factores que pueden alentar a las parejas a tenerlas cuando no están buscando un embarazo, como beneficios sexuales y emocionales (sentirse mejor o con más naturalidad y reforzar la relación de pareja). Para algunas mujeres, los beneficios emocionales de tener una relación sexual sin protección pueden ser más importantes que el usar anticonceptivos para evitar un embarazo no deseado cada vez que se prevé una relación sexual. (Greene-Foster, Higgins, Karasek, Ma, & Grossman, 2012)

Todo ello hace necesario reflexionar sobre el enfoque de las intervenciones educativas sobre salud sexual y reproductiva y del asesoramiento anticonceptivo, cambiando la visión hacia un cambio de paradigma que coloque a la mujer en el centro de la atención y la toma de decisiones en la elección de un método anticonceptivo.

5.3 PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Según el concepto de salud reproductiva, el hombre y la mujer tienen derecho a recibir información sobre **planificación familiar**, métodos de regulación de la fecundidad legalmente permitidos y el acceso a métodos anticonceptivos seguros y eficaces, así como a recibir atención de servicios de salud adecuados que permitan embarazos y partos sin riesgo. (Naciones Unidas, 1995)

El concepto de Planificación Familiar fue definido por un Comité de Expertos de la OMS(1970). Se define como aquellas prácticas que permitan a los individuos o parejas evitar nacimientos no deseados, favorecer los deseados, regular el intervalo entre embarazos y decidir el número de hijos de la unidad familiar.

Los programas de Planificación Familiar surgieron, en los países desarrollados, como respuesta a una necesidad social creciente mientras que en los países en vías de desarrollo se iniciaron como resultado de políticas de control de natalidad para frenar el crecimiento poblacional.



Los servicios de salud deben responder a las demandas anticonceptivas y de salud reproductiva tanto individuales como colectivas, teniendo en cuenta las diferentes condiciones socioeconómicas y entornos culturales. (Lete & Martínez-Etayo, 2004)

Para conseguir estos objetivos, se evidencia la necesidad de asesoramiento y educación en materia de sexualidad, contar con servicios que proporcionen métodos anticonceptivos y asistencia sanitaria necesaria en tratamiento de infertilidad, asesoramiento genético, detección precoz de patologías que puedan influir en la fertilidad, etc...(Valero Lance, Rausell Vázquez, Pacheco Rodríguez, & García Cervera)

La promoción de la planificación familiar, y con ella el acceso a los métodos anticonceptivos de elección por las mujeres y sus parejas, es esencial para lograr la igualdad entre hombres y mujeres. La libertad para tomar las decisiones en materia de reproducción permite a las mujeres alcanzar la autonomía, mejorar su posición social y ampliar sus oportunidades de desarrollo en terreno educacional y laboral. La capacidad de la mujer para decidir en que momento quiere embarazarse repercute en su salud y en su bienestar.

Los riesgos a los que se enfrenta una mujer cuando queda embarazada son diferentes dependiendo de la edad. Una mujer adolescente tiene más probabilidades de dar a luz a un hijo pretérmino o de bajo peso al nacer, además de las repercusiones a largo plazo a nivel personal, familiar y social. Una mujer que se encuentre casi al final de su periodo fértil, tiene mayor probabilidad de tener niños con malformaciones.

Por ello es fundamental que los servicios de planificación familiar sean accesibles y con una amplia disponibilidad para todas las personas sexualmente activas. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

5.3.1 Necesidad insatisfecha de Planificación Familiar

Se considera que más de 200 millones de mujeres de todo el mundo manifiestan no querer más de tres hijos/as o desean espaciar más sus embarazos, sin embargo no utilizan o no pueden utilizar un método de planificación familiar eficaz. Un indicador clave a considerar en este aspecto es la **necesidad insatisfecha de Planificación Familiar**. Una mujer se considera que tiene necesidad insatisfecha de Planificación Familiar si está en edad reproductiva (de 15 a 49 años), si es fértil y no utiliza ningún método anticonceptivo moderno, pese a manifestar su deseo de planificar su fecundidad. (Vázquez & Caba, 2009)

Un plan de vida reproductiva es un conjunto de metas personales con respecto a cuántos hijos, cuándo y cómo tenerlos en función de las prioridades, recursos y valores individuales.

La falta de planificación de la vida reproductiva, dificultades en el acceso a la anticoncepción y el uso inconsistente de métodos anticonceptivos contribuyen a un embarazo no deseado. (Committee of Health Care for Underserved Women, 2016)

Actualmente, factores como la desigualdad económica y social, falta de información, desconocimiento de la oferta existente de servicios de salud por la población, impiden en numerosas ocasiones el control y la regulación de la fecundidad, y resultan causas indirectas de enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, complicaciones del embarazo y postparto. (Pinto, Leal Ortega, Cruz Santos, & Serrano Alfonso, 2008)

Una planificación familiar efectiva podría evitar hasta una de cada tres muertes maternas a nivel mundial al espaciar los nacimientos, evitar los embarazos no deseados y abortos inducidos y permitir a las mujeres elegir el tamaño familiar deseado. (Birginsson, Zhao, Secura, Madden, & Peipert, 2015)

Ayudar a las personas en el logro de sus intenciones de embarazo y mejorar los resultados maternoinfantiles y familiares aumentando la probabilidad de que los embarazos puedan ser planificados es el objetivo de Prevención Primaria del embarazo no deseado (Taylor & James, 2011).

En 2015, la estimación mundial de mujeres en situación de necesidad insatisfecha de anticoncepción era de unos 153 millones, 138 de ellas en países en desarrollo. (Wilson, y otros, 2015). En vista de las tendencias históricas y el crecimiento de la población, se prevén 161 millones (133-198 millones) de mujeres en edad reproductiva casadas o en convivencia en 2020 con una necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos modernos. (Alkema, Kantorova, Menozzi, & Biddecom, 2013). ([Imagen 1](#))

En la Cumbre de Londres sobre la Planificación Familiar realizada en 2012, se acordó hacer posible que 120 millones de mujeres con necesidad insatisfecha de anticoncepción moderna en los 69 países más pobres del mundo, se incorporen al uso de un método moderno de anticoncepción para el año 2020. Para ello se formó una alianza global —Planificación Familiar 2020 (PF2020)— para ayudar a que los países alcancen su meta nacional y medir el avance hacia el logro de la meta global. (Jain, 2016)

De los 120 millones de mujeres que se estima tenían necesidad insatisfecha en 2012 y que PF2020 tiene como objetivo ayudar, 75 millones nunca habían usado un método moderno y 45 millones habían usado un método moderno pero de forma discontinua.



PF2020 identifica 17 indicadores centrales para hacer el seguimiento del avance de los programas de planificación familiar (<http://www.pma2020.org/glossary-family-planning-indicators>). Entre los que podríamos destacar:

- **Tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos** (RCP): Proporción de mujeres de 15 a 49 años que están usando (o sus parejas) cualquier método anticonceptivo.
- **Uso de Método moderno** (mCPR): Proporción de mujeres de 15 a 49 años que usan (o su pareja) un método anticonceptivo moderno, que incluye métodos hormonales y de barrera, LARC (métodos reversibles de larga duración: DIU, implante), esterilización y anticoncepción de emergencia.
- **Necesidades insatisfechas**: Porcentaje de mujeres fértiles, sexualmente activas, entre 15 y 49 años que no usan anticoncepción y no desean quedar embarazadas en o al menos en los próximos dos años
- **Partos no deseados**: Porcentaje de nacimientos en los últimos 5 años a mujeres entre 15 y 49 años que se informa que son inoportunos (se deseaban más tarde) o no deseados
- **Método elegido por sí mismo o en conjunto**: Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que actualmente usan un método anticonceptivo moderno, informando que decidieron el método ellos mismos o conjuntamente con un compañero o proveedor.
- **Índice de información del método**: Porcentaje de usuarios recientes / actuales que informaron que estaban informados sobre otros métodos y sus efectos secundarios.
- **Razones para no usar anticonceptivos**: Razones para no usar métodos anticonceptivos entre mujeres casadas que expresan el deseo de posponer su próximo nacimiento por dos o más años
- **Edad en el primer sexo**: Edad mediana en el primer sexo en mujeres de 15 a 49 años.
- **Información recibida sobre planificación familiar del proveedor**: Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que informaron haber recibido información de planificación familiar de un proveedor en un centro o en su hogar en los últimos 12 meses.

Pese a las distintas iniciativas por promover la planificación familiar, siguen existiendo grandes diferencias en el nivel de necesidad insatisfecha de planificación familiar entre los países, fundamentalmente entre los desarrollados y los menos desarrollados. La cobertura a corto plazo de la demanda de planificación familiar está fuera del alcance de la mayoría de los países.

Aunque no existe una política o programa único para satisfacer las necesidades de planificación familiar, sin embargo, existe un compromiso básico entre casi todos los países del mundo para apoyar a la planificación familiar, ya sea de forma directa a través de recursos administrados por los gobierno o apoyo indirecto a través del sector privado, organizaciones no gubernamentales. (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2015)

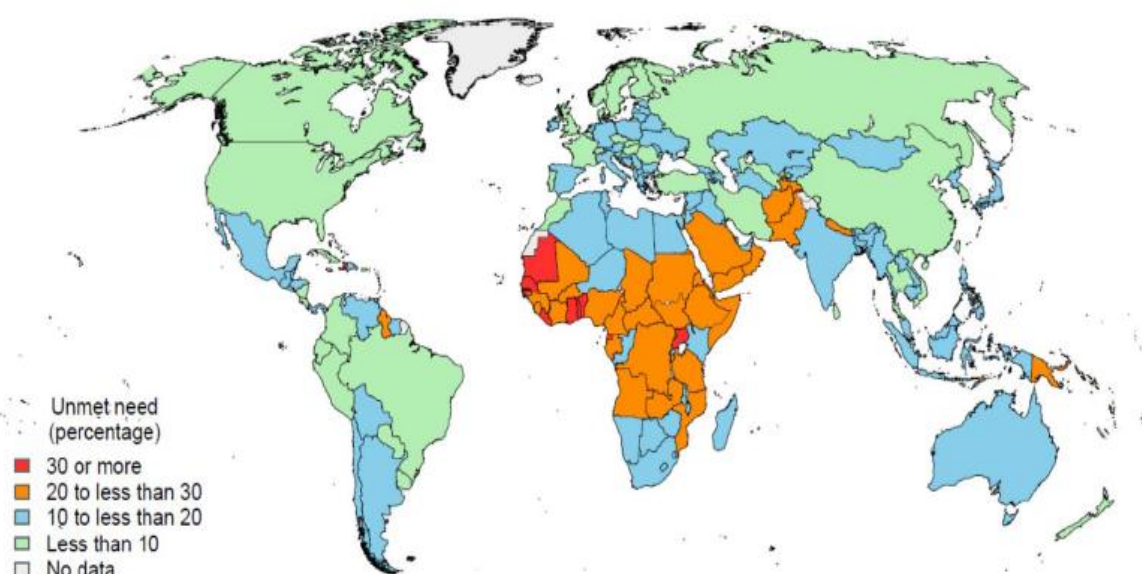


Imagen 1. Porcentaje de mujeres con necesidades insatisfechas de planificación familiar ente 15 y 49 años que están casadas o en unión de hecho, 2015. Fuente: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). *Trends in Contraceptive Use Worldwide 2015* (ST/ESA/SER.A/349). [Volver](#)

5.3.2 Datos mundiales de necesidades satisfechas de planificación familiar

Se pueden consultar los datos de **necesidades satisfechas de planificación familiar** (NSPF) con métodos anticonceptivos modernos en mujeres casadas o en convivencia aportados por la OMS (2016) en un mapa interactivo (OMS. *Maternal health. Need for family planning satisfied with modern method among married or in-union women (%)*).

http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/mdg5/atlas.html?indicator=i3

Llama mucho la atención que los datos más actualizados procedan de países subdesarrollados o en vías de desarrollo, como Ghana, Guatemala, Etiopía o Indonesia (2015) y datos de países como España, Italia o Bélgica, daten de los años 90.

Encontramos las dos cifras opuestas con 5,6% de NSPF en Sudán del Sur y 96.6% de China. Si lo analizamos por regiones, en Europa, pese a que los datos disponibles oscilan entre 1993 y 2013, encontramos que el país más desfavorecido en cuanto a NSPF es Albania con un 12, 9% y España se encuentra en el rango de 65-74,9% con un 72,6%, similar a otros países de otras regiones como Marruecos, Túnez o Rusia.

Mientras que países cercanos como Bélgica y Francia se encuentran en la franja de mayor cobertura con un 90,8 y un 95,5% respectivamente, comparable con EEUU, China o Brasil.

La Planificación Familiar se debe considerar como una inversión a largo plazo. La mujer sexualmente activa, en edad fértil (entre 15 y 49 años) es potencialmente capaz de dar a luz cerca de 12 veces. Así que se estima que si sólo deseara tener de dos a cuatro hijos/as, como media, tendría que utilizar métodos anticonceptivos durante al menos 16 años de su vida para evitar embarazos no deseados, que podrían acabar en aborto. (Vázquez & Caba, 2009)

5.4 METODOS ANTICONCEPTIVOS (MAC)

5.4.1 Uso de Métodos Anticonceptivos

El uso de métodos anticonceptivos supone un beneficio importante para la salud, ya que previenen embarazos no deseados que son, en muchas ocasiones, causantes de morbilidad materna e infantil. Además de lograr disminuir esta morbilidad, el acceso a la anticoncepción, como ya hemos citado anteriormente, contribuye al adecuado control de la sexualidad, la reproducción y la salud.

Facilitar el acceso a métodos anticonceptivos, a mujeres de países en desarrollo con una necesidad no atendida o insatisfecha en planificación familiar se estima que evitaría 54 millones de embarazo no deseados, 26 millones de abortos (de los cuales 16 millones serían en condiciones inseguras) y 7 millones de abortos espontáneos, así como 79.000 muertes maternas y 1 millón de muertes infantiles. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

El uso de anticonceptivos ha ido aumentando en muchas partes del mundo, sobre todo en países en vías de desarrollo (Asia y América Latina), pero sigue siendo muy bajo en África. Desde 1990 a 2012, la proporción de mujeres en edad fértil que usan algún método anticonceptivo a escala mundial, a escala mundial, ha aumentado discretamente del 54% al 57%. De 2008 a 2012, se ha estabilizado o ha sufrido pocas variaciones.

Por regiones: en Africa pasó de un 23 a un 24%, Asia se mantuvo en un 62% y en América Latina aumentó de 64 a 67%. ([Imagen 2.](#))

Respecto a la proporción de métodos anticonceptivos utilizados por hombres, representa una tasa de prevalencia relativamente pequeña respecto al total. Los métodos anticonceptivos masculinos se limitan al condón y la vasectomía (esterilización masculina).

La **necesidad insatisfecha de anticoncepción** sigue siendo alta. Las importantes desigualdades que se dan entre países desarrollados y en vías de desarrollo, se deben fundamentalmente a la diferencia poblacional y la escasez de servicios de planificación familiar. En Africa, se encuentran en esta situación el 53% de las mujeres en edad fértil, en Asia un 21% y en América Latina un 22%. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

Según el informe de la OMS (2014), de Estadísticas Sanitarias Mundiales, en global la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos es de un 63%. Por regiones, cabe destacar que el mayor índice de prevalencia de uso de anticonceptivos lo presenta la Región del Pacífico Occidental (80%), seguida de América (74%) y en tercer lugar Europa (69%). El último lugar, lo ocupa Africa (27%), siendo también la región con mayor prevalencia de necesidades no cubiertas de planificación familiar (25%).

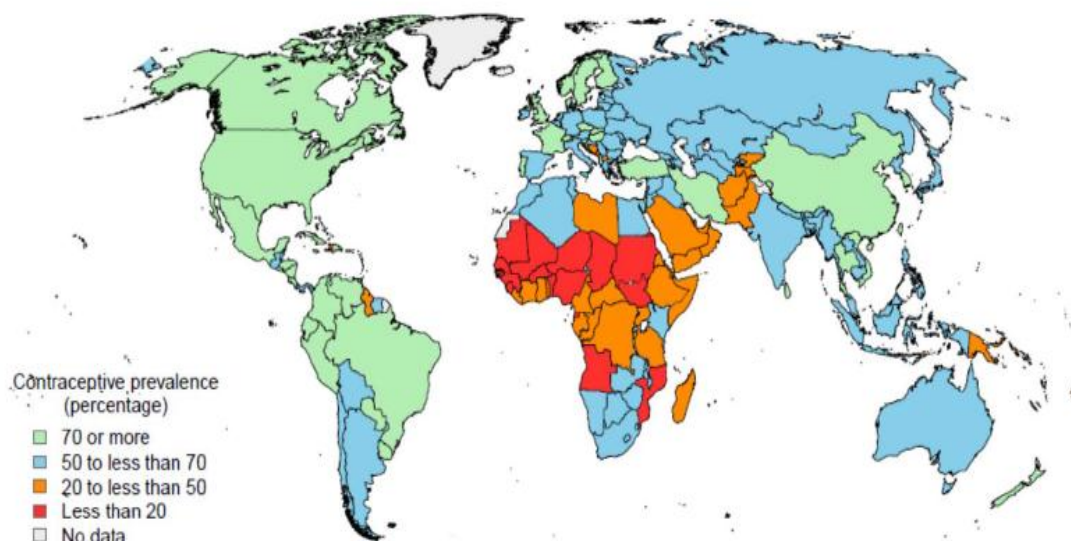


Imagen 2. Porcentaje de mujeres que usan cualquier método anticonceptivo entre 15 y 49 años que están casadas o en unión de hecho, 2015. Fuente: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). Trends in Contraceptive Use Worldwide 2015 (ST/ESA/SER.A/349).

Resulta llamativo que España tenga una prevalencia de uso de anticonceptivos sólo del 66%, bastante inferior a los países de su entorno como Portugal (87%), Reino Unido (84%) o Francia (76%) (Organización Mundial de la Salud, 2014)

En 2015 a nivel mundial, se estima que el 12% de las mujeres en edad reproductiva casadas o en convivencia tenían una necesidad insatisfecha de planificación familiar. Además, el 57% de las mujeres casadas o en convivencia usaba un método moderno de planificación familiar, que constituía el 90% de los usuarios de anticonceptivos: El 19% eligieron esterilización femenina y el 14% utilizaban el DIU. El 9 % de las mujeres consumieron la píldora, el 8 % condones masculinos y el 5 % utilizó los inyectables. Solo el 6% de las mujeres usaba el ritmo o la abstinencia. (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2015). ([Imagen 3](#))

Según el **Atlas de Anticoncepción** para el seguimiento del acceso a la anticoncepción moderna en Europa de marzo de 2018 (Foro Parlamentario Europeo sobre Población y Desarrollo, 2018), el 43% de los embarazos en Europa son involuntarios. El 69,2% de las mujeres europeas entre 15 y 49 años casadas o que conviven en pareja, usan anticonceptivos, porcentaje inferior a las tasas de uso en América Latina. Francia, Reino Unido y Bélgica proveen el mejor acceso a la anticoncepción de los 46 países encuestados.

La píldora es el tipo de anticoncepción más popular en Europa, seguido del preservativo masculino y el DIU. Los métodos reversibles de larga duración (LARC) como los implantes subdérmicos, inyecciones, DIUs son menos propensos al fallo y muestra mayor ratio de satisfacción que otros métodos anticonceptivos.

En España, el acceso a los métodos modernos es del 70,1%, una mejora sustancial de la recogida en 2017 de 59,7% pero, aún lejos del 90,1% de Francia, 87,6% de Reino Unido y el 90,1% de Bélgica. (Disponible en <https://www.contraceptioninfo.eu>)

Según los datos del **Estudio Poblacional sobre el Uso y la Opinión de los Métodos Anticonceptivos en España de 2016** (Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva, 2016), el 71,1% de las mujeres encuestadas, en edad fértil (de 14 a 49 años) utilizan algún método anticonceptivo. De estas, un 44,5% utiliza métodos eficaces independientemente de su uso consistente (correcto/continuado) o inconsistente (incorrecto, discontinuo).

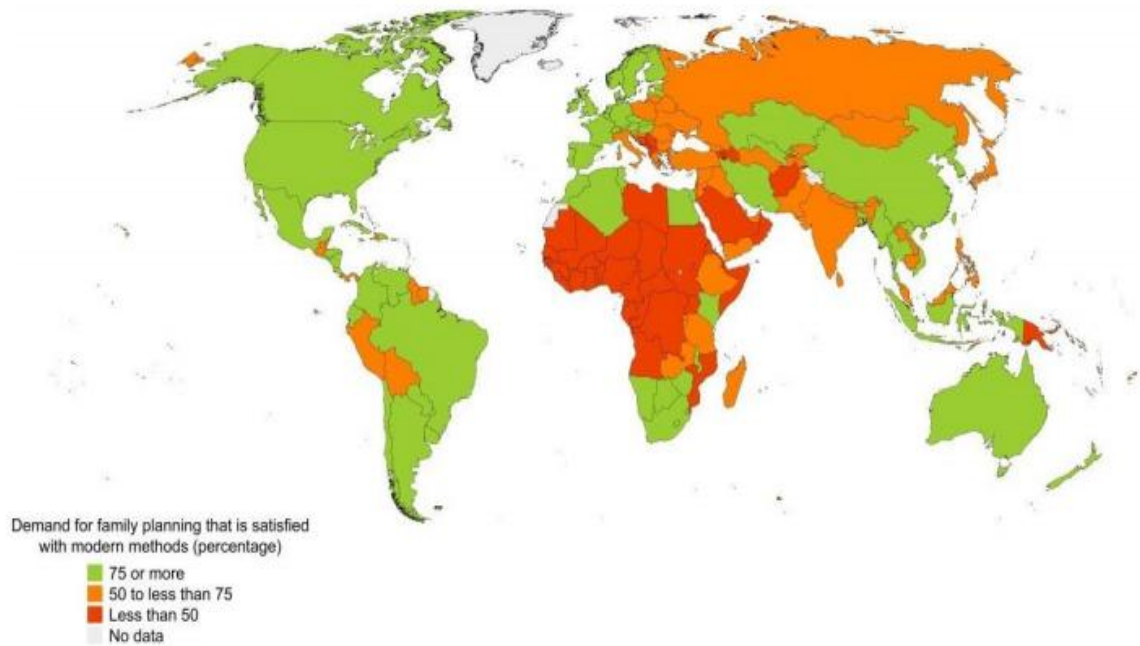


Imagen 3. Media estimada de demanda de planificación familiar satisfecha con métodos anticonceptivos modernos entre mujeres casadas o en unión de hecho de 15 a 49 años, 2017 (por cien). Fuente: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). World Family Planning 2017 - Highlights (ST/ESA/SER.A/414).

El preservativo sigue siendo el método anticonceptivo más utilizado en España (28,4 %), los métodos hormonales ocupan el segundo lugar y el mayor número de usuarias se concentra entre los 20 y 30 años. El mayor número de usuarias de DIU se concentra a partir de los 35 años y las de anticoncepción irreversible a partir de los 45 años.

El porcentaje de mujeres en riesgo de embarazo por no utilizar un método anticonceptivo teóricamente eficaz es bajo, lo que quiere decir que gran parte de los embarazos no deseados se producen por mal uso o problemas de cumplimiento con el método elegido.

Según el **Informe de Juventud de 2016**, el 85% de jóvenes entre 15 y 29 años utilizó algún método anticonceptivo en su última relación, el más usado fue preservativo con un 81% en varones y 65% en mujeres, en segundo lugar se sitúa la píldora con el 28%. En tercer lugar se sitúa el DIU. Respecto a los embarazos no deseados, la edad media de las adolescentes y jóvenes que tienen un END se aproxima a los 20 años. (Instituto de la Juventud, 2016)

Factores condicionantes de la adherencia y uso consistente

Una gran proporción de los END y no planificados resultan de una anticoncepción inconsistente, incorrecta o no utilizada. Numerosos estudios asocian el uso inadecuado de anticonceptivos con la ambivalencia respecto al embarazo, es decir, actitudes, comportamientos, creencias o emociones contradictorias respecto a evitar un embarazo. (Goossens, y otros, 2016)

Se estima que 222 millones de mujeres desean retrasar el embarazo o no tener más hijos, pero no son usuarias activas de métodos anticonceptivos.

Se han identificado como barreras asociadas al uso de anticonceptivos, la educación anticonceptiva inadecuada, la oposición social al uso de anticonceptivos y los efectos secundarios de algunos métodos anticonceptivos. (Wilson, y otros, 2015)

En estos casos, se han argumentado una gran variedad de **motivos de no uso** pero que generalmente son comunes en ámbitos y países diferentes:

- Poca variedad de métodos
- Falta de información sobre su uso y/o su efectividad
- Barreras de acceso a la anticoncepción, especialmente los jóvenes, los más pobres o los solteros.
- Miedo a efectos secundarios, porque en ocasiones ya los han padecido o por ideas o mitos erróneos.
- Razones culturales o religiosas
- Servicios de salud insuficientes o de mala calidad.
- Falta de autonomía por discriminación de género.

(Organización Mundial de la Salud, 2018)

Algunos estudios ponen de relevancia que las razones más comunes para no usar anticonceptivos manifestadas por las mujeres que tuvieron un parto reciente a consecuencia de un embarazo involuntario, fueron que no creían que pudieran quedar embarazadas y/o que no esperaban tener relaciones sexuales en el momento de la concepción. Es decir mostraron una baja susceptibilidad al embarazo y baja capacidad de anticipación y autoeficacia. (Mosher, Jones, & Abma, 2015) (Gómez Zapiain, 1993) (Bermúdez, Herencia-Leva, & Uribe Rodriguez, 2009)

Algunas mujeres también deciden abandonar o interrumpir temporalmente el uso de métodos anticonceptivos, lo que se denominaría **uso inconsistente**, y generalmente las razones más comunes son la falta de acceso, bajo riesgo percibido, olvido, temor a efectos secundarios, rechazo de la pareja, precio elevado, incomodidad, sentimientos de vergüenza al comprarlos, otros (consumo de alcohol, momento inesperado, rotura de preservativo) (Paterno & Jordan, 2012) (Ong, Temple-Smith, Wong, McNamee, & Fairley, 2012) (Vázquez & Caba, 2009).

En algunos estudios, las mujeres cuyas parejas masculinas apoyaban el uso de anticonceptivos tenían más probabilidades de utilizarlos de forma efectiva. De ahí la importancia de incluir también a los compañeros masculinos en la discusión de la prevención de embarazos no deseados. (Taylor & James, 2011)

Los principales **factores que afectan al uso de anticonceptivos** son:

- **Edad:** Para la mujeres menores de 25 años existe mayor vulnerabilidad frente al END por un mayor índice de fertilidad, intervalos más cortos entre relaciones coitales y mayor número de parejas sexuales, así como una menor capacidad de anticipación (consumo de alcohol y drogas, mayor impulsividad,...). Situación opuesta la sufren las mujeres mayores de 40 años que confían en su menor fertilidad y mayor estabilidad de pareja y se relajan en el uso constante de los MAC.
- **Número de parejas sexuales:** Tener la misma pareja durante periodos largos de tiempo se ha asociado con el uso consistente de anticonceptivos y con el uso de métodos más eficaces (hormonales, LARC)
- **Actitudes hacia la contracepción:** La baja satisfacción con el MAC actual, un nivel limitado de conocimientos sobre la anticoncepción y un menor nivel de autoeficacia anticonceptiva (capacidad para usar MAC en estado de excitación) lleva a un mayor sentimiento de vulnerabilidad frente al embarazo no deseado.
- **Uso de doble anticoncepción:** el uso inconsistente de MAC pone a las mujeres tanto en riesgo de END como de ITS.
(Ong, Temple-Smith, Wong, McNamee, & Fairley, 2012)

Otros factores asociados con el incumplimiento encontrados:

- alta duración del tratamiento,
- escasa información sobre el método anticonceptivo,
- falta de comprensión de las instrucciones sobre el método anticonceptivo,
- indiferencia ante la posibilidad de un embarazo,
- falta de apoyo de la pareja,

- no participación en la selección del método,
- no tener una rutina para tomar tratamiento
- dificultades para recordar el uso del método anticonceptivo.

Las percepciones de las mujeres influyen en sus decisiones anticonceptivas. Para asegurar el éxito de la toma de decisiones anticonceptivas informadas, los profesionales de la salud deben tener en cuenta que la percepción de las mujeres sobre la facilidad de uso del método es más importante que la eficacia percibida, los beneficios para la salud o los riesgos. (Martínez-Astorquiza-Ortiz de Zárate, Díaz-Martín, & Martínez-Astorquiza-Corral, 2013)

5.4.2 Conocimiento de los MAC

Existen varios temas de preocupación constante en el campo de la salud reproductiva, entre ellos la falta de conocimiento y / o percepciones erróneas sobre la fisiología reproductiva y la fertilidad, incluyendo informaciones incorrectas de las probabilidades de embarazo así como problemas de acceso a anticonceptivos y falta de capacidad en la anticipación de las relaciones sexuales coitales. (Greene-Foster, Higgins, Karasek, Ma, & Grossman, 2012)

La **información sobre métodos anticonceptivos** y la prestación de servicios de salud de calidad, que respeten la confidencialidad e intimidad de la persona y faciliten el adoptar decisiones informadas, junto con la disponibilidad de una gran variedad de anticonceptivos seguros, aumentarán la satisfacción de la población y favorecerán el uso continuado o consistente de los mismos.

Por ello los/las clientes deben recibir información adecuada utilizando un lenguaje y formato que pueda comprender fácilmente para ayudarles a tomar una decisión informada y voluntaria sobre el método anticonceptivo a elegir. Según la OMS, se debe incluir información sobre:

- Efectividad relativa de los MAC
- Uso correcto
- Funcionamiento
- Efectos secundarios más comunes
- Posibles riesgos y beneficios para la salud
- Signos y síntomas de alarma
- Retorno a la fertilidad tras interrupción del uso del método
- Protección contra ITS

(World Health Organization, 2015)

El nivel de información recibido sobre los MAC, y el nivel de comprensión de esta información, así como el entrenamiento en el uso de los MAC pueden influir en el grado de cumplimiento de estos. (Martínez-Astorquiza-Ortiz de Zárate, Díaz-Martín, & Martínez-Astorquiza-Corral, 2013)

El conocimiento del uso de anticonceptivos es un componente esencial de la prevención primaria. La prevención primaria del embarazo no deseado también incluye una evaluación de la satisfacción del usuario con su método anticonceptivo en visitas posteriores y coordinación con atención primaria. (Taylor & James, 2011)

Se estima que más de la mitad de todos los embarazos no deseados son consecuencia del uso indebido y la interrupción de los anticonceptivos efectivos. Las mujeres interesadas en evitar el embarazo pueden no ser capaces de hacerlo por carecer de los conocimientos básicos sobre la seguridad, la eficacia o el uso de los diferentes métodos anticonceptivos.

Desde esta perspectiva, es imprescindible contar con métodos válidos y confiables para evaluar el conocimiento de los anticonceptivos y demostrar que las intervenciones educativas sobre anticoncepción pueden mejorar la comprensión y reflejarse en modificaciones de comportamiento y resultados clínicos. (Haynes, Ryan, Saleh, Ford-Winkel, & Ades, 2017)

Una atención de calidad y un nivel adecuado de información (real o percibida) ofrecidas a las clientas de MAC en el contacto inicial se asocian positivamente a un uso correcto y continuado del anticonceptivo y menor índice de END.

Se hace necesario, pues, un intercambio adecuado de información entre los profesionales sanitarios y las usuarias para ayudarlas a seleccionar un método adecuado a sus necesidades de salud reproductiva y para que lo usen de manera eficiente con el fin de lograr sus metas reproductivas. (Jain, 2016)

5.4.3 Clasificación y eficacia de los métodos anticonceptivos

El objetivo fundamental para usar cualquier método anticonceptivo es evitar las consecuencias negativas que se derivan de un embarazo no deseado (físicas, psicológicas, económicas, familiares y sociales). Además de que un porcentaje elevado de embarazos no deseados suele acabar en aborto. (Lete, y otros, 2003)

En la literatura podemos encontrar la clasificación de los distintos métodos anticonceptivos en función del mecanismo de acción (naturales, barrera, químicos, hormonales, quirúrgicos, otros) (Hernández, 2013), de la duración (reversibles acción inmediata /acción prolongada/ no reversibles) (Black, Gupta, Rassi, & Kubba, 2010), de su dependencia del coito (no dependientes/dependientes) (Gómez Zapiain, 1993), de su novedad (tradicionales o modernos) (Frost & Finer, 2007), de su eficacia (muy eficaces, poco eficaces). (Lete, y otros, 2003).

Según su **mecanismo de acción**, los métodos anticonceptivos se distinguen en:

1. Metodos Naturales:
 - a. Coito interrumpido
 - b. Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad: Temperatura basal, observación moco cervical, Ogino-Knaus (Calendario)
 - c. Método de amenorrea de la lactancia (MELA)
2. Métodos Barrera:
 - a. Preservativo masculino
 - b. Preservativo femenino
 - c. Diafragma, capuchón vaginal, esponja vaginal (asociados a espermicidas)
3. Métodos Químicos: espermicidas
4. Métodos Hormonales: Anticonceptivos Hormonales Combinados y Anticonceptivos de Progestina Sola
 - a. Anticonceptivos Orales Combinados y de Progestina sola (Píldoras anticonceptivas)
 - b. Anticonceptivos Inyectables Combinados
 - c. Parche Anticonceptivo Combinado
 - d. Anillo Vaginal Anticonceptivo Combinado
 - e. Implante Hormonal
 - f. Anticoncepción De Emergencia (AE)
5. Métodos de esterilización quirúrgica:
 - a. Esterilización Masculina: Vasectomía
 - b. Esterilización Femenina: Ligadura de Trompas, Obstrucción de Trompas..
6. Otros: Dispositivo Intrauterino
 - a. DIU con Cobre
 - b. DIU liberador de levonogestrel
 - c. DIU con cobre para anticoncepción de emergencia

La clasificación por **efectividad** también está muy extendida y resulta práctica a la hora de valorar la posibilidad de fallo del método anticonceptivo (Lete, y otros, 2003) (Black, Gupta, Rassi, & Kubba, 2010).

Respecto a la **efectividad anticonceptiva** hay que diferenciar entre efectividad teórica (uso perfecto), que supone la tasa de embarazo entre aquellos que hacen un uso correcto y consistente y efectividad real (uso típico), que supone un posible uso incorrecto, inconsistente o por fallo del propio método en sí.

La efectividad real también puede estar influenciada por otros factores como la frecuencia de relaciones sexuales, edad o regularidad del ciclo menstrual. (Kaunitz, 2016)

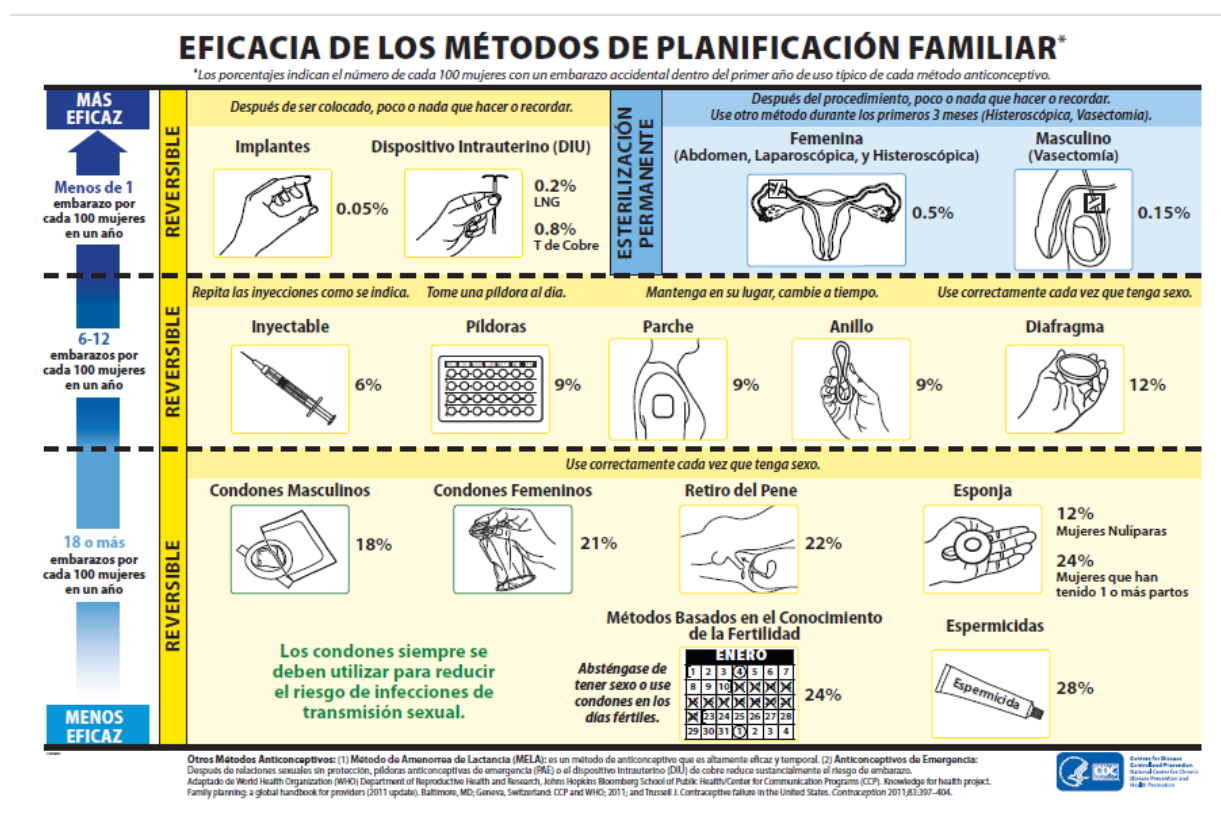


Imagen 4: Eficacia de los métodos de planificación familiar. Fuente: CDC. Disponible en: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/unintendedpregnancy/pdf/Eficacia-de-los-M%C3%A9todos-de-Planificaci%C3%B3n-Familiar-Afiche.pdf>

La **clasificación por nivel de efectividad** según su uso típico*:

- Métodos muy efectivos (según su uso típico): menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres en un año.
 - Implante (0,05%)
 - Dispositivo Intrauterino (DIU): 0,2% LNG y 0,8% T de cobre
 - Esterilización permanente: masculina (vasectomía) 0,15% y femenina (abdomen, laparoscópica e histeroscópica) 0,5%.

Estos métodos están asociados a tasas de embarazos muy bajas independientemente de la población usuaria porque su acción está mínimamente influenciada por la adherencia del paciente. El uso perfecto y típico son prácticamente equivalentes.

- Métodos efectivos (según su uso típico): De 6 a 12 embarazos por cada 100 mujeres en un año.
 - Inyectable (6%)
 - Anticonceptivos orales (9%)
 - Parche transdérmico (9%)
 - Anillo vaginal (9%)
 - Diafragma (12%)

Se asocian a una tasa muy baja de embarazo siempre que se utilicen de manera correcta y consistente.

- Métodos poco efectivos (según su uso típico): 18 o más embarazos cada 100 mujeres en un año.
 - Preservativo masculino (18%)
 - Preservativo femenino (21%)
 - Esponja vaginal (12% en mujeres nulíparas y 24% en mujeres con 1 o más partos)
 - Coitus interruptus (22%)
 - Espermicidas (28%)
 - Métodos basados en el Conocimiento de la Fertilidad (24%)

Las tasas de embarazo reales son mucho más altas que las tasas de uso perfecto.

**Los porcentajes indican el número de cada 100 mujeres con un embarazo accidental dentro del primer año de uso típico de cada método anticonceptivo.*

(Organización Mundial de la Salud, 2017)

Clasificación según efectividad y duración (Boulet, y otros, 2016)

- Métodos anticonceptivos permanentes altamente efectivos: esterilización femenina (ligadura de trompas), o masculina (vasectomía).
- Métodos anticonceptivos reversibles de larga duración-LARC (Long-Acting Reversible Contraception) altamente efectivos: Dispositivos Intrauterinos (DIU) e implantes anticonceptivos.
- Métodos anticonceptivos reversibles acción prolongada moderadamente efectivos: inyecciones de hormonas, píldoras anticonceptivas, parches anticonceptivos transdérmicos y anillos vaginales.
- Métodos anticonceptivos reversibles acción inmediata menos efectivos: diafragma, preservativos (masculino o femenino), diafragma, esponja, abstinencia, espermicida, métodos basados en la fertilidad, anticoncepción de emergencia.

Se consideran métodos modernos todos aquellos métodos anticonceptivos independientemente de su mecanismo de acción y efectividad, excepto el coitus interruptus y el método del calendario o método del ritmo, considerados métodos tradicionales. (Organización Mundial de la Salud, 2018).

La probabilidad de un embarazo no deseado es muy alta para las parejas que eligen como método anticonceptivo cualquiera de los conocidos como naturales, incluyendo el coito interrumpido, moderada para aquellas que utilizan anticonceptivos orales o preservativos, muy baja para las usuarias de métodos como el DIU, implante o anticonceptivo hormonal inyectable (porque la posibilidad de uso incorrecto o inconsistente es menor) y prácticamente nula para aquellas parejas que optan por la esterilización. (Alan Guttmacher Institute, 1999)

5.4.4 Anticoncepción de emergencia (AE)

Los embarazos no deseados consecuencia de relaciones sexuales no planificadas o de fracaso de métodos anticonceptivos son más frecuentes de lo deseable, considerando que para prevenir el embarazo en una relación sexual que se da sin la protección adecuada existe un método seguro y eficaz como es la anticoncepción de emergencia (AE) (Langer, 2002)

La anticoncepción de emergencia se refiere a la anticoncepción que se utiliza como método de emergencia en el caso de una relación sexual desprotegida para evitar un embarazo no deseado.

Como su propio nombre indica, la AE sólo se debe utilizar en situaciones puntuales y no para uso regular, ya que además de que existe mayor probabilidad de fallo su uso frecuente puede ocasionar efectos secundarios como irregularidades menstruales. (Rodríguez Cabrera & Álvarez Vázquez, 2006)

Se recomienda recurrir a la AE en caso de no haber utilizado ningún método anticonceptivo, cuando este falla o ha sido usado incorrectamente o bien en caso de agresión sexual cuando la mujer no se encuentra protegida con ningún método anticonceptivo eficaz. Hay que reseñar que la AE no previene del contagio de enfermedades de transmisión sexual, ya que no es un método barrera, en caso de sospechar un riesgo de infección es recomendable acudir a un centro sanitario.

Según los criterios de elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la OMS (2015), se contempla como AE, las píldoras anticonceptivas de emergencia (tanto de levonogestrel como combinadas) en una única dosis y el DIU liberador de cobre que puede ser usado dentro de los 5 días después del coito sin protección.

Cuanto más pronto se usa después de la relación sexual de riesgo, mayor porcentaje de éxito tendrá. Se considera que la efectividad de las píldoras anticonceptivas de emergencia es de entre un 60% y 93% si se usa dentro de las 72 horas siguientes.

La existencia de barreras para el acceso a la AE, es una muestra de desigualdad de respuesta del sistema sanitario. Actualmente, este procedimiento no se ha generalizado en todos los protocolos de anticoncepción por lo que hay mujeres que se encuentran con serias dificultades para conseguir información y disponibilidad de la AE lo que supone un retraso en su dispensación que las sitúa en riesgo de embarazo no deseado. (Mazarrasa Alvear & Gil Tarragato, 2005)

5.5 EMBARAZO DESEADO Y NO DESEADO

5.5.1 Demografía del embarazo

La transición demográfica se caracteriza por la disminución de las tasas de fecundidad y de mortalidad, que se traduce en el envejecimiento progresivo de la población.

Los deseos y expectativas respecto al embarazo, pueden verse influenciados por la cultura, el contexto social e histórico. Dependerá del papel fundamental que se le asigne a la mujer en una sociedad determinada, sus expectativas reproductivas irán desde el papel de madre-cuidadora a madre-trabajadora.

El inicio tardío de la reproducción y el deseo de un número menor de hijos se relacionan con un mayor desarrollo social y mayor nivel escolaridad de la madre. (Langer, 2002)

El deseo de una familia pequeña ha ido progresando en el mundo desarrollado desde los años 70. La mayoría de las parejas definen el tamaño ideal de familia en dos hijos. La mayor integración social, económica y cultural de la mujer, se ha traducido en un deseo de menor número de hijos y un retraso en la edad de inicio de la maternidad. Sin embargo, en algunos países en desarrollo, las mujeres expresan que tiene más hijos de los que desearían. (Alan Guttmacher Institute, 1999)

En 2012 se produjeron 213 millones de embarazos a nivel mundial, algo superior a los 211 millones que se registraron en 2008. De los cuales 190 millones (89%) se produjeron en el mundo en desarrollo.

Más de la mitad de todos los embarazos se produjeron en Asia, 25% en Africa, 8% en América Latina, 7% en Europa, 3% América del Norte y menos 1% en Oceanía.

Respecto a las tasas de embarazo para mujeres de 15 a 44 años, a nivel mundial se produjeron 133 embarazos/1000 mujeres en edad reproductiva en 2012. La tasa del mundo desarrollado es mucho menor que la del mundo en desarrollo (94 y 140 respectivamente). Las tasas de embarazo variaron desde un 94 en Europa a 224 en África.

Desde 1995, la tasa de embarazo global ha ido disminuyendo desde 160 a 133 de 2012. (Sedgh, Singh, & Hussain, 2014).

Conceptos demográficos relacionados con la reproducción son:

- Natalidad: Mide el número de nacimientos que se producen en un área y tiempo, normalmente en un año y se mide mediante la tasa de natalidad (se expresa en proporción (%)). Se considera alta por encima de 30‰, moderada entre 15 y 30‰, baja < 15‰.
- Fecundidad: Cantidad de hijos que tiene una mujer durante su vida fértil. Normalmente se mide por la Tasa Global de Fecundidad o Índice Sintético de Fecundidad, o nº de hijos por mujer. También se expresa como Tasa de Fecundidad General: nacidos vivos en un año relacionado con la cantidad de mujeres en edad fértil (15-49 años)(%).

- Fertilidad: Capacidad biológica de una mujer, hombre o pareja para concebir un hijo. Esta se ve afectada entre otros factores, fundamentalmente por la edad, sobre todo en la mujer, por motivos meramente fisiológicos. La fertilidad disminuye en la mujer, gradualmente a partir de los 30 años, siendo la mejor edad reproductiva cerca de los 20 años. Una mujer sana y fértil de 30 años tiene una probabilidad de quedar embarazada del 20%, por ciclo. Con 40 años, esta probabilidad se reduce al 5% por ciclo. (Bajo Arenas & Verdú Merino, 2013)

La tendencia a retrasar la edad de la maternidad, hace que cada vez sea más frecuente recurrir a tratamientos de fertilidad con métodos de reproducción asistida.

El número de hijos por mujer (Índice Sintético de Fecundidad o Tasa global de Fecundidad) en el mundo ha ido disminuyendo de 4,3 en la década de los 70 a 2,6 en 2005-2010.. En Europa, se pasó de un 2,19 a un 1,50 en el mismo intervalo de tiempo. Este descenso también se ve influenciado por el aumento en el uso de anticonceptivos (World Health Organization, 2009)

Desde la transición, en España, se observa una caída progresiva en la tasa de natalidad, determinada por la independencia económica de la mujer por su creciente participación en el mundo laboral, acceso a un nivel de educación más elevado, y también por la legalización de los métodos anticonceptivos en 1978.

Según un estudio de la Federación de Planificación Familiar de España (2005), en mujeres de 5 a 44 años durante 2003, el mayor número de embarazos se dio en el tramo de 25 a 34 años, con el 60% del total, y además las que menor porcentaje de abortos presentan (9,66%), evidenciándose una tendencia general del retraso en la edad de maternidad.

Según el informe “España en cifras 2017” del Instituto Nacional de Estadística, durante 2015 en España se produjeron 418.432 nacimientos, un 1,8% menos que el año anterior. La tasa de natalidad se sitúa en 9,02 nacidos por cada 1.000 habitantes.

El número medio de hijos por mujer es de 1,33 y la edad media a la maternidad sigue aumentando ligeramente hasta los 31,9 años.

Los nacidos de madre no casada alcanzan el 44,5% del total, valor más alto de toda la serie histórica.

En 2015, la tasa de natalidad en la Comunidad Valenciana fue de 8,8 nacidos vivos por mil habitantes, algo inferior a la tasa española y de UE.

La edad media de la maternidad en la Comunidad Valenciana fue de 31,7 años (32,2 en mujeres españolas y 29,2 en mujeres extranjeras) y el número medio de hijos/as por mujer fue de 1,32 (1,28 en mujeres españolas y 1,52 en mujeres extranjeras).

La edad del primer hijo/a desde 1990 se ha incrementado 5 años, de 26,8 años a 31,9 actualmente. (Mitjans-Lafont, y otros, 2017)

5.5.2 Definición de Embarazo no Deseado (END). Estado de la cuestión.

El embarazo no debe ser entendido únicamente como el producto de las intenciones reproductivas de una pareja, sino como el resultado de influencias multifactoriales (formación cultural, desigualdad de género, situación económica, creencias, estructura deficiente de servicios de salud...) que pueden limitar sus opciones en la toma de decisiones en materia de planificación familiar. (Santelli, y otros, 2003)

Los embarazos no deseados suponen un problema relevante para la salud y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, pero a pesar de constituir un indicador básico de calidad de la salud sexual y reproductiva, su medición como variable cuantificable resulta compleja, ya que intervienen componentes subjetivos como la intencionalidad, la susceptibilidad y no se cuenta con herramientas que permitan una estimación precisa.

En la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva de la Comunitat Valenciana 2017-2021, se recoge como indicador complementario del objetivo de reducir las tasas de embarazos no planificados y de las IVE:

Mujeres a riesgo de embarazo no deseado (SEC4): Porcentaje de mujeres que, pudiendo tener hijos o hijas, no quieren tenerlos en ese momento, pero mantienen relaciones sexuales coitales y no están utilizando ningún método anticonceptivo. (Mitjans-Lafont, y otros, 2017)

Existen múltiples **definiciones de embarazo no deseado**. Algunos autores los definen como embarazos no planificados (unplanned) o involuntarios (unintended), diferenciándolos en embarazos inesperados o inoportunos (unexpected, mistimed), como aquellos que se producen con al menos dos años de antelación a lo previsto y embarazos no deseados (unwanted), como no buscados en absoluto, o si no se desean más hijos. (D'Angelo, Gilbert, Rochat, Santelli, & Herold, 2004) (Santelli y otros, 2003) (Melián, 2013) (Baeza W., Póo, Vázquez P., Muñoz N., & Vallejos V., 2007) (Black, Gupta, Rassi, & Kubba, 2010) (Barrett, Smith, & Wellings, 2004) (Ong, Temple-Smith, Wong, McNamee, & Fairley, 2012) (Takahashi, y otros, 2012) (Boulet, y otros, 2016). (*Figuras 2 y 3*)

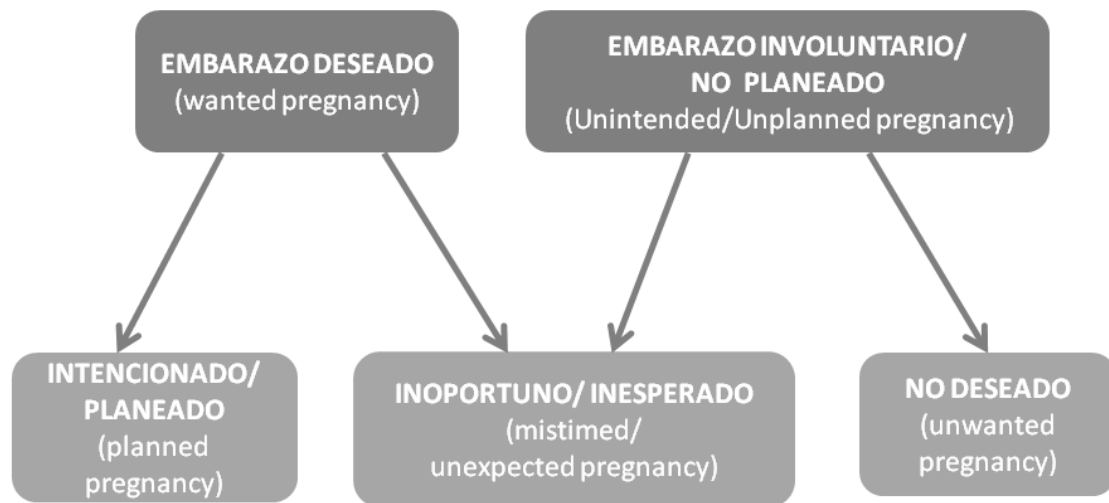


Figura 2. Terminología de intención de embarazo. Elaboración propia. Adaptado de “Demographic terminology for pregnancy intentions”. Fuente: Kaufmann, Morris, & Spitz, 1997

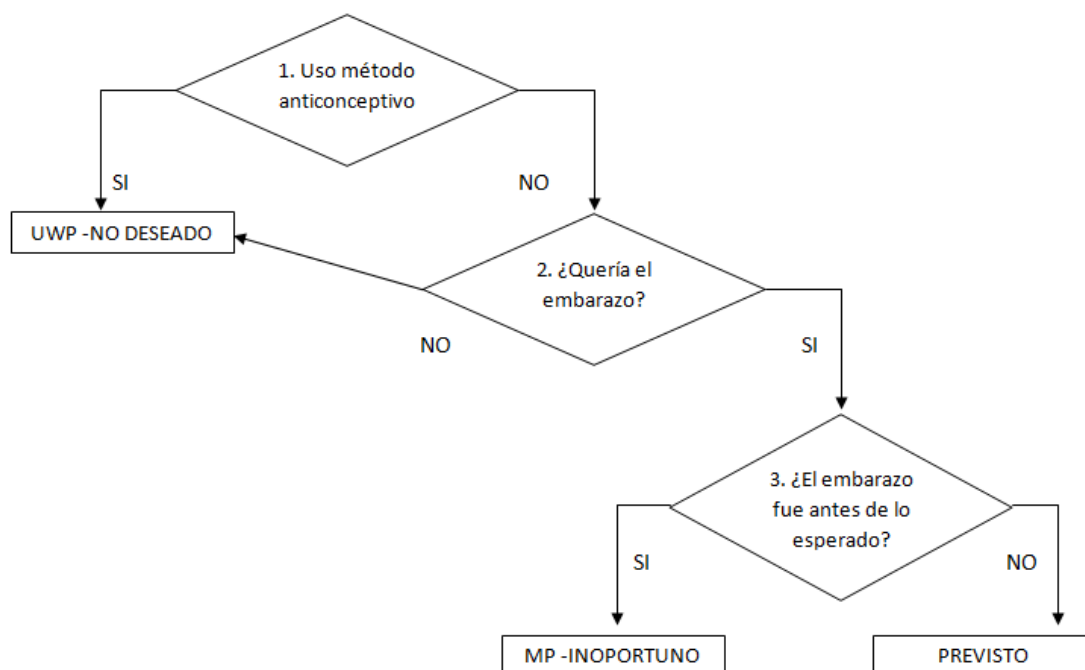


Figura 3. Algoritmo de intención de embarazo. Elaboración propia. Fuente: Takahashi, y otros, 2012

Los embarazos no deseados, se estima que representan 80 millones de los 210 millones de embarazos que ocurren en el mundo cada año. (Ong, Temple-Smith, Wong, McNamee, & Fairley, 2012)

Centrandolo únicamente en el propio acto sexual, se podría definir el **Riesgo de Embarazo No Deseado**, como aquel riesgo de que se produzca un embarazo en el desarrollo de una relación sexual coital no planificada correctamente, por ausencia, utilización incorrecta o fallo de método anticonceptivo, de acuerdo con el deseo de no procreación.

Así pues, las **mujeres en riesgo de embarazo no deseado** serían aquellas mujeres fértiles, con pareja de distinto sexo y sexualmente activas, que no encontrándose embarazadas y no deseando un embarazo en este momento, mantienen relaciones sexuales coitales sin utilizar ningún método anticonceptivo, utilizan una anticoncepción ineficaz o la usan de manera inconsistente o incorrecta. (Ong, Temple-Smith, Wong, McNamee, & Fairley, 2012) (Boulet, y otros, 2016) (Mosher, Jones, & Abma, 2015) (Mitjans-Lafont, y otros, 2017)

También ocurre que mujeres que no desean un embarazo, están en situación de riesgo por no disponer de medios para acceder a un método anticonceptivo eficaz, bien sean por motivos económicos, geográficos, por barreras de género, de servicios de salud deficientes, etc...estas mujeres tienen una necesidad no satisfecha de planificación familiar. (Langer, 2002)

Las expectativas reproductivas de la población, es decir, la cantidad de hijos que las parejas desean tener y su acceso a los métodos anticonceptivos se reflejan en la tasa de fecundidad. La tendencia actual es una progresiva disminución de la misma, por un deseo de menor número de hijos y un mayor acceso a la anticoncepción. La diferencia entre los hijos deseados y los reales se traduce en los embarazos no deseados.

Los embarazos no deseados como consecuencia de la no disponibilidad de métodos anticonceptivos, suponen un riesgo para el bienestar de mujeres y sus familias a nivel mundial. Se estima que hay 222 millones de mujeres en el mundo con necesidades insatisfechas de anticoncepción. En los países menos desarrollados 6 de cada 10 mujeres que no desean quedarse embarazadas o preferirían demorar el embarazo, no utilizan ningún método anticonceptivo. Esta situación se ve agravada en los sectores más desfavorecidos de la población, como las personas con recursos limitados y en grupos vulnerables como los adolescentes. (Organización Mundial de la Salud, 2014).

En muchos países, las mujeres tienen más embarazos e hijos de los deseados y antes de lo que quisieran. Los embarazos no deseados se asocian con consecuencias negativas de carácter físico, psicológico, social, familiar y económico para la salud de la mujer y de su hijo. El objetivo a plantear sería evitar el embarazo no deseado utilizando los medios idóneos en un contexto de un comportamiento sexual satisfactorio.

La estimación de embarazos no deseados incluye los nacimientos no planeados, abortos inducidos y abortos involuntarios secundarios a embarazos no deseados. Todos los abortos inducidos se consideran embarazos no deseados.(Sedgh, Singh, & Hussain, 2014)

La tasa mundial de embarazos no deseados disminuyó de 69, en 1995, a 55 en 2008, y 53 en 2012, por cada mil mujeres de 15-44 años. En 1995, de los 210 millones de embarazos en el mundo, 38% fueron no deseados y de estos 22% terminó en aborto.

En 2008, de los 208 millones de embarazos a nivel mundial, 41% fueron no deseados y 20% de estos acabaron en aborto. Alrededor del 40% de embarazos de todo el mundo en 2012 (85 millones) fueron no deseados. La proporción de estos embarazos que terminó en aborto fue mayor en paí El embarazo no deseado se considera un embarazo de alto riesgo relacionado con resultados adversos para la madre, la pareja y el bebé. Entre las consecuencias negativas para la salud de la madre se encuentran: mayor riesgo de suicidio y de depresión, relaciones familiares inestables, riesgo de aborto espontáneo, nutrición deficiente durante la gestación, retraso en el inicio de la atención prenatal, tasas más altas de consumo de tabaco y alcohol, menor tasa de lactancia materna y riesgo de nacimiento de bebés prematuros y/o con bajo peso al nacer. (Yazdkhasti, Pourreza, Pirak, & Abdi, 2015) (Aiken, Dillaway, & Mevs-Korff, 2015) (Paterno & Jordan, 2012) (Wellings, y otros, 2013)

ses desarrollados, 54%, frente a los países en desarrollo, 49%.(Sedgh, Singh, & Hussain, 2014) (Melián, 2013). (Imagen 5)

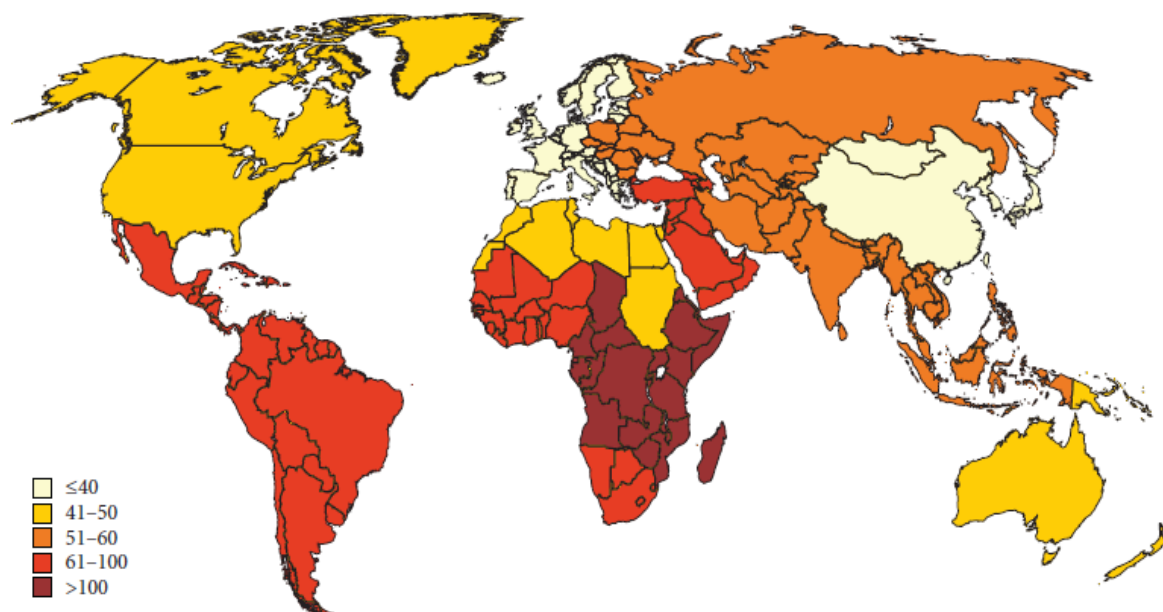


Imagen 5. Embarazos no planeados por 1.000 mujeres entre 15-44 años, por subregión, 2012. Fuente: Sedgh G, Singh S, and Hussain R.(2014). *Intended and Unintended Pregnancies Worldwide in 2012 and Recent Trends. Studies in Family Planning*, 45(3), 301–314. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2014.00393.x>

En el informe de la Federación de Planificación Familiar para el Observatorio de la Mujer (2005), se realiza una aproximación de mujeres en riesgo de embarazo a partir de la suma de mujeres que se realizan un IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo), mujeres que utilizan métodos anticonceptivos no eficaces o los utilizan inconsistentemente y mujeres que teniendo relaciones sexuales no desean un embarazo y no utilizan ningún método anticonceptivo. Esta estimación ofrece un resultado de mujeres en edad fértil en riesgo de embarazo, en 2003, del 7,2%.

Según el estudio del Equipo Daphne sobre anticoncepción (2011), del total de mujeres en edad fértil en España (15-49 años): 11.605.731 mujeres, el 16,8% estaría en riesgo de embarazo no deseado (1.950.000), de las cuales 6,1% estaría en riesgo por no utilizar método anticonceptivo sin desear un embarazo, 2,5% porque utiliza métodos anticonceptivos ineficaces y 8,2% por uso inconsistente del método anticonceptivo. Por franja etaria, el mayor riesgo se presenta en mujeres entre 35 y 44 años (alrededor del 20%), y sorprendentemente el menor riesgo se encuentra entre las adolescentes de 15 a 19 años, con 9,13%.

Otro estudio poblacional sobre uso de métodos anticonceptivos realizado por el Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de la Sociedad Española de Contracepción (2016), en mujeres de 14 a 49 años, refleja que el 24,7% no utiliza método anticonceptivo, aunque de ellas sólo el 16,4% están en riesgo de embarazo porque mantiene relaciones sexuales. Por franja de edad, la mayor proporción de mujeres con relaciones sexuales y sin usar ningún método anticonceptivo, son las mujeres de 15 a 19 años con un 49,1%, seguidas de las de 45 a 49 con un 30,1%. Las mujeres que presentan menor porcentaje al respecto son las mujeres de 20 a 24 años (12,3%).

Según este estudio, se considera en riesgo de embarazo no deseado a aquellas mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales sin utilizar método anticonceptivo pero no desean quedar embarazadas en este momento. Con estas premisas, se sitúa el 10% del total de mujeres que no utiliza método anticonceptivo, equivalente al 2,2% de las mujeres en edad fértil.

Teniendo en cuenta que el porcentaje de mujeres que utilizan método anticonceptivo teóricamente eficaz es del 70% y el 24,7% no utilizan ningún método, ello supone que el porcentaje de mujeres en riesgo de embarazo por no utilizar un método eficaz es bajo, y lo que significaría que buena parte de los embarazos no deseados se producen por mal uso o problemas de cumplimiento con el método elegido (Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva, 2016).

5.5.3 Factores de riesgo del embarazo no deseado

Los factores de riesgo de embarazo no deseado, se relacionan con conductas sexuales de riesgo que implican también riesgo de ITS (infecciones de transmisión sexual). Por ello para evaluar el riesgo derivado de dichas conductas habría que considerar conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la sexualidad, ITS, anticoncepción y embarazo. La desigualdad económica y social, desconocimiento de oferta de servicios de salud y la falta de información, pueden resultar causas indirectas de los embarazos no deseados, ITS y complicaciones obstétricas y perinatales (Pinto et al, 2008)

Factores de riesgo asociados con el embarazo no deseado incluyen embarazos adolescentes, falta de acceso a servicios adecuados de planificación familiar, bajo nivel socioeconómico, uso incorrecto de métodos de planificación familiar y desconocimiento de los mismos. (Yazdkhasti, Pourreza, Pirak, & Abdi, 2015).

El 95% de los embarazos no deseados ocurren entre mujeres que usan su método de manera inconsistente o incorrectamente, o no usa ningún método. (Kavanaugh & Jerman, 2018)

El inicio temprano de relaciones sexuales, si además se producen sin los medios adecuados de protección contra el embarazo y las ITS, hace que los adolescentes sean considerados un grupo de riesgo. Otros factores de riesgo son la educación sexual inadecuada y la falta de acceso a servicios de planificación familiar.

Se considera que los **factores de riesgo asociados al embarazo adolescente** se pueden distribuir fundamentalmente en tres dimensiones (Baeza W., Póo, Vásquez P., Muñoz N., & Vallejos V., 2007) (Moreno, León Canelón, & Becerra, 2006) (Rodríguez Gázquez, 2008):

- Individual (menarquia precoz, percepción de invulnerabilidad, consumo sustancias adictivas, baja autoestima, desconocimiento anticoncepción),
- Familiar (inestabilidad familiar, falta comunicación, historia de embarazo materno)
- Social (presión grupal y/o de pareja, influencia de medios de comunicación, nivel socioeconómico bajo)

Existen mujeres en edad fértil y sexualmente activas que no utilizan ningún método anticonceptivo pese a no desear un embarazo, o bien utilizan métodos de baja eficacia para evitar el embarazo.

Esta situación parece relacionada con la falta de conocimientos sobre anticonceptivos, temor a los efectos secundarios, oposición de la pareja y dificultades para conseguir los métodos. (Langer, 2002)

La **intencionalidad** o motivación para el embarazo, también es un factor determinante del riesgo de embarazo no deseado porque puede verse influida por factores como una situación social desfavorable (pobreza, desigualdad de género), determinadas creencias y ámbito cultural, disponibilidad a servicios de salud y el acceso y conocimiento de métodos anticonceptivos. Las actitudes y comportamientos de la pareja también pueden influir en las intenciones, el uso de anticonceptivos y el comportamiento sexual de la mujer. (Goossens, y otros, 2016)

Los **factores de riesgo para la falta de uso de anticonceptivos** contemplados en algunos estudios fueron determinadas características sociodemográficas (edad, raza, estado civil, nº embarazos, nivel educativo, nivel económico), factores relacionados con experiencia previa con anticonceptivos (métodos utilizados, satisfacción), acceso a servicios de salud y

relaciones sexuales (frecuencia de relaciones sexuales, nº parejas)(Upson, Reed, Prager, & Schiff, 2010) (Frost & Finer, 2007)

Las actitudes negativas acerca de los métodos, baja autoeficacia, pobres habilidades de comunicación, baja percepción de apoyo de pareja o compañeros, son factores asociados con el fracaso de la anticoncepción (Santelli et al, 2003)

5.5.4 Consecuencias del embarazo no deseado

El embarazo no deseado se considera un embarazo de alto riesgo relacionado con resultados adversos para la madre, la pareja y el bebé. Entre las consecuencias negativas para la salud de la madre se encuentran: mayor riesgo de suicidio y de depresión, relaciones familiares inestables, riesgo de aborto espontáneo, nutrición deficiente durante la gestación, retraso en el inicio de la atención prenatal, tasas más altas de consumo de tabaco y alcohol, menor tasa de lactancia materna y riesgo de nacimiento de bebés prematuros y/o con bajo peso al nacer. (Yazdkhasti, Pourreza, Pirak, & Abdi, 2015) (Aiken, Dillaway, & Mevs-Korff, 2015) (Paterno & Jordan, 2012) (Wellings, y otros, 2013)

Además, el embarazo no deseado es uno de los retos más importantes a los que se enfrenta el sistema sanitario público y supone costes económicos y sociales significativos para la sociedad, en lo que respecta a los diferentes aspectos relevantes para la calidad de vida: aspectos socioeconómicos, familiares, psicológicos, de salud y de rendimiento laboral. (Yazdkhasti, Pourreza, Pirak, & Abdi, 2015)

Las mujeres que se enfrentan a un embarazo no deseado, se encuentran ante una disyuntiva importante: continuar con el embarazo o interrumpir el embarazo recurriendo a un aborto inducido.

En algunos países y sociedades esta última opción conlleva el hándicap de no estar legalmente permitido e incluso de suponer un riesgo importante para la salud por darse en condiciones inseguras.

Ambas decisiones influirán en la salud y la situación socioeconómica de la mujer y su familia, pero también repercute en el desarrollo de la sociedad.

La continuación del embarazo no deseado en los extremos de la edad fértil de la mujer, la adolescencia y la perimenopausia, implica mayores riesgos obstétricos y perinatales. (Langer, 2002)

El embarazo adolescente es considerado un problema social y de salud pública. La incidencia es mayor en clases sociales más desfavorecidas, por falta de educación sexual e información sobre métodos anticonceptivos. (Hernández, 2013)

Las adolescentes embarazadas constituyen un grupo de alto riesgo reproductivo, debido a la inmadurez física y las consecuencias a largo plazo a nivel psicológico, familiar y social del embarazo. (Rodríguez Gázquez, 2008)

La joven embarazada no suele contar con los suficientes recursos para afrontar la situación y generalmente por vergüenza o temor a las represalias familiares y sociales, tiende a retrasar el momento de demandar asistencia a un centro sanitario, con lo que se ve expuesta a métodos inseguros de interrupción del embarazo que pueden poner en peligro su salud y su vida. Además, el embarazo en la adolescencia limita en gran medida las oportunidades del futuro desarrollo escolar y laboral. (Langer, 2002)

Otro problema añadido serían los intervalos cortos entre embarazos, que aumentarían el riesgo de mortalidad y otros resultados adversos neonatales.

El embarazo rápido, se define por la OMS, como embarazo dentro de los 12 a 18 meses después del parto. Para evitar los embarazos de repetición las intervenciones de prevención deberían focalizarse en el uso precoz de anticonceptivos tras un parto o aborto. (Hindin, Kalamar, Thompson, & Upadhyay, 2016)

En cuanto a las mujeres que se embarazan en los últimos años de su etapa reproductiva, también se enfrentan a riesgos importantes durante la gestación debidos a la edad (malformaciones congénitas, bajo peso al nacer...) y presentan una mayor tasa de abortos inducidos. (Upson, Reed, Prager, & Schiff, 2010) (Godfrey, Chin, Fielding, Fiscella, & Dozier, 2011)

En una sociedad desarrollada, en coherencia con los derechos humanos, deben garantizarse aquellas prestaciones necesarias para la prevención del embarazo no deseado, mediante unos servicios sanitarios de calidad, la accesibilidad a métodos anticonceptivos, y educación sexual iniciada de forma temprana en programas escolares, entre otras intervenciones. (Lete & Martínez-Etayo, 2004)

Aborto inducido o IVE

La consecuencia más frecuente y más relevante del embarazo no deseado es una **interrupción voluntaria del embarazo (IVE)** o aborto inducido.



Las desigualdades existentes entre países de las diferentes regiones del mundo e incluso entre distintas localidades de un mismo país en cuanto a las condiciones de seguridad en que se puede realizar un IVE, colocan a la mujer en una situación de indefensión, que puede tener graves consecuencias para su salud e incluso la muerte. (Sedgh, Singh, & Hussain, 2014)

Se estima que de los 211 millones de embarazos que ocurren cada año en el mundo, aproximadamente 46 millones acaban en abortos inducidos, de los cuales el 40% se realiza en condiciones inseguras, con lo que el aborto se sitúa como tercera causa de muerte materna. (Vázquez & Caba, 2009)

Se estima que entre el 8 y el 18% de las muertes maternas que suceden en el mundo se deben a abortos inseguros y por tanto el número de muertes relacionadas con el aborto en 2014 podría estimarse entre 22.500 y 44.000. (Sedgh, y otros, 2016)

Las complicaciones secundarias al procedimiento inseguro (hemorragias, sepsis), se pueden ver agravadas cuando la mujer no posee información sobre los signos de alarma de las mismas, desconoce donde acudir o los servicios de atención son deficientes. Si además la realización del aborto ocurre en condiciones traumáticas y va acompañada de sentimientos de culpa puede tener consecuencias psicológicas a largo plazo como depresión o ansiedad.

Sin embargo, hay que considerar que llevar a término un embarazo sin la voluntad de ser madre también puede ocasionar trastornos emocionales. (Langer, 2002)

En 2012, 85 millones de embarazos en el mundo (40%) fueron no planificados y el 50% de estos acabaron en aborto inducido. Existe una variabilidad considerable por regiones del mundo, si comparamos la proporción de embarazos no deseados que acaban en abortos: en África oscila desde el 22 al 29% según países, en Europa del 44 al 75% , en Asia del 39 al 77% y en América del Norte 39%.

En general, la proporción de embarazos no deseados que terminaron en aborto fue mayor en países desarrollados que en países en desarrollo (54 y 49 % respectivamente) (Sedgh, Singh, & Hussain, 2014)

Se estima que 35 abortos ocurrieron por cada 1000 mujeres de 15-44 años en edad reproductiva a nivel mundial de 2010-14, siendo de 36/1000 en regiones en desarrollo y de 27/1000 en regiones desarrolladas. Entre 1990-94 y 2010-14 la tasa de aborto se redujo en regiones desarrolladas de 46 a 27/1000, manteniéndose para las regiones en desarrollo.



El número de abortos en el mundo fue de 56,3 millones de 2010 a 2014. Alrededor del 25% de los embarazos terminaron en aborto en este periodo, de los que el 73% fueron por mujeres casadas y el 27% por mujeres solteras. La tasa de aborto anual estimada en 2010-14 fue de 36 por cada 1000 mujeres casadas y 25 para mujeres solteras.

De las 16 subregiones del mundo, la tasa más altas estimada en 2010-14 fue en el Caribe con 59 abortos por cada 1000 mujeres y la más baja fue en América del Norte y Europa occidental, con 17 y 16 abortos cada 1000 mujeres respectivamente.

La mayor reducción observada entre el periodo de 1990-94 y el periodo de 2010-14, fue en Europa Oriental, donde la tasa cayó de 88 abortos por cada 1000 mujeres a 42. (Sedgh, y otros, 2016).

El perfil de la mujer que se realizó un IVE, según el Informe de Interrupción voluntaria del embarazo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016), es prioritariamente, mujer de entre 20 y 24 años, que vive en pareja con hijos o con los padres sin hijos, con estudios de ESO o equivalentes, trabajadora por cuenta ajena, y sin abortos ni hijos previos. Del total de 93.131 abortos recogidos en 2016, en 33.473 la mujer no utiliza métodos anticonceptivos, 22.179 métodos barrera y 12.618 hormonales.

Cabe destacar que de los 93.131 IVEs realizados en 2016 en España, el 88,26% lo fueron en centros privados, tanto hospitalarios como extrahospitalarios. Este dato refleja las dificultades que se encuentran las mujeres en la red sanitaria pública española para ser atendidas por este motivo, quedando el sector privado sólo a disposición de aquellas mujeres que se lo puedan permitir económicamente. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016)

Según el Informe de IVE en la Comunidad Valenciana (2015), se notificaron 8.392 interrupciones voluntarias del embarazo en 2014. La tasa de IVE en mujeres de 15 a 44 años fue de 8,2 por mil mujeres y de 6,9 en el grupo de 15 a 49 años.

Por edad, la mayor tasa de IVE, se dio en mujeres de 20 a 24 años (13), seguida del grupo de 25 a 29 años (11,7), en consonancia con los resultados del global de España. Seis de cada diez mujeres utilizó habitualmente algún método anticonceptivo, destacando los métodos barrera (57,9%) y los hormonales (30,6%). Más de la mitad de las mujeres (54,4%) ya tenían hijos en el momento de efectuar la IVE y el 34,5% tenían antecedentes de IVE previas.

Las IVE que se realizan a petición de la mujer representan el 94,1% del total. (Bosch Sánchez, López Maside, Molilns Estellés, & Zurriaga Lloréns, 2015)

Pese a la variabilidad entre países y grupos sociales, los costes derivados de invertir recursos para aumentar la cobertura de la planificación familiar y educación sexual a fin de disminuir los embarazos no deseados, son claramente inferiores al coste de la atención de las posibles complicaciones derivadas del aborto a corto y largo plazo, además de las consecuencias a nivel económico para los familiares y la sociedad. (Langer, 2002)

Costes del END

El END se considera por los Sistemas de Salud de distintos países como un problema relevante de salud pública, debido a su asociación con costes directos e indirectos que la sociedad debe asumir. (Lete, y otros, 2015) (Trussell, 2007) (Montouchet & Trussell, 2013) (Henry, y otros, 2015) (Lowin, y otros, 2015)

En los estudios citados, para la estimación de embarazos no planeados se contemplan varios resultados de embarazo: partos no intencionados (nacidos vivos y mortinatos), abortos inducidos, pérdidas fetales antes de las 28 semanas (abortos espontáneos) y embarazos ectópicos.

El coste de END será el promedio ponderado de los cuatro posibles resultados de embarazo. El embarazo ectópico, el aborto espontáneo y los mortinatos derivados de END se consideraron una única categoría ya que no dependen de la voluntariedad de la mujer. ((Lete, y otros, 2015) (Montouchet & Trussell, 2013)

Los costes de anticonceptivos incluyen tanto los costes del producto como costes asociados de recursos de atención de salud (es decir, consultas médicas, inserción / retirada de dispositivos,...).

En España, del total de 644.967 embarazos/año en mujeres de 15 a 44 años, se considera que un 35% puede ser involuntario (224.278), equivalente a una tasa de 9,5 x 1.000 mujeres y de ellos 101.720 nacidos vivos, 112.111 abortos inducidos y 10.447 pérdidas fetales antes semana 28 gestación, embarazos ectópicos y mortinatos.

El coste directo anual de los resultados de END para el SNS se estima de 292,8 millones de euros. El grupo de edad de 30-34 años representó el 26% de todos los END y supuso 75,3 millones de euros para el SNS.

El modelo desarrollado en el estudio de Lete y otros (2015), permite estimar que el 69% de todos los END anuales (153.817) se deben a una adherencia imperfecta, por uso incorrecto e inconsistente de MAC, con un coste que asciende a unos 200 millones de euros.

Las mujeres entre 30 y 34 años obtuvieron el mayor porcentaje de END por falta de adherencia en todos los grupos de edad, con un 27% y 52 millones de euros. (Lete, y otros, 2015)

En EEUU, el 48% de las mujeres de 15 a 44 años han experimentado un END y 31% un parto no deseado. El 42% de los END acaban en aborto inducido.

El gasto por END comprende 3.924 millones para nacimientos, 797 millones para abortos inducidos y 266 millones para pérdidas fetales. El coste promedio de un END es de 1.609 dólares(Trussell, 2007)

En Inglaterra, en 2010, bien por fallo del método, uso indebido o no uso de MAC hubo una estimación de 225.600 END, lo que supone una tasa de 17,6 END por cada 1.000 mujeres. De estos, 155.500 (69%) acabaron en abortos inducidos, 53.900 (24%) en nacimientos, 7.500 (3,3 %) en abortos espontáneos y 1.200 (0,5%) en embarazos ectópicos. Estos END supusieron al NHS 193.2 millones de libras en costes médicos directos, 142,8 millones por abortos inducidos y 44,6 millones de libras por nacimientos. (Montouchet & Trussell, 2013)

En Noruega, los END representan una carga económica de 77 millones de euros en mujeres de 15 a 44 años. Se estima que aproximadamente el 10% de estos costes fueron indirectos, lo que supone una pérdida potencial de productividad asociada.

Una gran proporción de los END (60,4%) es atribuible a una adherencia imperfecta, con un coste de 49,7 millones de euros, que sería potencialmente evitable. (Henry, y otros, 2015)

En Rusia, en 2008, el 42% de los embarazos terminaron en aborto y el 47% de las mujeres que abortaron eran usuarias de MAC, lo que puede ser un indicador de que el uso no es consistente o los MAC utilizados son poco fiables. De los 1,6 millones de END que se producen anualmente en Rusia el coste estimado es de 783 millones de dolares. En mujeres de 18 a 29 años, de los 498 millones/año estimados, 441 se pueden atribuir a uso de MAC no fiables. El coste de END en mujeres de 18 a 44 años representa el 1% del gasto total anual en salud del gobierno, 74 billones de dólares.

En resumen, ya que una gran cantidad de END se deben al uso incorrecto o no uso de MAC, la mejora del uso de la anticoncepción es una forma rentable de reducir las consecuencias personales, sociales y costes económicos de los END.

La promoción de MAC que no dependan de la adherencia al método por parte de la usuaria (LARC) reduciría los END, aliviando así los costes directos e indirectos de estos. Para ello, los SNS deberían garantizar la cobertura de las necesidades anticonceptivas de las mujeres en edad fértil (Trussell, 2007) (Montouchet & Trussell, 2013)

5.6 INTERVENCIONES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Las intervenciones en salud sexual y reproductiva incluyen cualquier actividad de educación sanitaria, asesoramiento, desarrollo de habilidades, información sobre métodos anticonceptivos, etc., que esté diseñada para conseguir mejorar tanto el conocimiento como las actitudes respecto al embarazo no deseado.

Una actuación preventiva eficaz, según el modelo teórico de Bandura, (Bello-Villanueva, Palacio, Rodríguez-Díaz, & Oviedo-Tres Palacios, 2013), debe contemplar los siguientes aspectos:

- Información, para aumentar los conocimientos acerca de los riesgos del sexo sin protección
- Desarrollo de habilidades sociales, para que los conocimientos se conviertan en conductas correctas.
- Autoeficacia, para mejorar habilidades en situaciones de riesgo
- Apoyo social, para reafirmar los cambios de conducta

Las intervenciones diseñadas abarcando múltiples enfoques sexuales y no sexuales (educación, asesoramiento, habilidades) para la prevención del embarazo no deseado, parecen haber ofrecido resultados mucho más eficaces que las centradas únicamente en los factores sexuales y sus consecuencias. Además estas intervenciones deben implementarse en todos los ámbitos: familiar, escolar, sanitario y comunitario. (Oringanje et al, 2009)

5.6.1 Intervenciones en Educación sexual

Los programas de educación sexual, especialmente en la adolescencia, promueven el retraso del inicio de las relaciones sexuales y el uso consistente de métodos anticonceptivos para evitar los embarazos no deseados, incluyendo educación sexual e información sobre métodos anticonceptivos, información de riesgos y consecuencias del embarazo, información de los centros de asistencia y suministro gratuito de métodos anticonceptivos además de orientación en la adquisición de habilidades para tomar decisiones responsables sobre sexualidad. (Moreno, León Canelón, & Becerra, 2006)

El diseño de intervención más común dirigida al uso de anticonceptivos son los programas de educación sexual integral para mejorar el conocimiento y desterrar los conceptos erróneos sobre los métodos anticonceptivos.



La provisión directa de anticonceptivos a los jóvenes es una opción con buenos resultados pero que conviene combinar con una elección informada, lo que requiere el acceso a los servicios de salud, que en el caso de los jóvenes no siempre es factible. (Hindin, Kalamar, Thompson, & Upadhyay, 2016)

La educación sexual contribuye a un comportamiento sexual y reproductivo responsable, que se refleja en resultados positivos para la salud, como la reducción de números de embarazos no deseados y una menor tasa de interrupciones voluntarias de embarazo. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

Condición indispensable para lograr las expectativas reproductivas y minimizar riesgos, es garantizar la accesibilidad a los programas y servicios de educación sexual y reproductiva de calidad,. Un aspecto a tener en cuenta para promover la responsabilidad en salud sexual y reproductiva, sería promover la participación activa de la población en el diseño, planificación y evaluación de las intervenciones en esta materia, desde el entorno donde se desarrollen los diferentes programas de salud.

Las estrategias conductuales para mejorar el uso de anticonceptivos deben incluir asesoramiento o educación en entornos clínicos, en formato de comunicación oral o escrita o mediante el uso de teléfonos móviles u otras tecnologías.

Puede realizarse a través de sesiones múltiples o únicas y dirigirse a individuos, parejas o grupos. En el entorno escolar o comunitario se pueden considerar programas educativos o campañas de comunicación. (López, Grey, Tolley, & Chen, 2016)

En la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva de la Comunidad Valenciana 2017-2021 (Mitjans-Lafont, y otros, 2017), dentro del objetivo dedicado a promover la salud en la adolescencia y juventud, se plantean acciones coordinadas entre el ámbito sanitario y educativo, dirigidas a fortalecer el Programa de Intervención en Educación Sexual (PIES) para mejorar la accesibilidad de los jóvenes menores de 20 años a los CSSR para atender sus necesidades sobre sexualidad, anticoncepción y prevención de ITS y END.

El programa PIES, como intervención institucional, se desarrolla desde el año 2009 para la educación sexual en adolescentes y jóvenes. Consta de tres talleres de dos horas de duración impartido a adolescentes de 14-15 años en centros públicos y privados, concertados o no.

5.6.2 Asesoramiento Anticonceptivo

La elección anticonceptiva no depende únicamente de la eficacia del método anticonceptivo para la prevención de un embarazo no planificado, sino también del uso correcto y consistente. El uso correcto y consistente puede variar enormemente en función de las características de las usuarias, como la edad, ingresos, deseo de evitar el embarazo, y el entorno sociocultural.

La mayoría de personas tienden a ser usuarias más eficaces a medida que adquieren mayor experiencia con un método. Sin embargo, otros aspectos como la accesibilidad, el coste y la calidad del asesoramiento también tienen un efecto importante en lo eficazmente que se usará el método. (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Es por ello que adquiere especial relevancia el asesoramiento anticonceptivo. Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), “el asesoramiento anticonceptivo se define como la práctica sanitaria que, mediante la aportación de información objetiva y equilibrada, permite la elección del método más idóneo, según las características individuales de la mujer o de la pareja, para lograr un óptimo estado de salud sexual y reproductiva”.

El asesoramiento anticonceptivo pretende proporcionar a la mujer un método con el que se sienta cómoda y pueda usar de forma continuada en función de sus circunstancias personales, sus intereses y sus preocupaciones, dependiendo además de su estilo de vida. (Lete, De la Viuda, Gómez, Haimovich, & Martínez, 2015).

Según el CDC (Center for Disease Control and Prevention) , la importancia del asesoramiento anticonceptivo radica en una adecuada elección del método y una vez seleccionado, ha de contribuir a que la mujer lo use correctamente y de forma continuada, para aumentar su efectividad anticonceptiva así como desterrar las posibles creencias erróneas acerca del método.

Mediante el asesoramiento anticonceptivo la mujer y el profesional sanitario pueden elaborar un plan de cuidados personalizado que se adapte a las necesidades de la vida reproductiva de la mujer.

Los componentes del asesoramiento anticonceptivo deben ser:

- Recogida de información pertinente de la usuaria
- Asesoramiento sobre anticonceptivos más adecuados adaptados a sus circunstancias personales
- Toma de decisiones compartida

- Elaboración del Plan Anticonceptivo
- Establecimiento del plan de seguimiento

(Costillas-Caño, y otros, 2018)

El asesoramiento anticonceptivo es una estrategia con un gran potencial para empoderar a las mujeres para que elijan un método anticonceptivo que puedan usar de forma correcta y continuada, reduciendo así el riesgo de un embarazo no deseado. La premisa fundamental debe ser el reconocimiento de que la elección del método anticonceptivo es una decisión personal relacionada con temas íntimos como la sexualidad y los deseos futuros de fertilidad.

Se debe buscar un enfoque de toma de decisiones compartidas, entre la elección informada y el asesoramiento paternalista, centrado en las preferencias del usuario y con estrategias de comunicación orientadas a mejorar el proceso de selección de métodos anticonceptivos, facilitar el uso correcto de los mismos y con ello favorecer la satisfacción de las necesidades de salud reproductiva de las mujeres. (Dehlendorf, Krajewski, & Borrero, 2014)

Se deberían abordar estrategias potencialmente efectivas como políticas de cobertura universal y gratuita de métodos anticonceptivos (MAC), entrenamiento de proveedores sobre inserción y eliminación de LARC, mayor accesibilidad de servicios para los jóvenes, asesoramiento centrado en las preferencias y necesidades del cliente y evaluación de la satisfacción con el MAC, así como potenciar un mayor conocimiento del consumidor de la gama completa de métodos anticonceptivos para retrasar o evitar el embarazo. (Boulet, y otros, 2016).

5.6.3 Medición del END

Ya se ha definido el concepto de END y se ha citado la dificultad de su medición dado que confluyen factores emocionales, psicológicos y culturales. Se supone que la intención ante un embarazo es una decisión consciente pero a menudo esta intención no se alinea con el comportamiento y puede cambiar en el tiempo.

También es importante definir claramente la terminología utilizada en la redacción de los cuestionarios sobre la intención de embarazo (no deseado, no planeado, inoportuno, inesperado, involuntario...) porque puede afectar a cómo la mujer evalúa su embarazo y lo refleja en el cuestionario. (Mumford, Sapra, King, Louis, & Buck-Louis, 2016).

Un aspecto metodológico clave a tener en cuenta desde el punto de vista clínico es que se hayan utilizado medidas individuales o no diseñadas para la investigación clínica para el estudio de embarazo no deseado a nivel poblacional. (Santelli, y otros, 2003)

Es posible que una investigación clínica orientada hacia la comprensión de las actitudes y emociones de las mujeres sobre el embarazo en general proporcione información más relevante para la atención clínica acorde a las necesidades de las mujeres. (Paterno & Jordan, 2012)

Orientación prospectiva vs retrospectiva

El diseño de estudios sobre embarazo no deseado supone enfrentarse a una serie de desafíos metodológicos.

El reto fundamental radica en la complejidad del concepto de embarazo no deseado. Algunos enfoques se centran en medirlo como una variable dicotómica (deseado/no deseado) pero este método no captura fácilmente la ambivalencia del embarazo, ya que este se mueve en un continuo durante toda la vida de la mujer y los puntos de vista sobre el embarazo y la maternidad suelen cambiar con el tiempo. (Paterno & Han, 2014)

En la investigación de cuestionarios, se utilizan habitualmente tres técnicas para medir el embarazo no deseado e involuntario (Yeatnab & Sennot, 2015): el recuerdo retrospectivo directo, el tamaño familiar ideal y el diseño prospectivo.

El método del recuerdo retrospectivo directo utiliza datos transversales sobre el historial de embarazos o nacimientos, preguntando a mujeres embarazadas si el embarazo era deseado o no en el momento de la concepción o bien si quería un embarazo en ese momento o en un momento posterior para poder distinguir entre embarazos inoportunos y no deseados.

Las preferencias informadas en el momento actual no suelen ser buenos indicadores de las verdaderas preferencias en el momento de la concepción, ya que las mujeres serán reacias a etiquetar a un niño nacido como no deseado.

Desde esta perspectiva, **este enfoque retrospectivo podría llevar a subestimar los embarazos no deseados**. La Encuesta Nacional de Crecimiento Familiar (NSFG) y del Sistema de Evaluación de Monitorización de Riesgos de Embarazo (PRAMS) lo utilizan para las estimaciones de embarazos no deseados, así como el DHS (Encuestas Demográficas y de Salud) en sus estimaciones de necesidad no satisfecha de anticoncepción.

Un segundo método, el del **tamaño familiar ideal** supone que este concepto se mantiene estable en el tiempo. Se pregunta a las mujeres cuál es el tamaño ideal de familia en el momento de la entrevista y se asume que será el mismo en el momento de la concepción. Pero las personas tienden a adaptar el tamaño de su familia ideal al alza en función de la cantidad de hijos que ya tienen, lo que llevará a una **posible subestimación de los embarazos no deseados**.

El **diseño prospectivo** para medir el embarazo no deseado e involuntario se considera más preciso, pero rara vez se utiliza ya que precisa un seguimiento en el tiempo. Se pregunta a las mujeres sobre el deseo de maternidad y/o el momento deseado para el próximo nacimiento **antes de quedar embarazada**.

Los embarazos se clasifican como deseados/intencionados o no deseados, en el momento de la concepción según la entrevista inicial. Este diseño no está sujeto a sesgos de memoria como el retrospectivo, pero se basa en la suposición de que las preferencias de embarazo son estables en el tiempo. Es decir, que el embarazo se clasificaría erróneamente si una mujer informa de sus preferencias en el momento futuro y las cambia antes de la concepción en el momento actual. Lo que llevaría a sobreestimar los embarazos no deseados.

Así pues, las dos fuentes principales de error que pueden afectar a las mediciones de embarazos involuntarios o no deseados son:

- Los encuestados pueden sesgar la información sobre sus preferencias. En las medidas retrospectivas por estar condicionado por la consideración del hijo nacido como “no deseado” y en las prospectivas, pueden obviar la información de preferencias socialmente cuestionables.
- Por otro lado, al investigar sobre la medición de las preferencias sobre el embarazo en un momento concreto en el tiempo que no se corresponde con el de la concepción y que depende de las circunstancias de la vida, las encuestadas podrían cambiar sus preferencias de fertilidad (tamaño ideal de la familia, momento deseado del próximo embarazo y deseo de otros hijos).

Una evaluación prospectiva de la intención del embarazo con medidas multidimensionales podría resultar una herramienta útil para aumentar la capacidad de los profesionales de salud de identificar a las mujeres que no tienen una intención clara respecto al embarazo y adaptar el consejo anticonceptivo y preconcepcional a sus necesidades e inquietudes para mejorar los resultados de salud de los embarazos (Kavanaugh & Schwarz, 2009) (Bruner-Huber, Lysterly, Farley, & Alkhazraji, 2013)

Variables utilizadas en encuestas demográficas de sexualidad y reproducción y otros estudios.

La tendencia general en los estudios sobre embarazo no deseado es medir la **intención de planificación de embarazo** mediante el enfoque retrospectivo basado en el número y espaciamiento de embarazos, siguiendo la metodología de la Encuesta Nacional sobre Crecimiento Familiar-NSFG de Estados Unidos que clasifica el embarazo como planeado, no deseado e inesperado. Se utiliza una pregunta básica:

Pensando en el pasado, ¿Planeaba quedar embarazada en ese momento?

- a) *Quería estar embarazada antes y en ese momento (planeado)*
- b) *Quería quedar embarazada en ese momento (planeado)*
- c) *No quería quedar embarazada en ese momento, pero quería otro hijo en el futuro (inesperado)*
- d) *No quería quedar embarazada ni en ese momento ni en el futuro (no deseado)*

(Aiken, Westhoff, Trussell, & Castaño, 2016) (Oulman, Kim, Yunis, & Tamim, 2015) (Daniels, Daugherty, Jones, & Mosher, 2015) (Finer & Zolna, 2016) (Kaufmann, Morris, & Spitz, 1997) (Takahashi, y otros, 2012) (Abma & Martínez, 2017)

Otros estudios utilizan la combinación de varias medidas para intentar recoger otros aspectos que puedan aportar más información sobre las intenciones, deseos y expectativas de las mujeres frente al embarazo. (Aiken, Westhoff, Trussell, & Castaño, 2016) (Paterno & Han, 2014) y también sobre uso de anticonceptivos y relación de pareja (Barrett, Smith, & Wellings, 2004) (Morin, y otros, 2003) (Martínez-Astorquiza-Ortiz de Zárate, Díaz-Martín, & Martínez-Astorquiza-Corral, 2013) (Yeatnab & Sennot, 2015).

Además se recogen variables sociodemográficas y otras características relacionadas que pudieran funcionar como predictoras de embarazo no deseado y que permitan establecer el perfil de las mujeres que lo sufren:

- **Sociodemográficas:** Edad, raza, etnia, paridad, nivel educativo, estado relación, nº hijos, recurso económicos, situación laboral, lugar de residencia (urbano-rural) (Aiken, Westhoff, Trussell, & Castaño, 2016) (Daniels, Daugherty, Jones, & Mosher, 2015)
- **Características salud materna:** historia ginecológica (partos, abortos espontáneos, abortos inducidos, nº hijos vivos) y otras variables relacionadas como salud percibida, depresión previa, IMC, tipo de relación de pareja, experiencias de coacción sexual.

- **Hábitos tóxicos** como tabaquismo, alcoholismo y consumo drogas anterior al embarazo. (Oulman, Kim, Yunis, & Tamim, 2015)

También se distinguen estudios que se centran en medir el **uso de métodos anticonceptivos y hábitos sexuales como factor decisivo en los embarazos no deseados**. Se utilizan variables como el uso actual de métodos anticonceptivos, motivos de no uso o insatisfacción, uso de método anticonceptivo en la primera relación sexual (Daniels, Daugherty, Jones, & Mosher, 2015) (Rowe, y otros, 2016) (Wellings, y otros, 2013) (Abma & Martínez, 2017) (Jones, Tapales, Lindberg, & Frost, 2015)

Otras iniciativas sobre medición de intenciones de embarazo, como **ONE KEY QUESTION®** promueve la detección directa de las intenciones del embarazo de las mujeres como un componente central de los servicios de atención preventiva primaria de alta calidad.

Preguntas para evaluar las intenciones de embarazo de las mujeres

One Key Question

¿Te gustaría quedar embarazada el próximo año? SI/NO

Recomendaciones de calidad de planificación familiar CDC

¿Tienes hijos ahora?

¿Quieres tener más hijos?

¿Cuántos hijos (más) te gustaría tener y cuando?

(Committee of Health Care for Underserved Women, 2016)

En España, existen estudios sociodemográficos relacionados con sexualidad y métodos anticonceptivos, que aportan un perfil de las mujeres en edad fértil respecto a **relaciones sexuales, métodos anticonceptivos y embarazos no deseados**. (Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva, 2016) (Instituto de la Juventud, 2016) (Larrañaga, Martín, & Bacigalupe, 2014) (INE, 2009). Además se han desarrollado estrategias nacionales y comunitarias al respecto (Mitjans-Lafont, y otros, 2017) (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

Ver detalle de variables y preguntas utilizadas en los estudios citados en [tabla 1](#) y [tabla 2](#).

5.7 MODELOS TEÓRICOS DE COMPORTAMIENTO, MODELO ENFERMERO DE VIRGINIA HENDERSON Y MODELOS CONCEPTUALES DE PLANIFICACIÓN DE EMBARAZO

5.7.1 Modelos Teóricos de Comportamiento

En el ámbito educativo y también en el sanitario, se tiende a atribuir la elevada proporción de embarazos no deseados a un déficit de conocimientos en sexualidad y métodos anticonceptivos, pero se ha comprobado que disponer de conocimientos no es garantía de un comportamiento adecuado.

La percepción del riesgo en las relaciones sexuales se contrapone a las actitudes, conocimientos y conductas relacionadas con la protección, es decir, se percibe el riesgo, se tienen los conocimientos, pero en última instancia se adoptan conductas y actitudes de riesgo para la salud sexual y reproductiva. (Rodríguez Cabrera & Álvarez Vázquez, 2006)

En la adolescencia, la percepción del riesgo es optimista, existe una tendencia generalizada a infravalorar los efectos negativos derivados de conductas de riesgo para la salud, de ahí que el consumo de sustancias adictivas o sexo sin protección sean algo bastante común a esta edad. (Goçálves Cámara, Castellá Sarriera, & Sandra Carlotto, 2007)

La actitud es una predisposición para reaccionar de una determinada manera ante un estímulo. Se distinguen tres elementos: cognitivo (información y creencias), afectivo (sentimientos) y conductual. La actitud y el comportamiento sexual y contraceptivo se encuentran estrechamente relacionados.

Varios son los estudios sobre comportamientos, que citan la **Teoría de autoeficacia de Bandura** (1977) para explicar los comportamientos respecto al uso de métodos anticonceptivos en función de la percepción de **autoeficacia**. (Bello-Villanueva, Palacio, Rodríguez-Díaz, & Oviedo-Tres Palacios, 2013) (Gómez Zapiain, 1993)

La autoeficacia percibida será la que permitirá a la persona realizar las acciones necesarias para conseguir los resultados deseados, de manera que aplicado a la sexualidad, sería la medida en que la persona se siente capaz de conseguir evitar el embarazo no deseado mediante sus propios recursos sin renunciar a la satisfacción de la relación sexual.

Según Levinson, el riesgo de embarazo dependerá de la percepción de la mujer de su capacidad para adaptar su comportamiento sexual al uso del anticonceptivo. Las mujeres más autoeficaces suelen utilizar métodos más seguros. (Gómez Zapiain, 1993)

Según el **Modelo de Creencias sobre la Salud (HBM)** de Becker y Maiman, (1975), se pueden distinguir diferentes conceptos que condicionan el comportamiento:

- Susceptibilidad: es la valoración que hace una persona de la probabilidad de que le suceda algo si no se toman medidas preventivas. Aplicada al embarazo, sería la probabilidad que cree una mujer que tiene de quedar embarazada en su situación actual.
- Gravedad: valoración de las consecuencias que se sufrirán si se produce un embarazo no deseado.
- Costes: valoración de los perjuicios por la utilización de los métodos anticonceptivos.
- Beneficios: ventajas que se obtienen de la utilización de métodos anticonceptivos.

Como “recursos” propios del individuo para evitar el REND se consideran la capacidad para reducir los comportamientos sexuales que favorecería un embarazo no deseado (autoeficacia), la capacidad de percibir claramente la probabilidad de un embarazo no deseado (susceptibilidad) y la capacidad para valorar los costes- beneficios del uso de métodos anticonceptivos.

La **Teoría de Acción Razonada** de Fishbein y Azjen (1980), adaptada al comportamiento sexual, distingue como factores determinantes la actitud personal, la norma subjetiva o norma social percibida (influencia de personas significativas del entorno) y el control conductual percibido. (Bello-Villanueva, Palacio, Rodríguez-Díaz, & Oviedo-Tres Palacios, 2013)

De acuerdo con esta teoría, las intenciones de comportamiento y los comportamientos propiamente dichos, son determinados por las actitudes hacia una acción (creencias de un individuo sobre un comportamiento y evaluación de sus resultados) y la percepción de la reacción de su entorno y deseo de aceptación.

El **Modelo ASE** (Attitudes Social influences Self Efficacy) de De Vries (1998) se contruyó sobre las tres teorías citadas anteriormente: Modelo de Creencias sobre Salud (1975), Teoría Acción Razonada (1980) y Teoría de Autoeficacia (1977). Considera que la intención de la conducta es el paso previo a la conducta misma y como tal puede prevenirla.

Está determinada por tres elementos: actitud y creencias (riesgo percibido por la persona respecto al embarazo), norma subjetiva (percepción respecto a la opinión de las personas relevantes de su entorno, amigos y pareja fundamentalmente), autoeficacia (percepción de

capacidad de tener éxito en una conducta preventiva) (Bello-Villanueva, Palacio, Rodríguez-Díaz, & Oviedo-Tres Palacios, 2013)

La conducta preventiva según el **Modelo IMHB** (Información-Motivación-Habilidades-Conducta) de Fisher et al (1994), tiene tres determinantes: Grado de conocimientos (información sobre conducta de prevención), Motivación (actitudes hacia embarazo y susceptibilidad percibida), Habilidades conductuales (autoeficacia percibida) (Bermúdez, Herencia-Leva, & Uribe Rodríguez, 2009)

Según el **Modelo PRECEDE**(Predisposing Reinforcing and Enabling Causes of Educational Diagnosis Evaluation) de Green et al (1980) se distinguen tres tipos de factores que influyen en las conductas de salud: factores predisponentes: (actitudes, valores y creencias), factores facilitadores (habilidades para comportamientos preventivos) y factores reforzantes (actitudes y conductas dependientes del medio: familia, pareja...)

Hay otros conceptos relacionados con el comportamiento sexual que merece la pena reseñar:

- la **Asertividad Sexual** es la capacidad para llevar a cabo conductas sexuales saludables y es considerada como factor de protección ante conductas de riesgo.

Es la capacidad de decidir cuando iniciar las relaciones sexuales, cuando rechazar una relación sexual y el uso de métodos anticonceptivos.(Santos-Iglesias & Sierra, 2010)

- **Optimismo no Realista (ONR)**, se produce cuando una persona considera que la probabilidad de que le ocurra un suceso negativo es menor que la de otras personas.

Es una concepción errónea de la realidad, ya que se percibe menor peligro del que existe realmente y aunque puede entenderse como un mecanismo de defensa para disminuir la ansiedad ante posibles peligros potenciales, también puede acabar exponiendo a la persona a riesgos innecesarios porque al infravalorar la vulnerabilidad real no se tomarán las conductas de prevención o autoprotección necesarias. (Pons-Salvador, Miralles Díaz, & Guillén Salazar, 2010)

5.7.2 Modelo Conceptual de Enfermería de Virginia Henderson y Sexualidad

En general todas las teorías o modelos revisados anteriormente coinciden en que los factores determinantes de los comportamientos sexuales se pueden clasificar en actitudes (creencias, valores, motivación o intención, susceptibilidad percibida), conocimientos (información sobre prevención de riesgos) y conductas o habilidades (autoeficacia percibida).

Siguiendo este discurso, y buscando una aplicación directa desde el punto de vista de la enfermería, la concepción del cuidado del individuo desde la perspectiva del Modelo Conceptual de Virginia Henderson refleja los mismos factores determinantes anteriormente citados, cuando define la función de la enfermera como la de “asistir al individuo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud y que realizaría por él mismo si tuviera la fuerza, el conocimiento o la voluntad necesaria”.

Podríamos relacionar la fuerza con la capacidad para realizar una acción o la habilidad para realizarla, el conocimiento con la información sobre la prevención de riesgos y la voluntad con la actitud o motivación para la acción.

El modelo de Virginia Henderson pertenece a la Escuela de la Necesidades. Como referencia, entre otros, se inspiró en el concepto de necesidades de Abraham Maslow. Maslow ya contempló la motivación como la búsqueda del individuo de la satisfacción de sus necesidades.

Según esta concepción definió una pirámide de necesidades, que tendría cinco niveles: en su base las necesidades fisiológicas, por encima de estas la necesidad de seguridad, las necesidades sociales, de autoestima y autorrealización en la cúspide de la pirámide.

Según Maslow, en la medida que se cubren las necesidades del escalón inferior se está en condiciones de subir al siguiente.

De esta forma se supone que la satisfacción de la sexualidad se coloca en los escalones superiores desde las necesidades sociales a las de autoestima y autorrealización.

Virginia Henderson desarrolló su modelo conceptual, desde el concepto de cuidar orientado a la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona y con el objetivo de conseguir el máximo nivel de independencia.

La necesidad fundamental es el requisito esencial del humano para asegurar su bienestar y que se ha de encontrar satisfecha para que se conserve su integridad y promover su crecimiento y desarrollo. El modelo distingue 14 necesidades:

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber de forma adecuada
3. Eliminar por todas las vías
4. Moverse y mantener una postura adecuada
5. Dormir y descansar
6. Elegir ropas adecuadas, vestirse y desvestirse

7. Mantener la temperatura corporal
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel
9. Evitar los peligros del entorno
10. Comunicarse con los demás
11. Actuar de acuerdo con la propia fe
12. Llevar a cabo acciones que tengan un sentido de autorrealización
13. Participar en actividades recreativas
14. Aprender a descubrir o a satisfacer la curiosidad de manera que se pueda alcanzar el desarrollo normal y la salud

La independencia consiste en conseguir “el nivel óptimo del desarrollo del potencial de la persona para satisfacer sus necesidades de acuerdo a su edad, sexo o etapa de desarrollo en la que se encuentre.”

El desarrollo insuficiente del potencial de la persona para satisfacer sus necesidades por falta de fuerza, voluntad o conocimientos crea una situación de dependencia, ya que impide la realización de las actividades adecuadas para satisfacer sus necesidades.

Las causas de la dependencia es lo que denomina Virginia Henderson como fuente de dificultad, son las limitaciones que dificultan la satisfacción de las necesidades del individuo:

- Fuerza: No sólo consiste en la capacidad física de las personas sino también en la capacidad de realizar acciones oportunas. Se distingue la fuerza física y psíquica.
- Conocimientos: sobre la salud y la enfermedad, recursos disponibles (propios y ajenos)
- Voluntad: se relaciona con la motivación. Consiste en el compromiso de la realización de las acciones oportunas para conseguir la satisfacción de las 14 necesidades.

Las necesidades de Virginia Henderson relacionadas con la sexualidad serían:

9. Necesidad de Seguridad, valoraremos el riesgo de embarazo como un riesgo de salud y los factores que pueden influir en esta necesidad son la edad y etapa de desarrollo, nivel socioeconómico, nivel cultural, ...
10. Necesidad de Comunicación: Se valorarán las relaciones sociales, familiares y de pareja. Factores que pueden influir etapa de crecimiento, emociones, personalidad, cultura.

11. Necesidad de actuar según creencias y valores: Se valorarán la ideología, religión y los valores en general. Factores que se relacionan gestos y actitudes corporales, significado de vida y muerte, etc..
12. Necesidad de Realizarse: Se valora el rol social, la autoestima, autonomía... Factores relacionados con esta necesidad edad y crecimiento, capacidades físicas, roles sociales...
14. Necesidad de aprender: Se valora el grado de conocimiento y la capacidad de aprendizaje. Factores a tener en cuenta edad, capacidades físicas, motivación, emociones, entorno...

(Benavent, Benavent Garcés, Ferrer Ferrandis, & Francisco del Rey, 2008)

(Raile Alligood & Tomey Marriner, 2011)

5.7.3 Modelos conceptuales de Planificación de Embarazo

5.7.3.1 *Modelo conceptual de Aiken: Nuevo Paradigma de Planificación del Embarazo. (Aiken, Barrero, Callegari, & Dehlendorf, 2016)*

La planificación del embarazo en la práctica clínica parte de la definición de embarazo no deseado basada en el tiempo, entendiéndose como inoportuno y/o no deseado en absoluto. Desde este paradigma, se espera que las mujeres centren sus intenciones de embarazo respecto al momento idóneo de concebir y opten por acciones específicas para cumplir sus intenciones.

La concepción actual de planificación del embarazo supone que todas las mujeres tienen un calendario claro de intención de embarazo, pero a menudo manifiestan una ambivalencia entre el deseo de lograr o evitar el embarazo.

Según un nuevo modelo de planificación de embarazo, se incorpora la complejidad de las intenciones y pensamientos de las mujeres sobre un futuro embarazo, con el concepto de "percepciones del embarazo" y se incluye la noción de "aceptabilidad del embarazo" (*Figura 4*).

En el centro del modelo están las percepciones de las mujeres sobre el embarazo, incluyendo deseos e intenciones, lo que sugiere que deberían ser el objetivo y que es probable que se vean afectadas por el embarazo.

Teóricamente, estas percepciones pueden verse influenciadas por una variedad de **factores internos**. Quizás el más importante sea la **realidad anticipada del embarazo**, como las consecuencias previsibles del embarazo, incluidos el impacto socioeconómico esperado y el

posible conflicto con las normas sociales y culturales interiorizadas sobre embarazo, maternidad y aborto.

La **actitud frente a la anticoncepción** y las creencias personales sobre la capacidad de concebir o **susceptibilidad al embarazo**, influyen también sustancialmente sobre las percepciones, sobre todo en aquellas mujeres con una ambivalencia en el deseo de embarazo, ya que podrían no desear actualmente un niño y sin embargo querer probar su fertilidad.

Los **factores externos** también juegan un papel primordial en la percepción del embarazo, como son el entorno sociocultural y normas sociales, dinámica de la relación de pareja (que podría incluir la coacción y violencia en la pareja) y la accesibilidad al sistema sanitario.

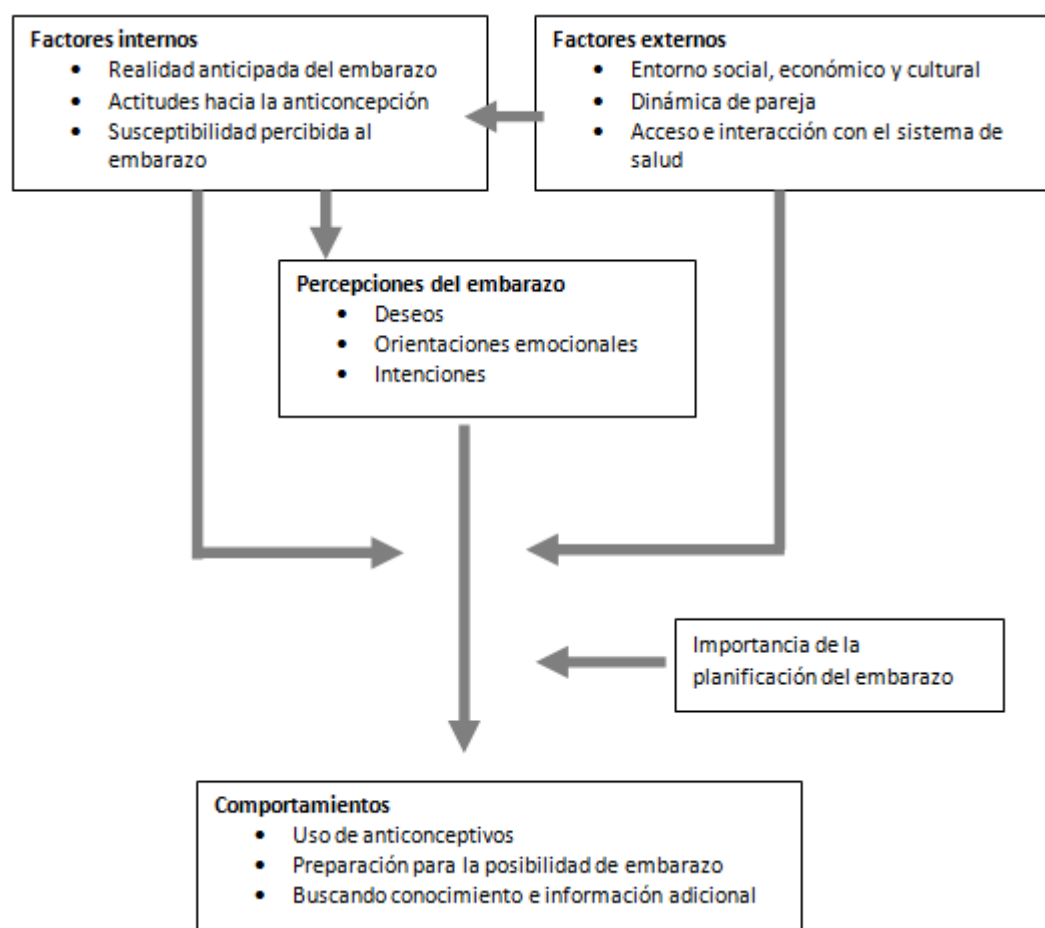


Figura 4. Modelo conceptual de un marco teórico para informar enfoques centrados en la mujer para prevenir embarazos no deseados y ayudarla a alcanzar sus objetivos reproductivos. Fuente: Elaboración propia. Adaptado de Aiken, Barrero, Callegari, & Dehlendorf, 2016

Todas estas influencias, tanto internas como externas, se verán reflejadas en el comportamiento de la mujer para la planificación del embarazo. A su vez, la importancia que esta le otorgue a la planificación podrá influir en el uso de anticonceptivos y en la demanda de información o ayuda acerca de sus opciones anticonceptivas.

El concepto de aceptabilidad se basa en el concepto de duración prolongada de la deseabilidad, incluyendo aspectos como: determinadas circunstancias de la vida personal, incluidos los recursos financieros y el tipo de relación de pareja; la interiorización de las normas sociales y culturales relativas al embarazo y creencias personales sobre el embarazo, la maternidad y el aborto.

El factor determinante de la existencia de efectos adversos o no a consecuencia de un embarazo no deseado, será el grado en que la mujer lo considere aceptable una vez que se haya producido.

La relación entre aceptabilidad y resultados de embarazo dependerá de si finalmente el embarazo acaba en nacimiento o en aborto y variará según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.

Según este nuevo modelo conceptual, una mujer que juzga su embarazo aceptable, independientemente de si fue planeado o no y va a dar a luz, es más probable que experimente resultados sociales y personales positivos que una mujer que considera su embarazo como inaceptable.

Por otro lado, **las** mujeres que se encuentren con un embarazo en curso considerado como inaceptable y son capaces de elegir el aborto, pueden experimentar más resultados positivos que aquellas con un embarazo no aceptable que acabe en nacimiento. (*Figura 5*)

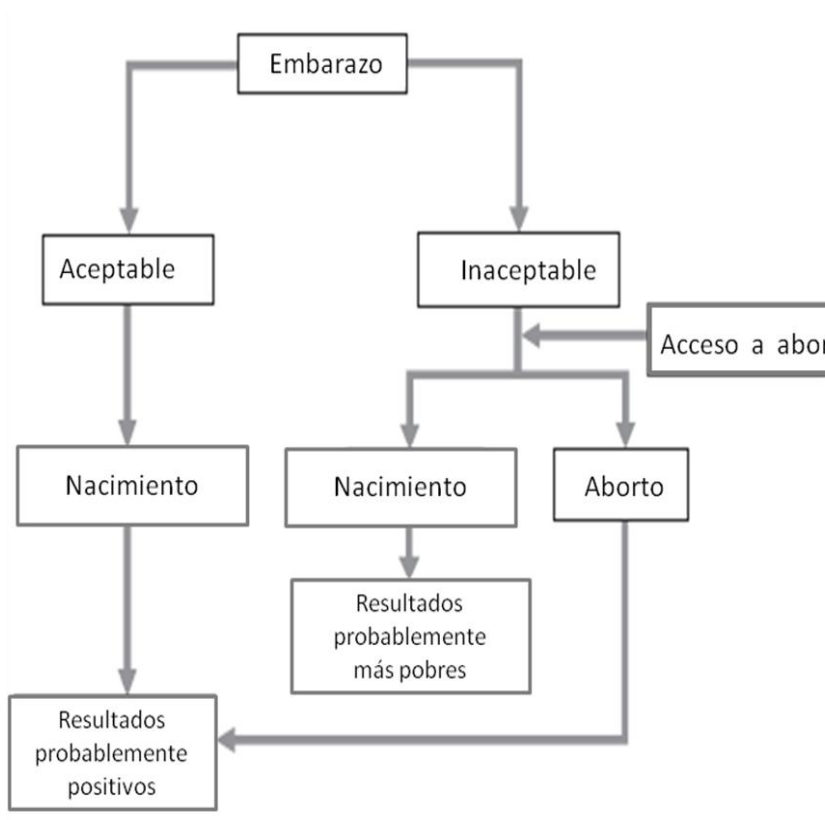


Figura 5. Modelo conceptual de como la aceptabilidad de un embarazo en una mujer puede relacionarse con los resultados de embarazo. Fuente: Elaboración propia. Adaptado de Aiken, Barrero, Callegari, & Dehlendorf, 2016

Si lo extrapolamos a nivel de salud de la población, la incorporación en las encuestas de preguntas sobre deseo, intención y susceptibilidad al embarazo podría ayudar a distinguir de manera prospectiva los embarazos programados de los inesperados y no deseados.

5.7.3.2 Modelo conceptual de Planificación de embarazo de Morin. (Morin, y otros, 2003)

El modelo conceptual propuesto por Morin es una adaptación del modelo teórico desarrollado por Miller, que consiste en una secuencia que comienza con el deseo de quedar embarazada, seguido por la intención y terminando en la expectativa de concebir. (Figura 6)

El deseo es una sensación que no necesariamente conduce a la acción y la intención se relaciona con un estado de ánimo que puede estar condicionado por otros factores de contexto como podrían ser el apoyo de la pareja o los recursos económicos.

La planificación del embarazo podría introducirse tras la intención y se definiría desde varias dimensiones, como la adopción de un comportamiento general centrado en la concepción, la procepción (acciones para fomentar el embarazo) y el momento idóneo para quedar embarazada.

La planificación del embarazo puede relacionarse con conductas dirigidas a la mejora de la salud de la mujer y el feto, como dejar de fumar o tomar suplementos vitamínicos.

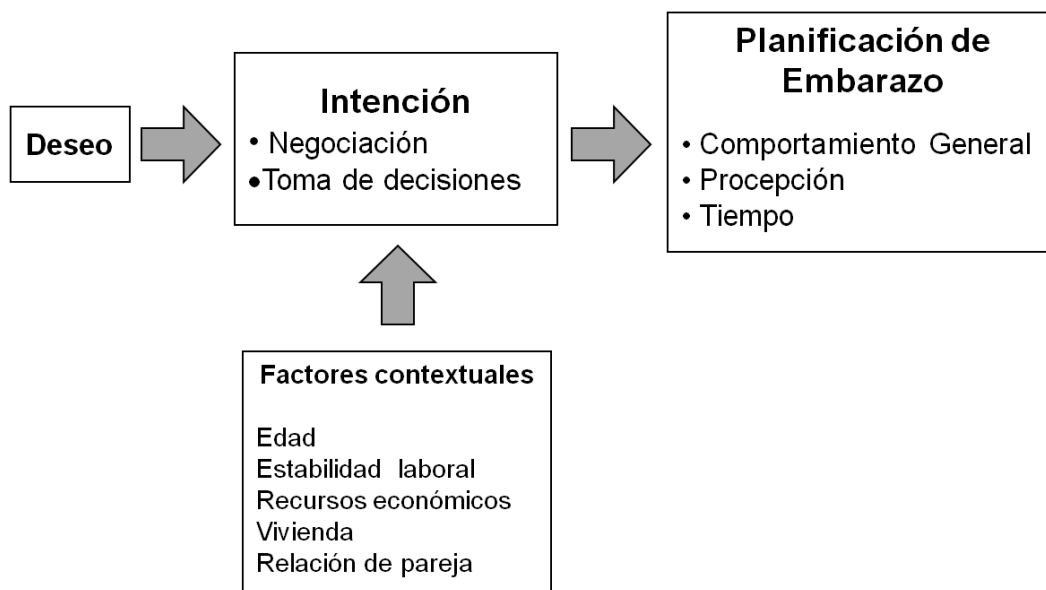


Figura 6. Elaboración propia. Adaptado del Modelo conceptual de Planificación de embarazo. Fuente: Morin y otros, 2003

5.7.3.3 Modelo conceptual de Comportamiento Anticonceptivo de Pratt. (Pratt, Stephenson, & Mann, 2014)

Este estudio utiliza el enfoque meta-etnográfico para sintetizar la investigación cualitativa sobre el comportamiento anticonceptivo. De la revisión sistemática realizada en el estudio se identificaron seis categorías involucradas en el comportamiento anticonceptivo:

- Accesibilidad (dificultades económicas, acceso a servicios sanitarios),
- Conocimiento (fuentes de información sobre métodos anticonceptivos, susceptibilidad al embarazo, autoeficacia percibida),
- Factores relacionados con el método (tipo de método utilizado, continuidad de uso, motivos uso incorrecto),
- Creencias y motivaciones personales (optimismo no realista, sentimiento de invulnerabilidad y ambivalencia ante embarazo),

- Influencia de la sociedad (contextos culturales restrictivos, falta de comunicación con padres o profesionales de salud)
- Factores de relación (responsabilidad de la mujer en anticoncepción, riesgo embarazo aceptable en pareja estable).

El modelo desarrollado incluye un círculo interno de **factores personales** específicos del individuo y otro círculo externo de **factores del entorno** o contextuales, que recogen los factores recurrentes en el comportamiento anticonceptivo: fuentes de conocimiento anticonceptivo, actitudes ante la anticoncepción y embarazo y la falta de autoeficacia en habilidades de negociación con respecto a relaciones sexuales y uso de anticonceptivos.

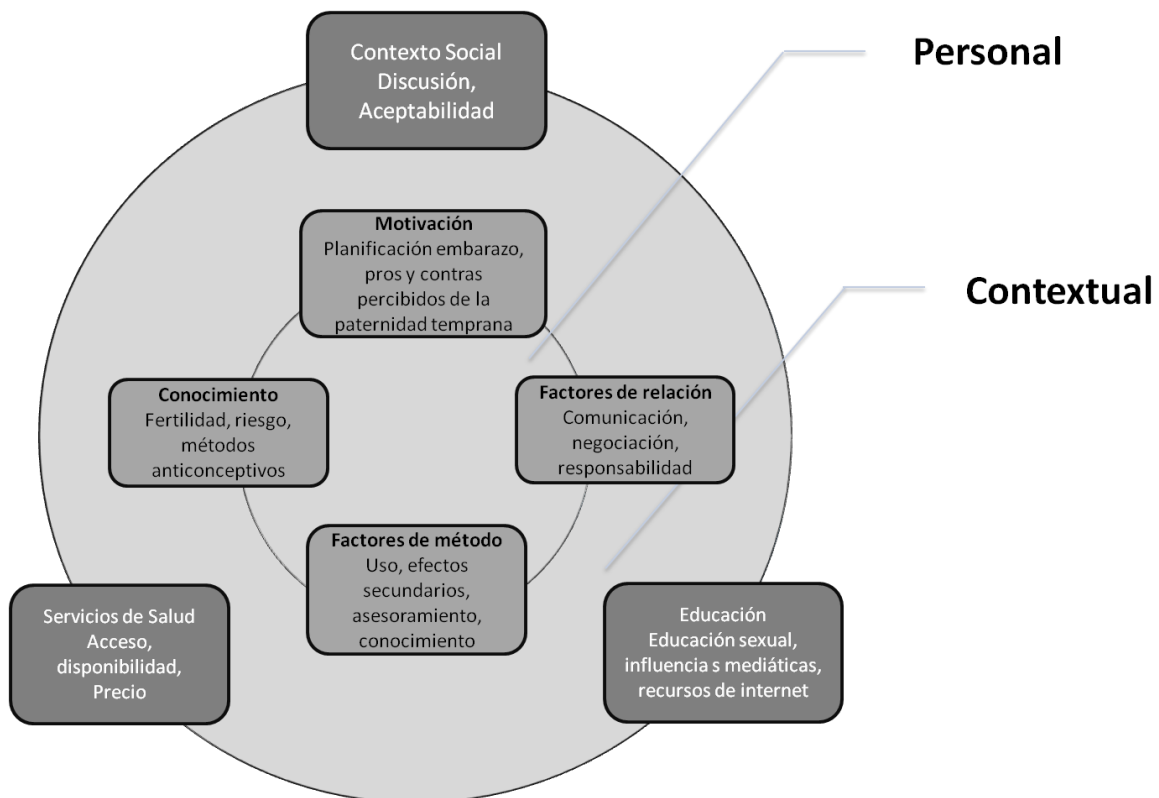


Figura 7. Elaboración propia. Adaptado del Modelo de comportamiento anticonceptivo para explicar cómo los factores se unen para influir en el comportamiento anticonceptivo. Fuente: Pratt, Stephenson & Mann, 2014.

5.7.3.4 Modelo Conceptual de Barrett: Embarazo planeado vs no planeado (Barrett, Smith, & Wellings, 2004)

En este estudio para desarrollar una herramienta válida para la medición de la planificación o intención de embarazo, en la fase de conceptualización diseñaron un modelo distribuido en seis áreas temáticas: expresión de intenciones, deseo de maternidad, uso anticonceptivo, preparaciones preconceptuales, circunstancias personales/sincronización e influencias de la pareja.

En la validación de constructo se distinguieron varias hipótesis en dos niveles:

- el primero basado en la **fase cualitativa**, mayores valores de planificación de embarazo se asociaron con la continuación del embarazo y valores más bajos con embarazos finalizados en aborto. También presentaron valores mayores las mujeres casadas que otras categorías (pareja, sola).

La mujeres de mayor edad y con mayor nivel educativo se asociaron con valores más altos de planificación de embarazo.

- El segundo nivel recoge hipótesis derivadas de la literatura, que sugiere que las mujeres de raza negra presentan valores menores de la escala y en el segundo hijo (nacimiento actual) presentan valores más altos que en el tercer o más hijo.

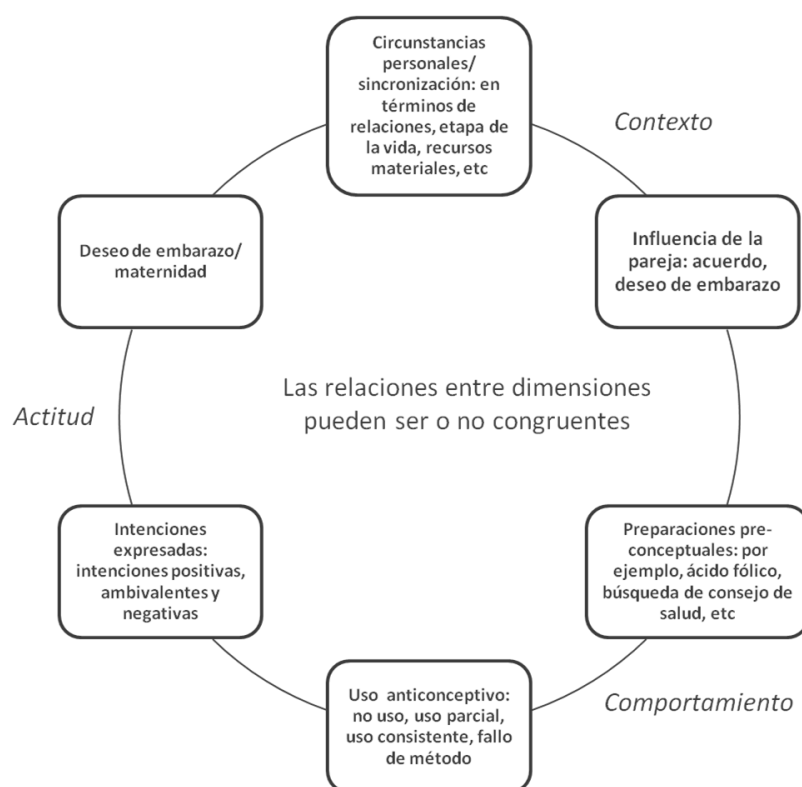


Figura 8. Elaboración propia. Adaptación del Modelo conceptual de planificación de embarazo/embarazo no planeado. Fuente: Barrett, Smith, & Wellings, 2004. [Volver](#)

5.7.3.5 Modelo de Higgins de Aceptabilidad Sexual de la Contracepción (Higgins & Smith, 2016)

La aceptabilidad sexual o cómo influyen los métodos anticonceptivos en las experiencias sexuales de los usuarios, es un aspecto poco estudiado de la anticoncepción y puede influir en las preferencias y prácticas de planificación familiar.

Los anticonceptivos son efectivos para prevenir el embarazo, pero también tienen que ser aceptables y fácilmente utilizables para las usuarias.

Si no conseguimos que las mujeres estén satisfechas con su método anticonceptivo correremos el riesgo de que lo abandonen o lo usen de forma inconsistente.

Conseguir la aceptabilidad sexual podría mejorar el comportamiento anticonceptivo y con ello, la vida de las mujeres, consiguiendo un nivel alto de satisfacción y adherencia en el tiempo.

En este estudio se construye un MODELO CONCEPTUAL DE ACEPTABILIDAD SEXUAL que Incluye tres principales niveles de influencia:

- Macro: Género (autonomía sexual y reproductiva, estereotipos sexuales, empoderamiento sexual), Ubicación social (raza / origen étnico, clase social y otros ejes de desigualdad, cultura, factores estructurales)
- Factores de relación: influencia y preferencias de la pareja, motivaciones para la actividad sexual, comunicación sexual, tipo, etapa y dinámica de la relación, preocupación por el placer y el funcionamiento de la pareja.
- Individuales: funcionamiento sexual (lívido, deseo e interés sexual, pensamientos sexuales, dolor y disfunción sexual), identidad sexual, estatus de minoría sexual y uso anticonceptivo, preferencias sexuales y estética sexual (desinhibición, espontaneidad, placer y búsqueda de placer), los aspectos sexuales de efectos secundarios de los anticonceptivos (sangrado, cambios de humor), e intenciones y ambivalencia de embarazo.

Una mayor atención a la aceptabilidad sexual podría promover tanto el bienestar sexual de las mujeres como las prácticas anticonceptivas más extendidas y fáciles de usar, mejorando el cumplimiento y reduciendo el riesgo de embarazo no deseado.

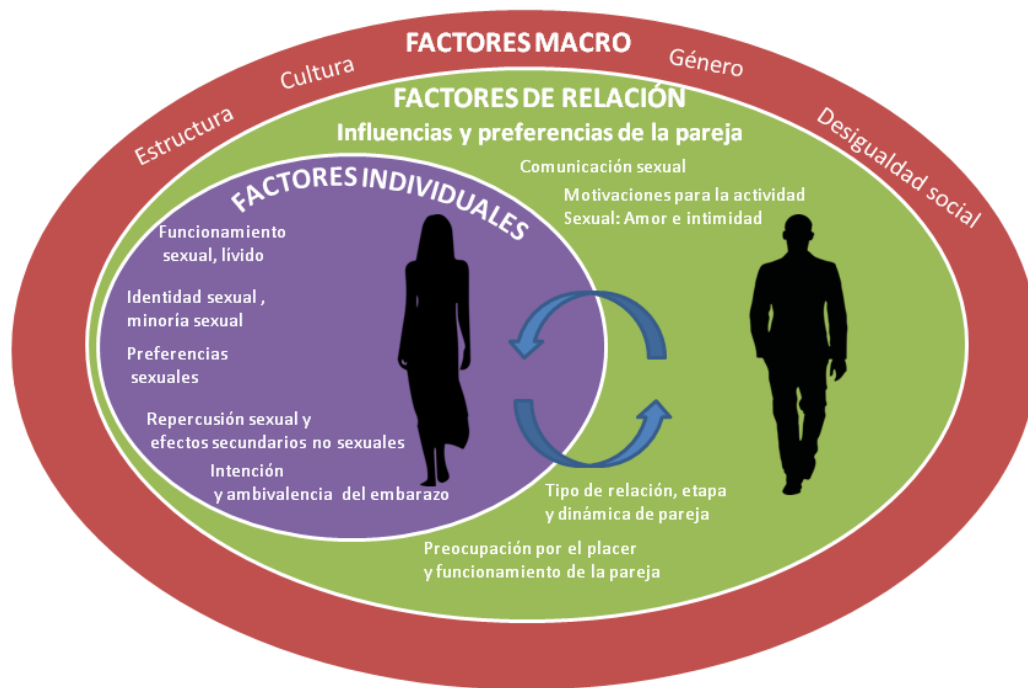


Figura 9. Elaboración propia. Adaptación del Modelo conceptual de aceptabilidad sexual de la anticoncepción. Fuente: Higgins & Smith, 2016

5.8 ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA EN CIENCIAS DE LA SALUD

5.8.1 Uso de instrumentos de medida en investigación enfermera y ciencias de la salud

En Ciencias de la Salud, tanto en el ámbito asistencial como en el de investigación, cada vez se hace más necesario disponer de instrumentos de medida para poder evaluar características subjetivas que integren conceptos y dimensiones más complejas, que permitan orientar el cuidado, la promoción y la prevención de la salud, así como el tratamiento, intervenciones, programas de salud y políticas institucionales.

Las escalas de medición en salud son diseñadas para valorar las diferentes dimensiones no observables de manera directa, tanto físicas como psicológicas o sociales, de manera que permitan recoger de forma válida y fiable la percepción subjetiva de las personas sobre dichas dimensiones. (Luján-Tangarife & Cardona-Arias, 2015) (Zambon Orpinelli-Coluci, Costa-Aleixandre, & Milani, 2015).

El cuestionario es una de las técnicas de recogida de datos más empleada para la investigación en medición de salud, porque resulta poco costosa, permite llegar a mayor número de participantes y facilita el análisis de los datos. (Martin Arribas, 2004) (Alarcón & Muñoz, 2008) (Castañeda Hidalgo, y otros, 2010) (Ratray & Jones, 2007)

En el caso de la disciplina enfermera se han documentado muchos trabajos con el objetivo de medir las diferentes dimensiones del estado de salud y sus factores asociados. Por ello los cuestionarios son cada vez más utilizados tanto en la práctica clínica como en investigación en cuidados. De hecho, la construcción y validación de un cuestionario se considera en sí misma un asunto metodológico. (Castañeda Hidalgo, y otros, 2010)

Los/las investigadores/as enfermeras utilizan instrumentos de medida para estimar conocimientos, comportamientos, actitudes, intenciones y emociones. De esta manera se recogen las observaciones y percepciones subjetivas de las personas sobre muchos aspectos de los cuidados. (Ratray & Jones, 2007)

Enfermería como ciencia aplicada tiene una perspectiva multidisciplinaria y como tal, comparte enfoques de investigación y lenguaje con otras disciplinas como la psicología, sociología, antropología, etc...El uso de métodos mixtos puede resultar de utilidad para obtener tanto medidas objetivas como la comprensión de experiencias subjetivas. Un método idóneo de recogida de datos para combinar estos dos enfoques es el cuestionario.

Los cuestionarios son métodos habituales en estudios cuantitativos enfermeros porque son herramientas útiles para recopilar datos de gran cantidad de personas y obtener resultados aplicables a la práctica clínica.

(Timmins, 2015)

5.8.2 Diseño de un instrumento de medida.

5.8.2.1 Conceptos de Encuesta, Cuestionario y Escala

Varios son los términos utilizados para definir los instrumentos de medida en salud. Los más frecuentes son: Encuesta, cuestionario y escala.

Encuesta

Aravena y cols. (2006) definen la encuesta como “una estrategia de investigación basada en las declaraciones verbales de una población concreta, a la que se realiza una consulta para conocer determinadas circunstancias políticas, sociales o económicas, o el estado de opinión sobre un tema en particular”.

Otros autores la definen como «una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características». (Casas Anguita, Repullo Labrador, & Donado Campos, 2003)

Cuestionario

Un cuestionario es un proceso estructurado de recogida de información durante un tiempo relativamente breve, a través de la cumplimentación de una serie predeterminada de preguntas para poder cuantificarla y universalizarla.

Está constituido por diferentes preguntas o ítems planteados de forma interrogativa, enunciativa, afirmativa o negativa con varias alternativas de respuesta, con un orden y formato determinado y un contenido concreto sobre el tema a investigar. (Casas Jiménez, García Sánchez, & González Aguilar, 2006)

De esta manera, a todos los participantes se les formulan las mismas preguntas y en la misma secuencia para objetivar determinadas características de los mismos. La finalidad es conseguir la máxima fiabilidad y comparabilidad en la información. (Argimón Pallás & Jiménez Villa, 2004) (Martin Arribas, 2004) (Timmins, 2015)

Escala

Una escala de evaluación puede definirse como una relación de ítems que pretenden valorar diferentes niveles de determinadas características (variables) no observables directamente y permiten una clasificación acumulativa de los ítems, ofreciendo puntuaciones globales al final de la evaluación. Esta característica la diferencia de los cuestionarios de recogida de datos, los inventarios de síntomas, las entrevistas estandarizadas o los formularios. (Sánchez Pedraza & Gómez Restrepo, 1998) (Martin Arribas, 2004)

Se suelen utilizar para medir variables como las actitudes, preferencias u opiniones. Las personas participantes han de responder eligiendo entre las opciones de categorías ordenadas, la que mejor represente su situación u opinión sobre el concepto que se está midiendo. No existen respuestas correctas o incorrectas y la puntuación final es la suma de las puntuaciones asignadas a las categorías elegidas por ellos.

5.8.2.2 Requisitos y características de instrumentos de medida en salud

El instrumento de medida o cuestionario adecuado será aquél que registre datos observables que representen fielmente los conceptos o variables que interesan al investigador. (Castañeda Hidalgo, y otros, 2010)

Cuando los instrumentos existentes muestran resultados poco satisfactorios o únicamente han demostrado su eficacia en otros medios de aplicación, o bien cuando no existe ningún cuestionario adecuado para medir el concepto a estudio, se justificaría el diseño de un nuevo cuestionario y la evaluación de su utilidad antes de su aplicación (García de Yébenes Prous, Rodríguez Salvanés, & Carmona Ortells, 2009)

Los cuestionarios generalmente están orientados para medir actitudes, creencias, comportamientos, conocimientos, características de una persona o enfermedad u otros rasgos psicológicos (Timmins, 2015)

Los **requisitos** fundamentales que deben reunir los cuestionarios o instrumentos de medida son:

- La **fiabilidad** o grado de precisión/exactitud de la medida. Responde al supuesto de que si se aplica varias veces el instrumento al mismo sujeto producirá idénticos resultados.
- La **Validez** hace referencia al grado en que un instrumento mide exactamente lo que pretende medir. Generalmente la medición de variables de ciencias sociales como actitudes, sentimientos, actitudes, etc... resulta mucho más compleja que variables objetivas.



(Castañeda Hidalgo, y otros, 2010) (Carvajal, Centeno, Watson, Martínez, & Sanz Rubilales, 2011)

Criterios básicos para elaborar un cuestionario:

1. Mediante revisión bibliográfica y consulta con expertos se debe definir de forma clara y precisa el constructo a medir:

La validez del constructo indicará el grado en que el instrumento de medida refleja el fenómeno que mide.

2. Establecer el propósito de la escala:

- Definir la población diana, el contenido del cuestionario, el método de administración y el formato.
- Definir exhaustivamente las características del constructo (dimensiones y factores), para facilitar la construcción de las preguntas a medir.

3. Construcción de los ítems

El ítem es la unidad básica de información de un cuestionario y suele constar de una pregunta y varias respuestas cerradas.

- Definir el número de ítems (mínimo 6, pero puede ir de 10 a 90) y en todo caso se recomienda al menos el doble de ítems que los que se espera necesitar en la versión definitiva del cuestionario.
- El contenido de los ítems debe tener en cuenta la comprensión, adaptando el lenguaje y el tipo de elección de respuestas al nivel sociocultural de los/las participantes y la aceptabilidad de los mismos.

(Martin Arribas, 2004)

Características de instrumentos de medida

1. Ser **adecuado y razonable** para el problema de salud que pretende medir (validez de contenido).
2. Ser **válido**, capaz de medir únicamente aquellas características que se pretenden medir y no otras (validez de constructo).
3. Ser **fiable y preciso**, con mediciones libres de error (fiabilidad)
4. Ser **sensible**, capaz de medir cambios tanto entre los diferentes individuos como en la respuesta de un mismo individuo a través del tiempo (sensibilidad al cambio).
5. **Delimitar claramente sus componentes** (dimensiones), de manera que cada uno contribuya al total de la escala de forma independiente (validez de constructo).
6. Estar basado en datos generados por los propios pacientes.

7. Ser **sencillo y aceptado** por pacientes, usuarios, profesionales e investigadores (viabilidad).

(Martin Arribas, 2004) (García de Yebenes Prous, Rodríguez Salvanés, & Carmona Ortells, 2009) (Villavicencio-Caparó, Ruiz-García, & Cabrera-Duffaut, 2016)

5.8.2.3 Fases para la elaboración de un cuestionario

Diferentes autores han listado las fases de diseño y validación de un cuestionario, que se podrían resumir de la siguiente forma:

1) *Determinar el **propósito del instrumento***, tomar decisiones sobre la finalidad del instrumento.

2) *Decidir sobre el **tipo de instrumento***

- Mediante revisión bibliográfica, seleccionar el instrumento o instrumentos utilizados en estudios previos, que resulten de utilidad por la adaptación al contexto de la investigación.

- En caso de no encontrar un instrumento desarrollado adecuado, válido y confiable, se podría justificar desarrollar uno propio. Definiendo las variables, sus categorías, los indicadores más precisos y los ítems para cada uno de ellos.

3) ***Conceptualizar el constructo***, realizar una detallada y cuidadosa revisión de la literatura especializada para definir el constructo.

4) ***Operacionalizar el constructo***,

Revisar como han sido definidas operacionalmente las variables (conjunto de procedimientos que describen las actividades a realizar por el investigador para medir las variables en estudio).

Pasos a seguir para la operacionalización del constructo:

- Definir el objetivo del instrumento.
- Definir el constructo.
- Identificar el dominio de las variables a medir y sus indicadores: identificar componentes, dimensiones o factores que integran las variables, estableciendo indicadores en cada dimensión.
- Elaborar los ítems, reactivos, preguntas o tareas.

Se generan ítems o categorías del instrumento y niveles de medición (escala nominal, ordinal, intervalo o razón). Se determina el modo y número de respuestas.

5) ***Diseñar el instrumento***. Es necesario pensar en el número de ítems necesarios, el tipo de pregunta, la organización de la información, la precisión de las instrucciones, la claridad de la redacción, el tiempo para contestarlo, etc.

Hay que expresar las preguntas (variables) en palabras adecuadas a la cultura, educación y edad de los/las participantes.



6) **Realizar la Prueba Piloto.** Se aplica la primera versión del instrumento a una muestra de la población. Se recomienda que el número de ítems de esta versión sea aproximadamente tres veces mayor a la extensión final esperada. Y que la muestra de la prueba piloto sea al menos el doble del número de preguntas, aunque este criterio varía según diversos autores. En esta prueba se analiza también si las instrucciones se comprenden y si los ítems funcionan adecuadamente. Los resultados se utilizan para el cálculo de la fiabilidad.

7) **Estudio técnico.** Comprende el análisis de ítem, estimación de la fiabilidad de la medida, estudio de la validez del instrumento, estandarización y normalización.

Se analizan los ítems para ver si son discriminatorios y se pueden considerar indicadores del mismo rasgo.

En base a la prueba piloto, el instrumento de medición preliminar se modifica, se ajusta y para mejorar el nivel de fiabilidad y validez, obteniendo la versión final del instrumento.

8) **Otras fases:** Entrenamiento del personal colaborador, autorizaciones para aplicación del instrumento y análisis y preparación de los datos.

(Castañeda Hidalgo, y otros, 2010) (Corral, 2010) (Morales Vallejo, 2006) (Alarcón & Muñoz, 2008) (Villavicencio-Caparó, Ruiz-García, & Cabrera-Duffaut, 2016)

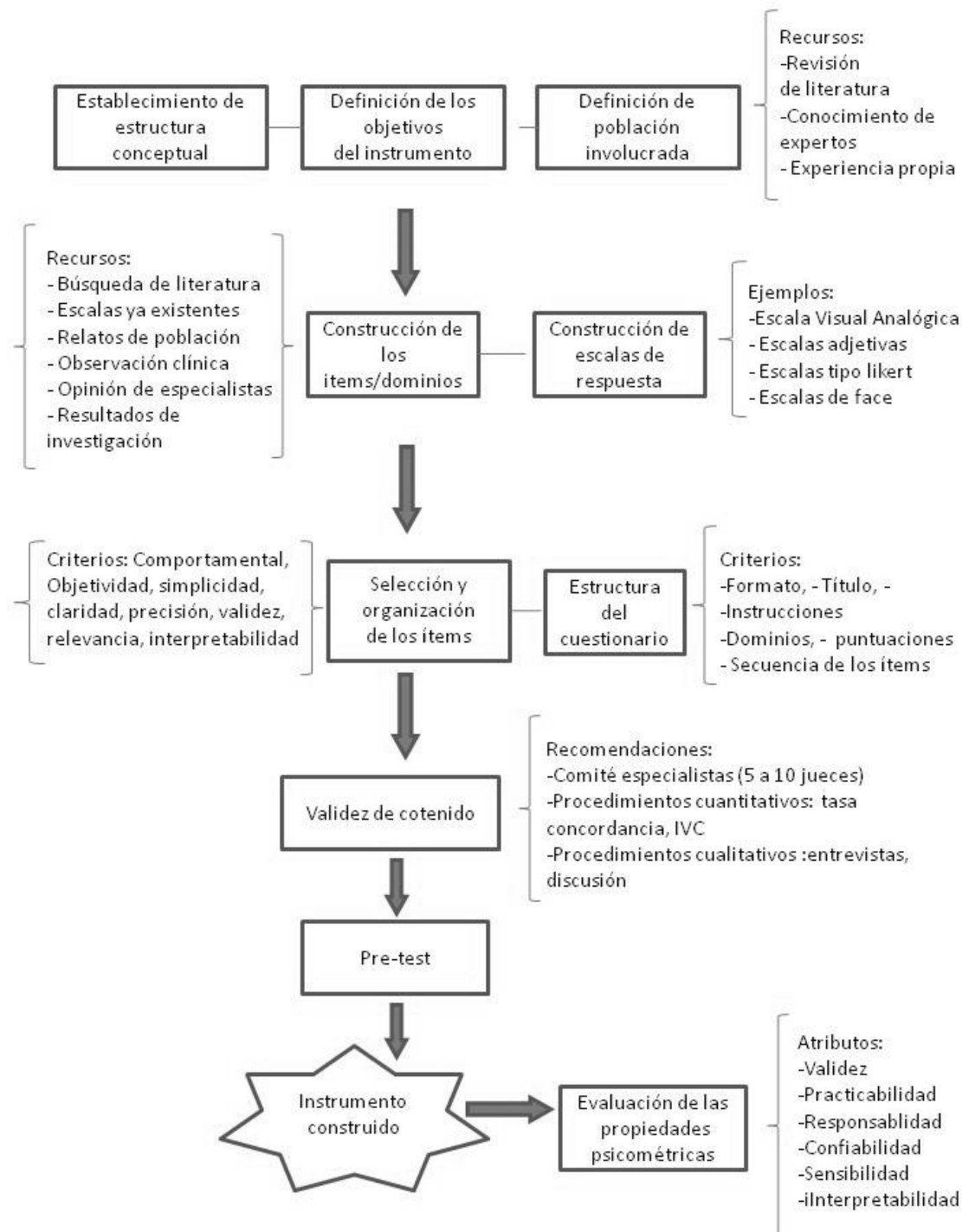


Figura 10. Pasos del proceso de desarrollo de instrumentos de medición y de recursos, criterios, recomendaciones y/o atributos más comúnmente utilizados en cada paso (Adaptada de Zambon Orpinelli-Coluci, Costa-Aleixandre, & Milani, 2015). [Volver](#).

5.8.2.4 Tipos y Estructura de los cuestionarios

i) Tipos de cuestionarios

➤ Según la naturaleza de sus preguntas en:

1. **Cuestionario cerrado:** Se formulan preguntas cerradas en las que hay que contemplar todas las posibles alternativas de respuesta. Las respuestas deben de ser breves, concretas y delimitadas. Pueden ser dicotómicas (dos alternativas) o de varias alternativas (una o más opciones)

Este tipo de cuestionario tiene varias ventajas: al limitar las respuestas requiere menor esfuerzo, son fáciles de cumplimentar, mantiene centrado el tema y resultan objetivos y fáciles de clasificar y analizar.

2. **Cuestionario abierto:** Las preguntas son abiertas sin delimitar las alternativas de respuesta, provoca respuestas más profundas redactadas por el propio participante. Se utiliza cuando la información que proporcionan las preguntas cerradas no es suficiente. Son de difícil tabulación, interpretación y resumen.

3. **Cuestionario Mixto:** Incluye tanto preguntas cerradas como abiertas.

➤ Según el momento de la codificación: precodificados o no codificados.

➤ Según la forma de administración: autoadministrados directos, autoadministrados indirectos (correo postal o electrónico, servicio de mensajería), orales (cara a cara, teléfono o video conferencia).

Las ventajas de los cuestionarios autocumplimentados es que suponen un coste bajo, posibilitan recoger datos de mayor número de personas, se elimina el sesgo del entrevistador ya que permite mayor comodidad para responder. Como inconvenientes, requiere un mínimo de capacidad de lectura, exige preguntas simples y cerradas, no existe posibilidad de aclarar preguntas o respuestas, no permite observar respuestas emocionales y si se envían por correo puede haber un porcentaje elevado de pérdidas y no existe seguridad sobre quién responde al cuestionario y si lo hace individualmente. (Argimón Pallás & Jiménez Villa, 2004)

➤ Según el contenido: Unidireccionales o Multidireccionales.

(Villavicencio-Caparó, Ruiz-García, & Cabrera-Duffaut, 2016) (Casas Jiménez, García Sánchez, & González Aguilar, 2006)

ii) Estructura de un cuestionario

La estructura del cuestionario recoge la organización de los ítems en sus respectivos dominios y el formato general del instrumento. Comprende el título, instrucciones, escalas de respuestas y puntuaciones.

Los ítems deben estar ordenados lógicamente y siempre que sea posible deben ir desde el más general al más específico. Las preguntas personales y comprometidas deben ir al final. (Zambon Orpinelli-Coluci, Costa-Aleixandre, & Milani, 2015)

Los cuestionarios también suelen recoger preguntas específicas sobre las características de los participantes o datos sociodemográficos, que sirven para contextualizar el trabajo, por ejemplo la influencia de la edad o experiencia profesional en el tema de investigación (Timmins, 2015)

Componentes del cuestionario

1. **Datos de identificación/ sociodemográficos:** Aportan información básica como el nombre, dirección, número telefónico, correo electrónico, etc. del/la participante. Cuando se busca que las respuestas al cuestionario sean anónimas, se omiten los datos de identificación personal y se incluyen otros, tales como la edad, el sexo, el lugar, experiencia laboral, estado civil, etc...
2. **Solicitud de cooperación:** Consiste en un breve enunciado redactado para obtener la cooperación de los/las participantes con relación al cuestionario. Se suele identificar al encuestador/a y/o la organización que lo elabora, explicar el objetivo del estudio y el tiempo que se estima necesario para cumplimentarlo.
3. **Instrucciones:** Se refiere a comentarios en relación a la forma de realizar el cuestionario. En el caso de los cuestionarios autocumplimentados se incluirá en el propio cuestionario, en caso de las entrevistas personales y telefónicas se incluirán instrucciones para el entrevistador/a sobre objetivo, plan y recolección de datos del estudio.
4. **Información solicitada:** Parte más extensa del cuestionario que contiene todas las preguntas a responder por los/las participantes.
5. **Cierre del cuestionario:** Texto en el que se agradece la participación.
6. **Información complementaria:** Información recogida por el encuestador/a de manera presencial. Si el cuestionario es autoadministrado se solicitarán como comentarios u observaciones adicionales que el/la participante puede realizar libremente. Esta información puede resultar útil para elaborar conclusiones, precisar conceptos o mejorar el cuestionario

(Casas Jiménez, García Sánchez, & González Aguilar, 2006)

5.8.2.5 Estrategia para la redacción y selección de ítems. Sesgos.

La primera cuestión a tener en cuenta en el diseño del cuestionario es que la redacción y el orden de las preguntas, las categorías de respuesta y el formato pueden influir en el registro adecuado de la información.

La selección y definición de las variables marcarán el inicio del diseño y desarrollo de un cuestionario. Estas variables dependerán del problema de investigación y deberán evidenciarse de manera explícita en la hipótesis y en los objetivos generales y específicos. Se debe decidir cuáles son las variables que queremos incluir en el estudio y qué representarán cada una de ellas, con el fin de facilitar la construcción del cuestionario y posteriormente el análisis e interpretación de los datos.

El siguiente paso, después de la definición de variables, será la determinación del número de indicadores para cada variable. Algunas variables no requerirán de indicadores y otras precisarán de 2 o más. Después se procederá a realizar las definiciones operacionales de cada uno y por último se redactarán los ítems o preguntas que conformarán el cuerpo del cuestionario. Algunos indicadores requerirán de varias preguntas para quedar suficientemente definidos, por ello una vez establecido el número de preguntas para cada indicador, se procederá a elaborar las preguntas del cuestionario.

(Casas Jiménez, García Sánchez, & González Aguilar, 2006)

i) Tipos de preguntas

Se pueden encontrar distintos tipos de preguntas en el cuestionario:

➤ Según la respuesta

1. Cerradas: Se ofrecen de antemano las posibles alternativas de respuesta.

Según el número de respuestas:

- Dicotómicas, en las que el/la participante debe elegir entre dos opciones para reflejar su opinión o situación personal.
- De elección múltiple: se ofrece al encuestado una serie de opciones de respuesta, lo más exhaustivas posibles y mutuamente excluyentes.

Se puede optar por dejar un ítem abierto cuando no existe certeza absoluta de resultar exhaustivo para que el encuestado/a añada alguna respuesta no contemplada entre las alternativas ofrecidas (mixtas)

2. Abiertas: El/la participante contesta libremente con sus propias palabras. Están indicadas en estudios exploratorios y cuando no se conoce el nivel de información de los encuestados/as.

➤ Según el contenido

Las preguntas pueden tratar sobre cuestiones concretas o hechos objetivos, sobre intenciones, opiniones, actividades, motivaciones...

➤ Según su función:

- *Preguntas filtro:* Sirven para seleccionar a una parte de los/las participantes para posteriormente hacerles preguntas indicadas sólo para ellos.
- *Preguntas de consistencia y control:* funcionan para comprobar si las respuestas de los/las entrevistados/as son congruentes.
- *Preguntas de aflojamiento y acceso:* tratan de mejorar la disposición del sujeto a contestar. Se colocan al principio del cuestionario.

(Casas Anguita, Repullo Labrador, & Donado Campos, 2003)

ii) Características de los ítems

- a) **Relevantes**, deben definir claramente la actitud que se desea medir.
- b) Deben reflejar **opiniones** o conductas con las que se pueda estar o no estar de acuerdo, no hechos o datos que se pueden saber o no saber
- c) Deben redactarse con **claridad**. Es conveniente que la redacción provisional sea revisada por varias personas. Se puede formular una pregunta de más de una manera para comprobar después cual es más eficaz.
- d) **Discriminantes**, que aporten diferencias. Aquellos ítems en que casi todos los/las participantes responden mayoritariamente en un sentido (negativo o positivo) no contribuyen a la fiabilidad de la escala y deberían ser eliminados.
- e) **Repetitivos**, expresar la misma idea de maneras distintas para conseguir un efecto discriminante.
- f) Redactar algunos ítems en **sentido positivo y negativo** permite comprobar la coherencia de las respuestas.

(Casas Jiménez, García Sánchez, & González Aguilar, 2006)

iii) Criterios para redacción de preguntas

- Breves, claras y de fácil comprensión
- Preguntas personalizadas (Desde su experiencia, en su situación,...)
- Evitar frases o palabras ambiguas que lleven a diferentes interpretaciones
- Evitar preguntas con carga emocional
- Redacción neutral, sin generalizaciones para evitar inducir una reacción estereotipada o a la defensiva

- Redacción que permita indicar el grado de acuerdo o desacuerdo
- Evitar la redacción negativa
- Evitar preguntas que precisen cálculos complejos de memoria, ya que pueden influir en la fiabilidad de la respuesta
- Ordenar los ítems siguiendo una secuencia lógica

(Martin Arribas, 2004) (Casas Anguita, Repullo Labrador, & Donado Campos, 2003) (Villavicencio-Caparó, Ruiz-García, & Cabrera-Duffaut, 2016) (Argimón Pallás & Jiménez Villa, 2004)

iv) Extensión del cuestionario

Número de preguntas

El número de ítems puede ser variable y dependiendo del constructo a definir. Generalmente, el número de ítems suele encontrarse entre 20 y 30, aunque el mínimo aceptado suele ser de 6 y puede ir de 10 a 90. En todo caso se recomienda que la versión inicial tenga al menos el doble de ítems que los que se espera necesitar en la versión definitiva del cuestionario para alcanzar el nivel de fiabilidad suficiente

Respecto al tiempo medio necesario para su contestación debería estar alrededor de los 15 min, teniendo siempre en cuenta las características de la población a estudio.

(Martin Arribas, 2004) (Casas Anguita, Repullo Labrador, & Donado Campos, 2003) (Casas Jiménez, García Sánchez, & González Aguilar, 2006) (Villavicencio-Caparó, Ruiz-García, & Cabrera-Duffaut, 2016)

Número de respuestas

El número habitual de respuestas suele ser de cinco, aunque pueden ser más o menos. De cualquier forma, **el máximo suele ponerse en seis/siete y el mínimo en tres.**

La decisión entre número par o impar de respuestas, dependerá de si queremos incluir una respuesta central de indecisión. No existe acuerdo en este punto, pero la fiabilidad es generalmente mayor en ítems con tres respuestas que con dos.

El número par de respuesta tiene la ventaja de poder agrupar sus respuestas en dos categorías. (Casas Jiménez, García Sánchez, & González Aguilar, 2006)

Tipos de respuestas

El formato de respuesta más habitual en escalas que miden actitudes suele ser las que expresan el grado de acuerdo con el contenido de la pregunta. También se puede expresar en términos de frecuencia (de nunca a siempre) o se les puede asignar un número (de 1 a 5)

pero dejando claro el significado y deben marcar siempre la misma dirección. (Casas Jiménez, García Sánchez, & González Aguilar, 2006)

v) Orden lógico de las preguntas

El orden de las preguntas pueden influir en las respuestas que obtengamos. Por ello, es importante mantener constante este orden en caso de tener que administrar el cuestionario en varias ocasiones. Si hemos de incluir nuevas preguntas, será preferible dejarlas al final siempre que sea posible.

Recomendaciones sobre el orden de las preguntas:

- Las primeras preguntas deben ser sencillas y motivadoras para ganar la confianza y colaboración del/la participante.
- Empezar por preguntas generales para ir pasando a las más específicas.
- Sobre el orden de las preguntas de identificación no existe acuerdo. En principio, suelen colocarse al comienzo del cuestionario, aunque hay autores que defienden su ubicación al final del mismo para posibilitar una mayor libertad en las contestaciones. Es imprescindible que estas preguntas de identificación garanticen el anonimato de los encuestados. No son necesarias en todos los tipos de investigación.
- Las preguntas deben agruparse por temas/ dominios.
- Las preguntas susceptibles de ser conflictivas o delicadas deberán ir al final del cuestionario.
- Deben existir preguntas relevantes, relacionadas directamente con el tema investigado y otras preguntas complementarias sobre un mismo indicador (Casas Anguita, Repullo Labrador, & Donado Campos, 2003) (Villavicencio-Caparó, Ruiz-García, & Cabrera-Duffaut, 2016) (Argimón Pallás & Jiménez Villa, 2004)

vi) Fuentes de los ítems o preguntas

Las preguntas pueden construirse a partir de diversas fuentes o recursos como la búsqueda bibliográfica, cuestionarios o escalas existentes, observaciones clínicas, opinión de expertos, informes de la población diana, investigaciones y teorías previas. También pueden provenir de entrevistas cualitativas a individuos o grupos focales.

- La búsqueda en la literatura científica es el recurso fundamental en las investigaciones sobre diseño de instrumentos de medida.
- La opinión de expertos también es muy utilizada, ya que estos se eligen de acuerdo al conocimiento que poseen del constructo e influyen en la idoneidad de los ítems de la escala. Se recomienda incluir de 3 a 10 expertos.

- La observación clínica será de utilidad si se utiliza previa a la opinión de expertos y sirve para recabar información complementaria de los/las participantes (resultados de laboratorio y otros hallazgos clínicos).

(Villavicencio-Caparó, Ruiz-García, & Cabrera-Duffaut, 2016)

Para establecer el sistema de puntuación de los ítems se puede optar por la puntuación simple/directa o bien por el valor ponderado, en que cada opción de respuesta no es la misma o no todos los aciertos no tienen el mismo valor.

(Martin Arribas, 2004)

vii) Análisis y selección de los ítems

Durante el proceso de diseño del cuestionario, en el análisis de los ítems, se pueden comprobar las respuestas de los/las participantes y si el tipo de redacción permite entender el significado previsto. En función de los resultados obtenidos se deberán modificar o eliminar algunos ítems.

Para ello, se deberá observar en primer lugar, la frecuencia de respuesta de las diferentes opciones de cada ítem. Esto nos orientará sobre la dificultad, los conocimientos y la aceptabilidad de los/las participantes respecto a cada pregunta del cuestionario. Serán susceptibles de eliminación aquellos ítems que se encuentren con una frecuencia de respuestas $> 95\%$ o $< 5\%$, porque aportarán poca información y escaso poder discriminante entre individuos, lo que redundará en que el cuestionario sea más largo y no mejorará las propiedades psicométricas del mismo.

Además, para seleccionar los ítems a incluir en un instrumento de medida, suelen utilizarse los criterios de: objetividad, claridad, sencillez, exactitud, pertinencia e interpretabilidad. Aplicando estos criterios se pretende eliminar preguntas ambiguas, poco comprensibles y con juicios de valor que dificulten su realización e induzcan a errores en su análisis.

(Villavicencio-Caparó, Ruiz-García, & Cabrera-Duffaut, 2016) (Argimón Pallás & Jiménez Villa, 2004)

viii) Sesgos

Los errores de medición son denominados sesgos. Los más frecuentes son:

- Error de tendencia central: los participantes tienden a seleccionar las respuestas centrales entre las diferentes opciones.
- Deseabilidad social: las respuestas seleccionadas dependerán de lo que se considera socialmente aceptable.

- Sesgo de aprendizaje o de proximidad: Cuando se tiende a contestar de forma similar a las respuestas anteriores.
- Error lógico: la persona encuestada considera que los ítems que tienen alguna relación reciben la misma puntuación.

(Villavicencio-Caparó, Ruiz-García, & Cabrera-Duffaut, 2016)(Martin Arribas, 2004)

5.8.3 Validación de una escala. Propiedades psicométricas

Como ya se ha comentado, las dos características métricas fundamentales para validar un instrumento son la fiabilidad y la validez.

La fiabilidad se refiere a la capacidad del instrumento para realizar una medida de manera estable y la validez a la capacidad para medir lo que se pretende medir.

Por otro lado, la sensibilidad y la factibilidad o viabilidad son otras características métricas que también miden la precisión de un instrumento.

(Carvajal, Centeno, Watson, Martínez, & Sanz Rubilales, 2011) ([Tabla 3](#), [Tabla 4](#) y [Tabla 5](#))

5.8.3.1 Viabilidad o factibilidad

La viabilidad o factibilidad es la propiedad que nos va a indicar si el instrumento tiene las propiedades y características adecuadas para llevarlo a cabo y conseguir sus objetivos.

Aspectos del instrumento relacionados con la viabilidad o factibilidad (feasibility) podrán ser: el tiempo empleado en la cumplimentación, la sencillez en el formato, la claridad y brevedad de las preguntas y la codificación e interpretación de los resultados.

Todas estas características se pueden valorar mediante un **estudio piloto**. Se estima que habría que administrar el borrador del cuestionario a unas 30-50 personas similares a los que incluiremos en nuestra muestra, para evaluar los resultados y poder realizar las modificaciones oportunas al instrumento inicial.

Se calculará el porcentaje de respuestas no contestadas y el tiempo medio para cumplimentar el cuestionario. También se recomienda recoger la percepción de los/las participantes y los profesionales respecto a su utilidad para la práctica. (García de Yebenes Prous, Rodríguez Salvanés, & Carmona Ortells, 2009) (Carvajal, Centeno, Watson, Martínez, & Sanz Rubilales, 2011)

Ventajas de la prueba piloto o pretest cognitivo

- Permite identificar las preguntas más adecuadas, con sentido y que provocan las respuestas que se espera conseguir.

- Detecta si la redacción de las preguntas es adecuada y comprensible y si tienen la extensión correcta.
- Si la categorización de las respuestas es correcta.
- Si existe rechazo o resistencia a responder a algunas preguntas.
- Si el orden es lógico y si la duración es aceptable por las personas participantes.

La prueba piloto o pretest cognitivo, recoge información clave para depurar el instrumento y conseguir que cumpla sus objetivos. Algunos de los métodos utilizados en la realización del pretest cognitivo son entrevistas informales, grupos focales de la población a estudio, encuesta sobre la comprensión de las preguntas y valoración del instrumento por parte de las personas participantes.

Una vez revisada la primera versión del cuestionario y evaluada su comprensión y legibilidad, se administrará a un grupo de personas representativo de la población diana. Se recomienda que el tamaño muestral sea superior al número de preguntas del cuestionario (generalmente entre dos y diez veces el número de ítems).

(Martin Arribas, 2004) (Casas Jiménez, García Sánchez, & González Aguilar, 2006)
(Argimón Pallás & Jiménez Villa, 2004)

5.8.3.2 *Fiabilidad*

La fiabilidad es la capacidad de un instrumento para medir con precisión, sin error. Es el grado en que un instrumento ofrece resultados constantes y veraces en similares condiciones de medición.

Expresado de otra forma, la fiabilidad sería la proporción de variación existente en las mediciones que se debe a los diferentes valores que toma la variable y no es consecuencia de un error, sino a diferencias verdaderas entre los sujetos.

La fiabilidad de un instrumento se puede valorar por medio de la consistencia interna, la estabilidad temporal y la concordancia interobservadores.

i) **Consistencia interna**

Mide la coherencia u homogeneidad del instrumento, es decir, el grado en que los diferentes ítems están relacionados entre sí. El grado de homogeneidad entre los ítems determinará si estos se pueden acumular y resultar en una puntuación global.

Una consistencia interna elevada sugerirá que los ítems del cuestionario **miden un único constructo homogéneo y garantizará una relación lineal** entre las puntuaciones de los ítems con el constructo medido.

Existen varios **coeficientes para el cálculo de la consistencia interna** como el método de dos mitades de Spearman, el coeficiente de Kuder-Richardson para variables dicotómicas y el alfa de Cronbach.

El alfa de Cronbach es el coeficiente comunmente utilizado en la evaluación de la consistencia interna en escalas de medición en salud. Depende en gran medida del número de ítems que componen el instrumento y la correlación media entre ellos. Se expresa con valores entre 0 y 1 y se interpreta de la siguiente forma:

- Por debajo de 0,60 Inaceptable
- De 0,60 a 0,65 Indeseable
- De 0,65 a 0,70 Mínimamente aceptable
- De 0,70 a 0,80 Respetable
- De 0,80 a 0,90 Nivel elevado de fiabilidad

Para mejorar el valor de alfa puede calcularse excluyendo determinados ítems del cuestionario para evaluar si su supresión mejora la fiabilidad.

De cualquier forma, antes de decidir eliminar algún ítem, deberá evaluarse si afectaría a la validez del cuestionario, ya que **puede resultar preferible mantener la pregunta para conservar el constructo a costa de una consistencia interna ligeramente inferior**. Sin embargo, si una escala mide no una sino varias construcciones diferentes (aunque pueden estar relacionadas), entonces la consistencia interna no tiene sentido y el alfa no es un índice adecuado de confiabilidad (consistencia), por definición. Entonces, otros índices de confiabilidad deben ser considerados. (Lance et al, 2006) (Nunally, 1978)

Alternativas al Alfa de Cronbach para calcular la consistencia interna

Coeficiente Omega

A lo largo de los últimos años se han buscado alternativas al coeficiente alfa de Cronbach para el cálculo de la consistencia interna, como criterio de fiabilidad de un instrumento de medida. El principal motivo, son los estrictos criterios para el uso de alfa, como la tau-equivalencia (homogeneidad, normalidad y unidimensionalidad) y ausencia de errores correlacionados. Cuando estos criterios no se cumplen deberían utilizarse coeficientes alternativos

Estos coeficientes alternativos están basados en el modelo de medida, en la estructura de cada cuestionario y en las pruebas estadísticas apropiadas para cada tipo de variables, con el objetivo de adaptarlos a las propiedades de los datos reales.

Entre ellos se encuentra el omega de McDonald, que hace referencia a una familia de coeficientes de consistencia interna derivados de estimaciones de las cargas factoriales. Sus ventajas son mayor sensibilidad en la comparación por no estar influido por el número de ítems, su resistencia en muestreos de poblaciones heterogéneas y menor riesgo de sobreestimación de la fiabilidad.

El valor aceptable de confiabilidad mediante el coeficiente omega, es similar al alfa de Crombach, debe encontrarse entre 0.70 y 0.90 aunque en algunas circunstancias pueden aceptarse valores superiores a 0.65. (Viladrich, Angulo-Brunet, & Doval, 2017) (Ventura-León, 2017) (Ventura-León & Caycho-Rodríguez, 2017) (Dunn, Baguley, & Brunsden, 2014)

Según Nunally (1978), el nivel satisfactorio de confiabilidad depende del propósito y de la etapa de desarrollo de la escala. En las primeras etapas de la investigación se puede trabajar con una confiabilidad modesta, 0,65 sería suficiente, para no eliminar elementos que puedan surgir a medida que la escala se define.

ii) Estabilidad temporal o intraobservador

Se denomina también **fiabilidad test-retest**. Se trata de medir la concordancia entre los resultados obtenidos al ser evaluado el instrumento por el mismo evaluador en situaciones distintas.

Se recomienda que el periodo de tiempo entre la repetición de las mediciones sea lo suficientemente largo como para evitar que la persona participante recuerde el cuestionario y lo suficientemente corto como para garantizar un cambio. Algunos autores sugieren un intervalo entre dos y cuatro semanas para instrumentos con variables estables.

El análisis de la estabilidad temporal se puede realizar mediante el Coeficiente de Correlación Intraclass (CCI) para escalas cuantitativas (un 70% se consideraría aceptable, Coeficiente de Correlación de Pearson entre dos variables cuantitativas, Correlación de Spearman con variables nominales y ordinales y para escalas cualitativas el Índice de Kappa de Cohen.

iii) Concordancia interobservadores

También denominada **armonía interjueces**. Se trata del nivel de acuerdo al evaluar la misma muestra en las mismas condiciones por evaluadores distintos o en diferentes momentos.

Esta propiedad no se puede evaluar en instrumentos autocumplimentados donde no existe entrevistador ya que es el mismo individuo quien proporciona las respuestas. La limitación de este tipo de instrumento es la presencia de sesgo de información precisamente por no intervenir un evaluador.

Generalmente se utiliza el Coeficiente de Correlación de Pearson o Spearman. También se puede utilizar el Coeficiente de Correlación Kappa, análisis de varianza o correlación intraclase. Las puntuaciones aceptables deben situarse por encima de 0,5 y se considera consistente al menos 0,7. (Castañeda Hidalgo, y otros, 2010) (Martin Arribas, 2004) (García de Yebenes Prous, Rodríguez Salvanés, & Carmona Ortells, 2009) (Carvajal, Centeno, Watson, Martínez, & Sanz Rubilales, 2011) (Luján-Tangarife & Cardona-Arias, 2015) (Argimón Pallás & Jiménez Villa, 2004)

5.8.3.3 Validez: lógica, contenido, constructo y criterio

La validez es la capacidad de un instrumento de medida para medir aquello que realmente pretende medir, es decir, que cumple el propósito para el que ha sido construido.

La validez permitirá realizar las interpretaciones e inferencias derivadas de las puntuaciones que se obtengan al administrar el cuestionario y establecer la relación con el constructo a medir. (Martin Arribas, 2004)

Tipos de Validez

i) Validez lógica, aparente o de aspecto

La validez lógica o aparente es una forma de validez de contenido que se refiere a la capacidad de un instrumento para medir lo que se quiere medir utilizando el juicio de expertos y de las personas participantes. Esta técnica tendrá mayor validez cuantas más personas intervengan en el proceso para asegurar que los ítems incluidos son los adecuados.

La validez lógica o aparente no es un concepto estadístico, ya que depende de la decisión de los expertos sobre la conveniencia de los ítems del cuestionario para evaluar el constructo a medir. Además, la importancia de este tipo de validez reside en el grado de aplicabilidad y aceptabilidad que le otorguen las personas participantes. Cabe destacar que la falta de validez aparente no invalida el cuestionario.

ii) Validez de contenido

Se refiere al grado en que un instrumento recoge el dominio de contenido del concepto que se mide. Asegura la relevancia y la representatividad de las preguntas incluidas.

Este tipo de validez está relacionada con la estructura del instrumento y evalúa cualitativamente si los ítems contenidos en el cuestionario forman una muestra representativa del constructo que se pretende medir.

El medio más habitual de valorar el contenido de un instrumento es mediante un panel de expertos, generalmente entre 5 y 10, que juzgarán su capacidad para evaluar las dimensiones a medir. Los expertos aportan valoraciones cualitativas, aunque también existen índices de valoración cuantitativos como el Índice de Valoración de Contenido (IVC), en que se pide a los expertos que califiquen la relevancia de cada pregunta usando una escala del 1 al 4 (1= no relevante, 2= algo relevante, 3= bastante relevante, 4= muy relevante). Para considerar la validez de contenido del nuevo instrumento aceptable el valor del IVC deber ser $\geq 0,90$ y $> 0,80$ para cada ítem individualmente. (Pedrosa, Suárez-Álvarez, & García-Cueto, 2014) (Polit & Tatano-Beck, 2006) (Timmins, 2015)

Pruebas para calcular la validez de contenido

- Se debe comenzar realizando una **revisión bibliográfica** para valorar la existencia de instrumentos relacionados con el concepto a medir y tomar la decisión de adaptar uno ya existente o crear uno nuevo.
- Tras la revisión se debe proceder a **elaborar un universo de ítems** lo más amplio posible para contener todas las dimensiones del concepto que queremos medir.
- Por último, someter el cuestionario a la **validación de expertos** (mediante el Método Delphi, Estimación de magnitud, Modelo Fehring o Metodología Q)

(Urrutia España, Barrios Araya, Gutiérrez Núñez, & Mayorga Camus, 2014)

El cálculo de los **efectos suelo/techo** también aporta información sobre la validez de contenido. Si aparecen los efectos suelo o techo en más del 15% de los encuestados mediante puntuaciones extremas (más baja o más alta posible respectivamente) indicaría una validez de contenido limitada. Dependen en gran parte de la población a estudio.

Los ítems que obtengan un efecto techo o suelo no serán sensibles para detectar cambios. En consecuencia, los pacientes con la puntuación más alta o más baja, no se diferencian uno del otro y por tanto y la fiabilidad se ve afectada negativamente. Se dará una calificación positiva para efectos suelo y techo si estos no se encuentran presentes en una muestra de al menos 50 pacientes. (Terwee, y otros, 2007) (Argimón Pallás & Jiménez Villa, 2004)

La diferencia entre la validez lógica y la validez de contenido reside en que esta última requiere un proceso más detallado y formal, ya que deberían participar tanto expertos clínicos e investigadores como integrantes de la población diana.

iii) Validez de criterio

Este tipo de validez implica que la medición del instrumento se asemeja a un criterio externo o “Gold Standard”. El criterio externo o de referencia ha de ser una medición independiente, mediante un método en el que no intervengan los resultados del instrumento. El análisis de pruebas diagnósticas es el método más utilizado para estimar la validez de criterio.

No siempre se dispone de un criterio de comparación aceptable y el investigador se enfrenta al reto de buscar otra alternativa para comparar sus resultados sumando la experiencia clínica y la revisión crítica de la literatura científica.

Se pueden distinguir dos tipos de validez de criterio:

La validez **predictiva**, mide la capacidad del instrumento para predecir una evolución posterior, es decir, el grado de correlación entre un instrumento y otra medida posterior del mismo concepto u otro relacionado.

La **validez concurrente** o concomitante, se da cuando los resultados del instrumento se correlacionan en el mismo momento y se expresa por el coeficiente de correlación.

Si no existe criterio de referencia, se pueden utilizar instrumentos respaldados por otros estudios.

La medición de la validez de criterio se puede realizar según el tipo de variables. Para variables cuantitativas se utiliza la Correlación de Pearson y cálculo de Sensibilidad y Especificidad para variables cualitativas.

Para considerar las escalas comparadas como psicométricamente iguales las correlaciones tienen que resultar $\geq 0,8$. Si lo que se pretende es demostrar que la nueva escala es mejor y por ello más válida que el instrumento de referencia, deberíamos obtener correlaciones entre 0,3 y 0,7, que indicarían que los instrumentos comparados miden el mismo atributo, pero son diferentes.

iv) Validez de constructo

Se refiere a la capacidad de un instrumento para medir la dimensión para la que fue diseñado, es decir, que se relaciona de manera consistente con las hipótesis y teorías previas.

Para medir conceptos teóricos se recomienda elaborar un modelo conceptual que permita la identificación del contenido de instrumento a diseñar y con ello facilite la interpretación de los resultados obtenidos por este.

Se trata de una de las alternativas más habituales en el caso de no existir un criterio externo o de referencia.

Su confirmación garantiza que los resultados obtenidos de las respuestas del cuestionario pueden considerarse y ser utilizadas como medición del fenómeno descrito.

La verificación de la validez de constructo se puede realizar mediante estudios de validez convergente-divergente, análisis factorial y validez discriminante.

- La **validez convergente** se relaciona con la sensibilidad y la **divergente** con la especificidad del instrumento.

Si al calcular la correlación de las puntuaciones obtenidas a través de escalas distintas los instrumentos miden el mismo constructo y los resultados son significativos expresarán convergencia.

Si al comparar las escalas se miden constructos diferentes con correlaciones bajas o negativas se explicará cómo divergencia, es decir, que la escala que estamos validando no será lo suficientemente específica para la medición de un constructo concreto en una población determinada.

Para el análisis de la correlación entre variables se utilizan habitualmente tres coeficientes: el de Pearson, Spearman y Kendall. Su estimación dependerá de la naturaleza de las variables utilizadas en el estudio, Pearson y Spearman para variables cuantitativas y Kendall para cualitativas. (Bonett & Wright, 2000) (Agresti, 2010)

- El método más utilizado para la evaluación de la validez de constructo es al **Análisis Factorial**.

Este método consiste en analizar las interrelaciones existentes entre un grupo de variables para intentar agruparlas en factores subyacentes. Cuando los factores no se conocen previamente el análisis será **exploratorio** y cuando se parte de factores definidos para comprobar su adecuación al constructo teórico se denomina **confirmatorio**.

El análisis tradicional de componentes principales (PCA) o análisis factorial, tiene como objetivo reducir el número de variables total a un número menor de variables no correlacionadas o componentes principales, que explican la varianza de los datos. Para considerar válidas las cargas factoriales de los ítems agrupados deberían representar al menos el 15% de la varianza común del factor.

Previo a realizar el análisis factorial es necesario comprobar que exista correlación entre las variables del instrumento, que se suele hacer con el test de Bartlett, que indicará si el análisis factorial tiene sentido.

El índice KMO (Kaiser Meyer Olkim) indicará el grado de correlación entre las variables que deberá ser $> 0,7$ para ser factible.

El requisito fundamental para aplicar el análisis factorial es que las variables estudiadas han de ser continuas y expresarse con escalas de medida cuantitativas o de puntuación por intervalos y las respuestas deben mostrar una distribución lo más

cercana a la normalidad posible, por lo que no es un método apropiado para analizar variables categóricas.

Métodos para el análisis de variables categóricas:

- El **análisis de componentes principales categóricos** (no lineales) (CATPCA) se ha desarrollado para analizar los datos proporcionados por escalas de medición mixtas, ordinales o nominales, que pueden o no tener una relación lineal entre sí. Para las variables categóricas, CATPCA utiliza un proceso que transforma las etiquetas de categoría en valores numéricos (Linting y Van der Kooij, 2012) (Kemalbay & Korkmazoglu, 2014).
- Otra alternativa es el **análisis de correspondencias**, es un análisis equivalente al análisis de componentes principales y análisis factorial para variables cualitativas o datos categóricos. El objetivo es reflejar el grado de asociación entre las variables cualitativas estudiadas mediante un mapa de la posición relativa de cada variable con cada uno de sus valores posibles.
Se distingue habitualmente entre Análisis de Correspondencias Simples y Análisis de Correspondencias Múltiples (MCA), según se analicen dos variables cualitativas o más de dos respectivamente.
- La **validez discriminante** mide la capacidad del instrumento para encontrar diferencias entre individuos o poblaciones. Se puede calcular mediante métodos estadísticos como el Test de Mann-Whitney, multitrazo-multimétodo multivariante y el coeficiente de correlación.
- También es posible realizar **pruebas de contraste de hipótesis** para comparar grupos teóricamente diferentes y comprobar de esta forma, que la escala los distingue adecuadamente demostrando la validez de constructo, mediante modelos de regresión lineal u ordinal según la naturaleza de las variables (cuantitativas o cualitativas respectivamente).

Se considerará una buena validez de constructo si los resultados se corresponden con al menos el 75% de las hipótesis planteadas previamente en grupos de al menos 50 pacientes. (Castañeda Hidalgo, y otros, 2010) (Martin Arribas, 2004) (García de Yebenes Prous, Rodríguez Salvanés, & Carmona Ortells, 2009) (Carvajal, Centeno, Watson, Martínez, & Sanz Rubilales, 2011) (Luján-Tangarife & Cardona-Arias, 2015) (Terwee, y otros, 2007)

Como se ha explicado previamente, la fiabilidad y la validez son dos criterios imprescindibles para la validación de cualquier instrumento. Sin embargo, otras características psicométricas pueden depender del contexto y del tipo de diseño.



En el caso de ensayos clínicos, por ejemplo, la sensibilidad al cambio es importante si se aplica un instrumento como medida de la respuesta, pero si se trata de un estudio sobre actitudes u opiniones acerca de un proceso de enfermedad no es imprescindible.

Un dato a tener en cuenta para valorar la utilidad de un instrumento a parte de la fiabilidad y la validez será su **interpretabilidad clínica**. Esta representa el grado en que se pueden extraer juicios de valor sobre un resultado cuantitativo que conduzcan a tomas de decisiones clínicas.

Para estimar la interpretabilidad de los instrumentos de medida en salud, se suelen administrar a una muestra representativa de la población general y de esta manera obtener valores de referencia. (Argimón Pallás & Jiménez Villa, 2004)



Hipótesis



6. HIPÓTESIS

La escala de Riesgo de Embarazo No Deseado (REND) permitirá detectar el riesgo de END en mujeres en edad fértil, de manera que a mayor puntuación obtenida en la escala mayor riesgo de END.

Mediante la elaboración de un modelo conceptual y recogiendo variables sociodemográficas se podrá aportar un perfil de las mujeres en riesgo de END y el diseño y validación de la escala en una muestra representativa de la población diana permitirá obtener resultados que orienten la intervención de prevención más adecuada según las necesidades detectadas



Objetivos



7. OBJETIVOS

Objetivo general

Diseñar y validar una escala de valoración de riesgo de embarazo no deseado en mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años)

Objetivos específicos

- Desarrollar un modelo conceptual para la elaboración de la escala en base al marco teórico que define el constructo.
- Diseñar un instrumento de valoración del riesgo de embarazo no deseado en mujeres en edad fértil (15 a 49 años).
- Demostrar la validez y fiabilidad de la escala mediante las pruebas psicométricas pertinentes.
- Definir la relación entre determinadas variables sociodemográficas y el embarazo no deseado para obtener un perfil de riesgo en las mujeres de la muestra a estudio.



Metodología

8. METODOLOGÍA

8.1 Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo transversal para el diseño y validación de una escala.

En el presente estudio se optó por el diseño de una escala, dado que este formato es el que mejor se adapta a la hipótesis y al objetivo principal del mismo: medir el nivel de riesgo de embarazo no deseado en mujeres en edad fértil, de manera que a mayor puntuación final mayor riesgo.

8.2 Selección de la Muestra

8.2.1 Justificación del ámbito de elección de la muestra

Se decidió recoger la muestra en varios Centros de Salud Sexual y Reproductiva (CSSR) por su mayor accesibilidad y porque entendimos que entre las usuarias de los mismos podría existir mayor predisposición a expresar sus necesidades anticonceptivas y sus objetivos reproductivos a los profesionales de la salud, que en otros ámbitos.

También se consideró que este ámbito podría ser idóneo por su potencial aplicabilidad, ya que desde los CSSR centran su actividad en evaluar los planes reproductivos de cada mujer a corto y largo plazo, averiguar sus intenciones de embarazo y proporcionar asesoramiento preconcepcional y anticonceptivo basado en sus derechos y preferencias, así como favorecer la toma de decisiones compartidas para optimizar las opciones anticonceptivas de las mujeres que desean evitar un embarazo. (Committee of Health Care for Underserved Women, 2016)

Otro de los motivos, es que entre las usuarias de los CSSR suelen encontrarse mujeres en riesgo de embarazo no deseado. Entre esta población existen mujeres con un riesgo particularmente alto de embarazo no deseado: aquellas que solicitan una interrupción voluntaria del embarazo. Suele tratarse de mujeres fértiles, que no deseaba quedar embarazada a corto plazo, y es probable que tengan relaciones sexuales sin protección en el futuro o que usen anticonceptivos de forma irregular.

(Ong, Temple-Smith, Wong, McNamee, & Fairley, 2012) (Lessard, y otros, 2012)
(Kavanaugh & Schwarz, 2009)

Aunque los hombres tienen un papel importante en la planificación del embarazo, no se consideró incluirlos en el estudio porque son las mujeres las que experimentan en primera persona el embarazo y sus consecuencias y las que tienen que ser capaces de gestionar su deseos y expectativas respecto a su vida sexual y reproductiva, mediante la toma de decisiones (asesorada y compartida) en cuanto a conducta anticonceptiva y planificación de embarazo.

8.2.2 Criterios de selección de la muestra

Tras consultar la bibliografía al respecto, (Kavanaugh & Jerman, 2018) (Birginsson, Zhao, Secura, Madden, & Peipert, 2015) (Jones, Tapales, Lindberg, & Frost, 2015) (Mosher, Jones, & Abma, 2015) (Paterno & Han, 2014), se redactaron los siguientes criterios:

- **Criterios de inclusión:** Se seleccionaron a aquellas mujeres de 15 a 49 años, usuarias de alguno de los CSRR participantes en el estudio (citados más adelante), que manifestaron su voluntad de participar voluntariamente en el estudio tras ser informadas de los objetivos del mismo y que supieran leer y escribir en castellano.
- **Criterios de exclusión:** Se excluyó a aquellas mujeres que manifestaron estar embarazadas en el momento de la realización del estudio y aquellas que eran estériles por motivos fisiológicos o quirúrgicos.
- **Criterios de eliminación:** Se descartó a aquellas mujeres que decidieron no terminar la encuesta o dejaron tal cantidad de ítems en blanco que impidieron su valoración.

8.2.3 Tamaño muestral

Teniendo en cuenta que la población de mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) de la Provincia de Valencia, según la Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2017 (datos a nivel nacional, comunidad autónoma y provincias) recogido por el INE, es de 578.171, se estima una muestra de **452** mujeres, representativa de la población objetivo de la encuesta, ajustada al 15% de pérdidas, con un nivel de confianza del 95%, una precisión del 5% y una proporción del 50%.

Para conseguir el tamaño muestral estimado, se contó con la colaboración de ginecólogos y enfermeras/matronas de 8 CSRR de la provincia de Valencia: Fuente de San Luis, Silla, Xirivella, Sueca, Benetusser, Moncada, Aldaia y Xátiva.

Se dieron instrucciones para que cada centro recogiera 60 cuestionarios, de los cuales se tomaría 9 por grupo de edad (15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49).

Previo al inicio de la recolección de datos se solicitó la autorización de los diferentes Comités de Ética de los correspondientes Departamentos de Salud a los que pertenecen los CSSR. ([Anexo 1](#))

Finalmente se recogieron **496** cuestionarios desde octubre de 2017 a junio de 2018.

8.3 Desarrollo del proyecto:

8.3.1 Conceptualización y diseño de la escala.

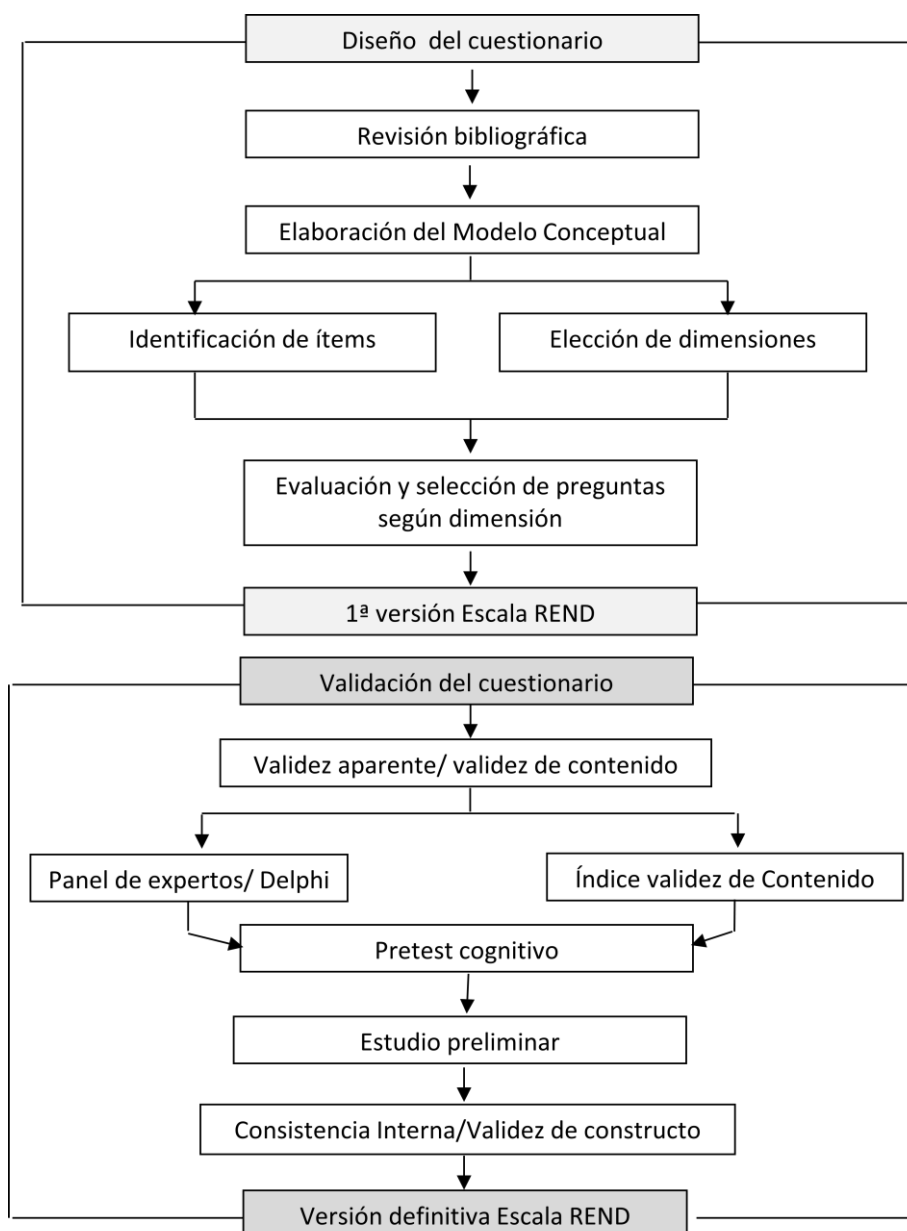


Figura 11. Proceso desarrollo Escala REND

i) Estrategia de búsqueda y revisión bibliográfica

Para iniciar el proceso de revisión bibliográfica, se definen los términos de búsqueda mediante pregunta PICO:

“¿Una herramienta de medición tipo cuestionario permitiría cuantificar el riesgo de embarazo no deseado en mujeres en edad fértil?” ([Tabla 6](#))

Estrategia de búsqueda y resultados basados en pregunta PICO. ([Anexo 2](#))

(women AND (adolescent AND adult)) AND ((surveys and questionnaires) OR contraceptive prevalence surveys) AND (risk factors AND (contraceptive OR sexual behavior)) AND ((unwanted OR unplanned) pregnancy).

También se realizó una búsqueda específica sobre diseño y validación de cuestionarios, utilizando palabras clave como: instruments, scales, questionnaires, methods, outcome measurements, validity y los descriptores MeSH: “surveys and questionnaires” y “validation studies”.

Estrategia de búsqueda sobre diseño y validación de cuestionarios:

(scale OR questionnaire OR instruments OR methods OR outcome measurements) AND (validity OR validation) y “surveys and questionnaires” AND “validation studies”.

Por último se realizó una búsqueda secundaria y en otras fuentes como páginas web de organizaciones internacionales y nacionales (OMS, CDC, INE, Asociación Internacional de Sexualidad, Federación Española de Sociedades de Sexología, Federación de Planificación Familiar de España, Sociedad Española de Contracepción, Observatorio de Salud de la Mujer, etc...)

ii) Modelo conceptual de la escala

En la búsqueda bibliográfica se encontraron 5 modelos conceptuales de planificación de embarazo (Aiken, Barrero, Callegari, & Dehlendorf, 2016) (Morin, y otros, 2003) (Pratt, Stephenson, & Mann, 2014) (Barrett, Smith, & Wellings, 2004) (Higgins & Smith, 2016), ya explicados en el marco teórico del estudio.

El modelo que más se identifica con la hipótesis y objetivos del presente estudio es el de Geraldine Barret (2002), desarrollado en su tesis doctoral para la elaboración y validación de la escala LMUP (London Measure of Unplanned Pregnancy).

Este modelo distingue tres dimensiones: Actitud, Comportamiento y Contexto dentro de las cuales se incluyen varias áreas temáticas: Intención y deseo de embarazo (Actitud), Uso de anticonceptivos y preparación preconcepcional (Comportamiento) y circunstancias personales y relación de pareja (Contexto) ([figura 8](#))

En base a estos modelos y la opinión de los expertos, se desarrolló un modelo conceptual propio sobre el que posteriormente se construyó la escala para la valoración del riesgo de embarazo no deseado. ([figura 12](#))

Este modelo se basa en la concepción de que el constructo “riesgo de embarazo no deseado” se compone de varias áreas temáticas o dimensiones:

- Conducta sexual (relaciones sexuales y uso de métodos anticonceptivos, autoeficacia percibida)
- Motivación/Actitud frente al embarazo (susceptibilidad al embarazo, creencias o valores).
- Conocimiento de métodos anticonceptivos (efectos secundarios, efectividad anticonceptivos, fuentes de información, etc...)

Dichas áreas se podrían relacionar con los tres aspectos de dependencia del Modelo Conceptual de Virginia Henderson: Fuerza (Conducta), Voluntad (Actitud/Motivación) y Conocimiento (Benavent, Benavent Garcés, Ferrer Ferrandis, & Francisco del Rey, 2008) (Raile Alligood & Tomey Marriner, 2011), así como con los determinantes del comportamiento sexual definidos en los diferentes modelos teóricos anteriormente citados. (Bello-Villanueva, Palacio, Rodríguez-Díaz, & Oviedo-Tres Palacios, 2013) (Bermúdez, Herencia-Leva, & Uribe Rodriguez, 2009) (Rodríguez Cabrera & Álvarez Vázquez, 2006)

Dentro de estas áreas temáticas intervendrán tanto factores internos (susceptibilidad al embarazo, autoeficacia percibida y actitudes frente a la anticoncepción) como externos o de contexto (entorno socioeconómico, relación de pareja, accesibilidad al sistema de salud) de la mujer, que influirán en el comportamiento final frente a un posible embarazo (uso correcto y consistente de anticonceptivos, búsqueda de información y preparación ante la posibilidad de embarazo).

Este modelo conceptual permitió realizar un contraste de hipótesis, basadas en la literatura científica encontrada, en la fase analítica del estudio.

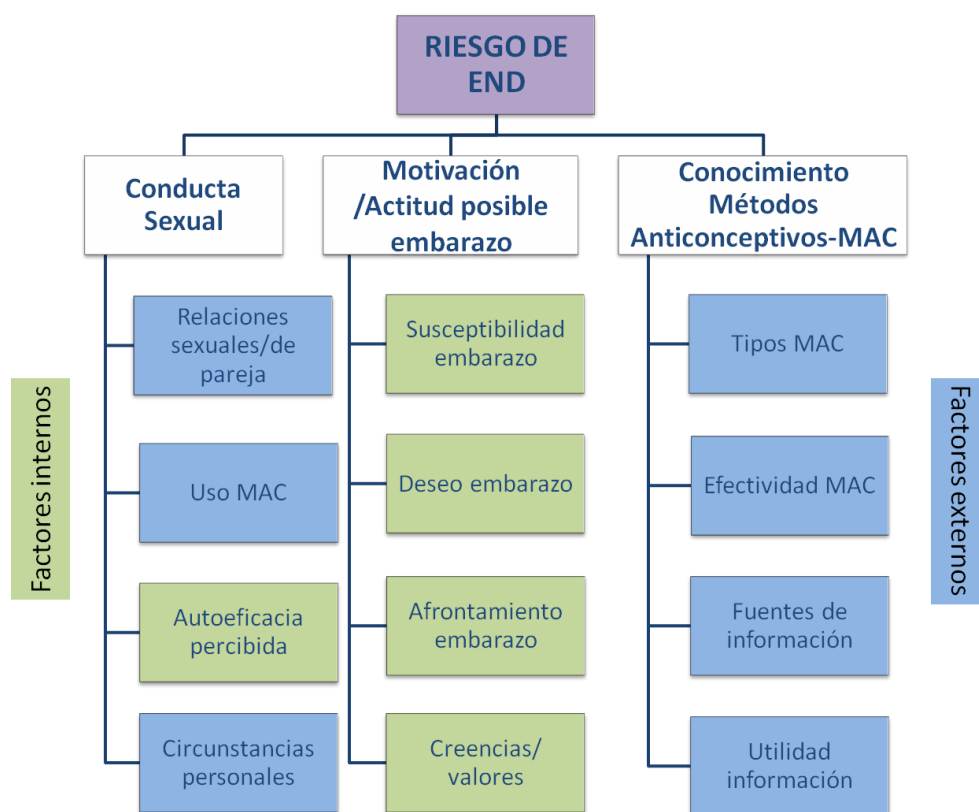


Figura 12. Modelo conceptual REND. Fuente: Elaboración propia.

iii) Diseño del cuestionario y operacionalización de variables: selección de ítems

El presente trabajo parte de un estudio previo que lleva por título: “Estudio piloto para la elaboración de una Escala de Riesgo de Embarazo No Deseado (REND)” (Rueda García, 2018), realizado en 2015 como Trabajo final del Máster de Enfermería Oncológica de la Universidad de Valencia, por la misma autora. Los resultados obtenidos en dicho estudio han permitido retomarlo, modificando los aspectos mejorables tanto del diseño del cuestionario como de la metodología utilizada para su validación.

Así pues, siguiendo los pasos del proceso de desarrollo de instrumentos de medición de Zambon Orpinelli-Coluci, Costa-Aleixandre y Milani (2015) [\(figura 10\)](#), una vez definida la estructura conceptual, el constructo y la población involucrada, se procedió a la fase de diseño del cuestionario, operacionalización de las variables y construcción de los ítems.

En base a la literatura encontrada sobre metodología de diseño y validación de escalas (Castañeda Hidalgo, y otros, 2010) (Corral, 2010) (Morales Vallejo, 2006) (Alarcón & Muñoz, 2008) (Villavicencio-Caparó, Ruiz-García, & Cabrera-Duffaut, 2016) y otros estudios similares de desarrollo de escalas (Barrett, Smith, & Wellings, 2004) (Santos & Rosario, 2011), (Ong, Temple-Smith, Wong, McNamee, & Fairley, 2012) (Aiken, Westhoff, Trussell, & Castaño, 2016) (Haynes, Ryan, Saleh, Ford-Winkel, & Ades, 2017) (Martínez-Astorquiza-Ortiz de Zárate, Díaz-Martín, & Martínez-Astorquiza-Corral, 2013) (Bruner-Huber, Lyster, Farley, & Alkhazraji, 2013) (Greene-Foster, Higgins, Karasek, Ma, & Grossman, 2012) (Morin, y otros, 2003) (Paterno & Han, 2014) (Wellings, y otros, 2013) (Jones, Tapales, Lindberg, & Frost, 2015) (Kavanaugh & Schwarz, 2009), se define el constructo de Riesgo de Embarazo no Deseado y los objetivos del instrumento a desarrollar.

De esta manera, en el presente estudio, se consideró que una mujer en edad fértil se encontrará en riesgo de embarazo no deseado si mantiene relaciones sexuales coitales con un varón sin utilizar ningún método anticonceptivo, utilizando uno poco fiable o bien de forma inconsistente o incorrecta, no deseando quedar embarazada en el momento actual. (Ong, Temple-Smith, Wong, McNamee, & Fairley, 2012) (Boulet, y otros, 2016) (Mosher, Jones, & Abma, 2015) (Mitjans-Lafont, y otros, 2017)

El propósito del instrumento es estimar de forma cuantitativa el riesgo de embarazo no deseado en mujeres fértiles, de 15 a 49 años.

El modelo conceptual establece las tres dimensiones contempladas por el instrumento y dentro de estas se incluyeron todos aquellos ítems que se consideraron necesarios para definir las dimensiones a medir, tras el proceso de validación de contenido.

El **diseño del cuestionario** seleccionado fue de tipo cerrado con preguntas representadas por variables categóricas dicotómicas y de varias alternativas para acotar lo máximo posible las respuestas de las participantes dada la complejidad y naturaleza del constructo. (Casas Jiménez, García Sánchez, & González Aguilar, 2006)

En cuanto a la forma de administración, se optó por un cuestionario anónimo y autoadministrado para eliminar el sesgo del entrevistador y, dada la temática del mismo, evitar en lo posible la incomodidad al responderlo y el sesgo de deseabilidad social. Esto requirió de un esfuerzo añadido en la redacción para favorecer la claridad y simplicidad de las preguntas. Para ello se utilizaron los criterios para redacción de preguntas recogidos en la literatura científica. (Martin Arribas, 2004)(Casas Anguita, Repullo Labrador, & Donado Campos, 2003)(Villavicencio-Caparó, Ruiz-García, & Cabrera-Duffaut, 2016) (Argimón Pallás & Jiménez Villa, 2004).

Se consideró utilizar un número reducido de ítems, entre 20 y 30, para intentar facilitar la cumplimentación del cuestionario en un corto espacio de tiempo y de esta forma evitar abandonos o cuestionarios invalidados por falta de respuesta. Así pues, se elaboró un primer borrador que contaba con 22 ítems. (Martin Arribas, 2004) (Casas Anguita, Repullo Labrador, & Donado Campos, 2003) (Casas Jiménez, García Sánchez, & González Aguilar, 2006) (Villavicencio-Caparó, Ruiz-García & Cabrera-Duffaut, 2016).

Para darle un orden lógico a las preguntas, se procuró agruparlas por las dimensiones descritas en el modelo conceptual, comenzando por la conducta sexual, seguido por la intención de embarazo y el uso y conocimiento de anticonceptivos, para finalizar con las preguntas sociodemográficas, no incluidas en el cuerpo del cuestionario.

Además, se facilitaron instrucciones para la cumplimentación del cuestionario y en el pretest cognitivo se dió opción a las participantes para aportar observaciones adicionales que pudieran resultar de utilidad para mejorar el cuestionario (Argimón Pallás & Jiménez Villa, 2004) (Casas Jiménez, García Sánchez, & González Aguilar, 2006)

Para cuantificar el riesgo de END, a cada ítem se le dió un valor ponderado dentro de la escala. En la operacionalización de las variables se explicó el valor del riesgo asignado a cada respuesta y se razonó en base a la bibliografía encontrada. Posteriormente se sometió a la valoración de expertos.

La puntuación del riesgo en cada ítem comprende tres valores: 2= riesgo máximo, 1= Riesgo medio y 0= Riesgo mínimo (excepto en las preguntas de respuesta dicotómica que será de 1, riesgo máximo y 0, riesgo mínimo). El valor 0 no implica que no exista riesgo de END, sino que es la expresión de riesgo de menor valor. Las opciones de respuesta NS/NC no aportarán valor (0). Teniendo en cuenta la suma total de las respuestas a los 22 ítems, la primera versión de la escala comprendía un rango de puntuación posible entre 0 (menor riesgo posible de END) y 40 puntos (mayor riesgo posible de END).

iv) Operacionalización de la variables

La medición del REND se efectuó mediante la construcción de la variable sintética de riesgo de END, que se elaboró a través de los ítems seleccionados de estudios sociodemográficos realizados en España sobre Salud Sexual y Anticoncepción y encuestas sociodemográficas y de salud sexual internacionales: National Survey of Family Growth (NSFG), Pregnancy Risk Assessment Monitori System (PRAMS), CDC-Assisted Reproductive Health Surveys, Natsal-3, así como otros estudios similares encontrados en la literatura científica seleccionada.

Se incluyeron variables contempladas como posibles indicadores o factores de riesgo de END en base a la bibliografía consultada, como: inicio temprano de relaciones sexuales, nº parejas sexuales, frecuencia relaciones sexuales, falta accesibilidad a planificación familiar, bajo nivel socioeconómico, uso incorrecto o inconsistente de métodos anticonceptivos (MAC), falta de conocimiento MAC, oposición de pareja, baja susceptibilidad al embarazo. (Yazdkhasti, Pourreza, Pirak, & Abdi, 2015) (Kavanaugh & Jerman, 2018) (Langer, 2002) (Goossens, y otros, 2016)(Upson, Reed, Prager, & Schiff, 2010) (Frost & Finer, 2007) (Jain, 2016)

Para contemplar las tres dimensiones incluidas en el modelo conceptual, se seleccionaron unas preguntas clave (ítems 3, 10 y 14) o definitorias del constructo y posteriormente, se agruparon a estas otras preguntas complementarias, conformando todas ellas el borrador de la escala REND. ([Anexo 3](#))

(Casas Anguita, Repullo Labrador, & Donado Campos, 2003) (Villavicencio-Caparó, Ruiz-García, & Cabrera-Duffaut, 2016) (Argimón Pallás & Jiménez Villa, 2004)

Definición de dimensiones, indicadores e ítems

Dimensión 1: Conducta y hábitos sexuales (Conducta)

Indicadores:

Inicio de relaciones sexuales:

El inicio precoz de las relaciones sexuales, cuando todavía no existe la madurez emocional necesaria, pone al adolescente en situación de riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, por no manejar adecuadamente recursos para la prevención de riesgos. (Pinto et al, 2008)

La primera relación sexual temprana (< 16 años) es menos probable que sea consensuada o deseada y poco probable que incluya el uso de anticonceptivos. Además se asocia la primera relación sexual temprana con resultados sexuales y reproductivos posteriores (mayor prevalencia de embarazo adolescente) (Heywood, Patrick, & Smith, 2015) (Figueroa & Figueroa-Pérez, 2017) (García Polanco, 2014)

La tendencia a la disminución de la edad de inicio de las relaciones sexuales es señalada como un riesgo de embarazo temprano (antes de los 20 años), sobre todo cuando la educación sexual no es la adecuada (Rodríguez Cabrera & Álvarez Vázquez, 2006)

1. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> No he tenido nunca	0
<input type="checkbox"/> Con menos de 15 años	2
<input type="checkbox"/> Entre 15-19 años	2
<input type="checkbox"/> Entre 20-24 años	1
<input type="checkbox"/> Con 25 años o más	0

Se incluyen 5 categorías ordinales: nunca (0), menos de 15 años (2), entre 15 y 19 años (2), entre 20 y 24 años (1), más de 25 años (0),

Se considera que a menor edad mayor riesgo, por ello se le asigna el valor más alto a la categoría menos de 15 años y entre 15-19 años (2) y riesgo intermedio entre 20-24 años y menor riesgo, más de 25 años y nunca (0)

Uso MAC 1ª relación sexual:

La primera relación sexual temprana (< 16 años) es menos probable que sea consensuada o deseada y poco probable que incluya el uso de anticonceptivos. Además se asocia la primera relación sexual temprana con resultados sexuales y reproductivos posteriores (mayor prevalencia de embarazo adolescente) (Heywood, Patrick, & Smith, 2015) (Figuerola & Figuerola-Pérez, 2017) (García Polanco, 2014)

La tendencia a la disminución de la edad de inicio de las relaciones sexuales es señalada como un riesgo de embarazo temprano (antes de los 20 años), sobre todo cuando la educación sexual no es la adecuada. A lo expuesto sobre la iniciación precoz se añade el dato de que muchos de los que se inician lo hacen sin protección (Rodríguez Cabrera & Álvarez Vázquez, 2006)

2. En su primera relación sexual, ¿Utilizó algún método anticonceptivo?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Sí	0
<input type="checkbox"/> No	1

Se considera una variable dicotómica, en la que el riesgo iría relacionado con la ausencia de anticoncepción en la primera relación sexual.

Actividad sexual actual (pregunta clave)

Se entiende que, fisiológicamente, para que se produzca un embarazo debe existir una relación sexual coital entre un hombre y una mujer fértiles.

3. ¿Tiene relaciones sexuales actualmente?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Si	1
<input type="checkbox"/> No	0

Se considera una variable dicotómica : si (1), no (0)

Únicamente se considera riesgo si se responde afirmativamente. Si no hay actividad sexual no hay riesgo.

Frecuencia relaciones sexuales:

La frecuencia de las relaciones sexuales es un factor determinante en la probabilidad del fallo del método anticonceptivo. A mayor número de relaciones sexuales coitales mayor probabilidad de fallo, uso incorrecto o ausencia de MAC. (Greene-Foster, Higgins, Karasek, Ma, & Grossman, 2012)

4. Habitualmente, ¿Con qué frecuencia mantiene relaciones sexuales?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Menos de 1 vez por semana	1
<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces por semana	1
<input type="checkbox"/> Más de 2 veces por semana	2

Se distinguen 3 categorías ordinales: menos de una vez por semana (1), 1 o 2 veces por semana (1), Más de dos veces por semana (2).

Se considera que a mayor frecuencia de relaciones sexuales mayor riesgo de END.

Se ha fijado un intervalo aleatorio, para poder cuantificar la frecuencia de relaciones sexuales y facilitar la elección de la respuesta.

Relaciones sexuales futuras:

Se consideró incluir tanto a las mujeres sexualmente activas como no activas, por entender que dicha condición se refleja en el momento de recoger la información del cuestionario, y ello no elimina la posibilidad de que cambie en un futuro próximo, especialmente en la población adolescente. (Rueda García, 2018)

5. En su situación actual, ¿Cree que podría tener relaciones sexuales en los próximos meses? *(Contestar sólo si no ha tenido nunca o no tiene relaciones sexuales actualmente)*

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Sí	1
<input type="checkbox"/> No	0

Se considera una variable dicotómica : si (1), no (0) Únicamente se considera riesgo si se responde afirmativamente.

Nº parejas sexuales

La primera relación sexual temprana (< 16 años) se relaciona con más parejas sexuales, más probabilidades de parejas de riesgo (Heywood, Patrick, & Smith, 2015) .

Más de una pareja en los últimos 3 meses se contempla como factor de END y tener la misma pareja durante periodos largos se ha demostrado que está asociado con uso consistente de MAC y métodos más eficaces (Ong, Temple-Smith, Wong, McNamee, & Fairley, 2012)

Se considera comportamiento sexual de riesgo tener múltiples parejas y/o relaciones sexuales sin protección. (Edelman, De Visser, Mercer, McCabe, & Cassell, 2015)

6. En los últimos tres meses, ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Ninguna	0
<input type="checkbox"/> 1	1
<input type="checkbox"/> Más de 1	2

Se considera una variable ordinal en la que a mayor número de parejas sexuales mayor riesgo de END, por lo que a la respuesta “más de 1” se le asigna el valor de mayor riesgo.

Tipo de pareja

Tener la misma pareja durante periodos largos se ha demostrado que está asociado con uso consistente de MAC y métodos más eficaces (Ong, Temple-Smith, Wong, McNamee, & Fairley, 2012) (Martínez-Astorquiza-Ortiz de Zárate, Díaz-Martín, & Martínez-Astorquiza-Corral, 2013)

7. Actualmente, ¿Tiene pareja estable?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Sí	0
<input type="checkbox"/> No	1(0, si no tiene relaciones sexuales)

Se considera variable dicotómica y se clasifica en:estable (0), no estable (1). Se asocia el riesgo de END a carecer de pareja estable, salvo si no existe actividad sexual, en cuyo caso no existiría riesgo.

Dimensión 2: Intención de embarazo (Motivación / Actitud)

Indicadores:

Capacidad de decisión en las relaciones sexuales

La asertividad sexual (AS) supone la capacidad para tomar decisiones respecto a negociar la conducta sexual deseada y el empleo de métodos anticonceptivos.(Santos-Iglesias & Sierra, 2010). A mayor AS mayor satisfacción con la relacion sexual, mejor comunicación sexual con lapareja y mejor autoestima sexual.

La asertividad sexual se considera un predictor de intención de evitar relaciones sexuales de riesgo. (Espada, Quiles, & Méndez, 1982)

Por otro lado, la coacción reproductiva es el comportamiento de una pareja con la intención de mantener el poder o el control en una relación a través de la coerción para lograr un embarazo o la interferencia en el uso de métodos anticonceptivos. La coerción reproductiva se ha relacionado con embarazos no deseados (Mitjans-Lafont, y otros, 2017)

8. En cuanto a tener relaciones sexuales, ¿Quién toma la iniciativa con más frecuencia?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Usted	0
<input type="checkbox"/> Su pareja (estable o no)	2
<input type="checkbox"/> Ambos	1

Se incluyen 3 categorías nominales: propia (0), pareja (2), ambos(1)

Se intenta valorar la capacidad asertiva de la mujer para tomar decisiones respecto a una conducta sexual deseada. Se le asigna el mayor valor de riesgo cuando la decisión es de la pareja, valor 1 si es de ambos y valor 0 si la decisión es propia

Afrontamiento embarazo

Después de la concepción, una mujer puede considerar que su embarazo es deseado o no, pero en ambos casos tiene que afrontar la situación y tomar una decisión.

Se ha comprobado que aquellas mujeres que se encuentran con un embarazo considerado por ellas inaceptable y son capaces de elegir el aborto, pueden experimentar resultados más positivos que aquellas cuyo embarazo resulta inaceptable y acaba con un nacimiento. (Aiken, Barrero, Callegari, & Dehlendorf, 2016)

De cualquier forma, hay tres opciones voluntarias que la mujer puede tomar ante cualquier embarazo: Continuarlo hasta el nacimiento y criar al niño, continuar hasta el nacimiento y darlo adopción, o tener un aborto inducido. (Mosher, Jones, & Abma, 2015).

9. Si quedara embarazada sin desearlo, ¿Cómo cree que lo afrontaría?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Lo aceptaría	1
<input type="checkbox"/> Pediría consejo profesional	0
<input type="checkbox"/> Abortaría	2
<input type="checkbox"/> Lo daría en adopción	1
<input type="checkbox"/> NS/NC	0

Se distinguen 5 categorías nominales: lo aceptaría (1), pediría consejo profesional (1), abortaría (2), lo daría en adopción (1), NS/NC (0)

Se estima que más de la mitad de los embarazos no deseados acaban en una interrupción voluntaria del embarazo, por lo que se le asigna el valor más alto de riesgo a la decisión de abortar (2), se le da un valor 1 a la aceptación del embarazo y a la adopción y un valor 0 al consejo profesional y NS/NC, dado que desde un centro sanitario le pueden ofrecer la información y las opciones para que pueda tomar una decisión informada responsable de acuerdo con su situación.

Intención de embarazo (pregunta clave)

Mientras que algunas mujeres tienen fuertes deseos de lograr o evitar el embarazo, otras son ambivalentes o indiferentes. Solo las mujeres con el deseo más fuerte y constante de evitar el embarazo probablemente utilicen los anticonceptivos de manera correcta y sistemática a lo largo del tiempo (Aiken, Barrero, Callegari, & Dehlendorf, 2016) (Jones, Tapales, Lindberg, & Frost, 2015) (Aiken, Dillaway, & Mevs-Korff, 2015) (Frost & Finer, 2007)

La susceptibilidad al embarazo es la valoración que una mujer hace de la probabilidad que tiene de quedarse embarazada en la situación y circunstancias actuales. En relación a la "susceptibilidad" y al "uso contraceptivo" existe un grupo de mujeres que están en una situación de máximo riesgo: aquellas que siendo sexualmente activas y no utilizando ningún método, son muy poco susceptibles, es decir que creen que ellas no se van a quedar embarazadas. (Gómez Zapiain, 1993)

10. En su situación actual, ¿Desearía quedar embarazada?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Sí	0
<input type="checkbox"/> No me importaría	1
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	2

Variable nominal en la que se asigna el mayor valor de riesgo (2) a la mujer que responde que no desea en absoluto quedar embarazada, el valor de riesgo medio (1) a la que no le importaría y el valor mínimo (0) a la respuesta afirmativa, que significaría que la mujer está buscando un embarazo, lo que eliminaría el riesgo de END.

Momento adecuado embarazo

Se considera que como involuntario aquel embarazo que se produce demasiado pronto o no se deseaba en absoluto. (Aiken, Barrero, Callegari, & Dehlendorf, 2016)

11. ¿Cree que, en su situación actual, sería el momento adecuado para quedar embarazada?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Es un buen momento	0
<input type="checkbox"/> No es el momento ideal	1
<input type="checkbox"/> Sería un mal momento	2

Variable nominal en la que se asigna el valor máximo de riesgo (2) a la respuesta de “*sería un mal momento*”, riesgo medio (1) a “*no es el momento ideal*” y se considera que la respuesta “*es un buen momento*” es compatible con un deseo de embarazo, con lo que se le asigna el valor mínimo de riesgo (0).

Deseo hijos

Los sentimientos encontrados sobre el embarazo pueden representar conceptos distintos, es decir, la mujer puede tratar de evitar seriamente la concepción y aún así ver el embarazo o la maternidad como un evento feliz. (Aiken, Dillaway, & Mevs-Korff, 2015) (Paterno & Han, 2014)

12. En caso de tener pareja, ¿Se han planteado su pareja y usted tener hijos?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Sí, deseamos tener hijos	0
<input type="checkbox"/> Lo hemos hablado, pero aún no lo hemos decidido	1
<input type="checkbox"/> No nos lo hemos planteado	2

Variable nominal en la que se asigna el valor más alto de riesgo a la respuesta de “no nos lo hemos planteado”(2), riesgo medio para “aún no lo hemos decidido”(1) y riesgo mínimo para “deseamos tener hijos” (0).

Embarazo no deseado previo

Las razones más frecuentes para los primeros embarazos no deseados fueron el uso anticonceptivo inconsistente, el fracaso de los anticonceptivos o la falta de anticoncepción.. (Rowe, y otros, 2016)

13. En caso de haber estado embarazada alguna vez, ¿el embarazo fue planeado?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Sí	0
<input type="checkbox"/> No, pero no me importó	1
<input type="checkbox"/> No	2

Variable nominal en la que se considera factor de riesgo de END haber tenido embarazos no deseados previamente porque se puede relacionar con conductas o factores de riesgo sexuales mantenidos en el tiempo. (Lima Serrano, Sáez-Bueno, Cáceres Rodríguez, & Lima Rodríguez, 2013) (Bello-Villanueva, Palacio, Rodríguez-Díaz, & Oviedo-Tres Palacios,

2013), por lo que se le asigna el valor máximo de riesgo a la respuesta negativa (2) y el valor medio a la respuesta “no, pero no me importó” (1).

Dimensión 3: Uso y conocimiento de métodos anticonceptivos (Conocimiento)

Indicadores:

Frecuencia de uso MAC (pregunta clave)

La frecuencia de uso de MAC, refleja la consistencia y uso correcto. Algunas de las principales causas de embarazos no deseados son el no uso y también el uso indebido de los servicios anticonceptivos y el fracaso anticonceptivo. (Yazdkhasti, Pourreza, Pirak, & Abdi, 2015)

Algunas mujeres deciden abandonar o interrumpir temporalmente el uso de métodos anticonceptivos, lo que se denominaría uso inconsistente, y los motivos más frecuentes son fallos del método, problemas de acceso por coste excesivo, incomodidad en el uso u oposición de la pareja. (Vázquez & Caba, 2009)

14. ¿Con qué frecuencia utiliza métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Nunca	2
<input type="checkbox"/> Casi nunca	2
<input type="checkbox"/> Algunas veces	1
<input type="checkbox"/> Casi siempre	1
<input type="checkbox"/> Siempre	0

Se contemplan 5 categorías ordinales: siempre (0), casi siempre (1), algunas veces (1), casi nunca (2), nunca (2)

Se considera que el uso inconsistente de método anticonceptivo supone riesgo de embarazo no deseado, por lo que se valora con mayor riesgo las categorías de casi nunca y nunca, con valor 1 algunas veces y casi siempre y sin riesgo la opción siempre.

Tipo de MAC utilizado

La posibilidad de que una mujer tenga un embarazo no deseado puede variar según el método que ella o su pareja use. (Daniels, Daugherty, Jones, & Mosher, 2015)

15. ¿Qué método anticonceptivo suele utilizar? *Marque el que use usted con más frecuencia.*

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Ninguno	2
<input type="checkbox"/> Natural (Ogino, marcha atrás, temperatura basal...)	2
<input type="checkbox"/> Barrera (Preservativo masculino, preservativo femenino, diafragma, esponja vaginal, crema espermicida...)	1
<input type="checkbox"/> Hormonal (píldora, minipíldora, anillo vaginal, parche, inyectable.)	1
<input type="checkbox"/> Doble método (preservativo masculino/femenino + otro método)	1
<input type="checkbox"/> Métodos reversibles de larga duración (DIU Cobre/ Hormonal , implante)	0
<input type="checkbox"/> Métodos irreversibles o quirúrgicos (vasectomía, ligadura/obstrucción de trompas)	0
<input type="checkbox"/> Otros (Anticoncepción de urgencia o píldora del día después)	2

Variable nominal en la que se asigna el valor del riesgo al método utilizado, según la eficacia demostrada de los métodos anticonceptivos: mayor riesgo (2) a los métodos naturales (de menor eficacia), valor 1 al resto de métodos, excepto los quirúrgicos y métodos reversibles de larga duración que se consideran sin riesgo por ser los más efectivos(0). Se asigna el nivel de riesgo según eficacia del método por índice de Pearl, agrupando los métodos según criterios de OMS (World Health Organization, 2015)

Capacidad de elección de MAC

Como ningún método anticonceptivo es perfecto, cada mujer debe valorar las ventajas y desventajas de cada método y los efectos secundarios para decidir qué método prefiere adaptado a su situación y necesidades actuales. (Mitjans-Lafont, y otros, 2017)

Este ítem está directamente relacionado con la capacidad de decisión en las relaciones sexuales (ítem 8) y se justificaría de igual forma en el sentido de que a mayor asertividad sexual mayor capacidad de la mujer en cuanto a toma de decisiones relacionadas con el comportamiento anticonceptivo (uso correcto y continuado de MAC)

Además, aquellas mujeres cuyas parejas masculinas apoyan el uso de MAC tienen más probabilidades de utilizarlos de forma efectiva. (Taylor & James, 2011)

16. En su caso, ¿Quién decidió la elección del método anticonceptivo que utiliza?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Usted, por su cuenta	1
<input type="checkbox"/> Su pareja	2
<input type="checkbox"/> Por acuerdo entre ambos	1
<input type="checkbox"/> Por asesoramiento de un profesional sanitario	0

Se distinguen 4 categorías nominales: Decisión propia (1), pareja (2), por acuerdo (1), asesorada por un profesional sanitario (0)

Se le asigna el mayor valor de riesgo (2) cuando la decisión es de la pareja, ya que esto supondría que la mujer no tiene capacidad de decisión sobre el uso de MAC, valor medio (1) si es la decisión es de ambos y si la decisión es propia, y valor 0 por asesoramiento de un profesional sanitario, porque se entiende que ello permitiría que la mujer tomara una decisión informada responsable adaptada a su situación actual.

Motivo de no uso de MAC

Algunas de las principales causas de embarazos no deseados son el no uso y también el uso indebido de los servicios anticonceptivos y el fracaso anticonceptivo. (Yazdkhasti, Pourreza, Pirak, & Abdi, 2015)

Motivos más frecuentes de falta de uso de MAC: escaso conocimiento riesgo concepción y MAC, dificultades de acceso o insatisfacción con servicios de planificación familiar, temor a efectos secundarios MAC, deseos ambivalentes frente al embarazo, baja susceptibilidad al embarazo, no tener relaciones sexuales, oposición de la pareja, fallo del MAC... (Greene-Foster, Higgins, Karasek, Ma, & Grossman, 2012) (Mosher, Jones, & Abma, 2015) (Mosher, Jones, & Abma, 2015)

17. En caso de no usar método anticonceptivo en la actualidad, indique la razón principal:

	Riesgo
<input type="checkbox"/> No tengo relaciones sexuales	0
<input type="checkbox"/> Desconocimiento de métodos anticonceptivos	2
<input type="checkbox"/> Mi pareja no quiere	2
<input type="checkbox"/> Me lo prohíben mis creencias	2
<input type="checkbox"/> Son demasiado caros	2
<input type="checkbox"/> Temor a efectos secundarios	2
<input type="checkbox"/> Me falló la última vez	2
<input type="checkbox"/> Es incómodo	2

Variable nominal en la que la no utilización de método anticonceptivo supone un riesgo de embarazo salvo en el caso de no tener relaciones sexuales o desear un embarazo, por lo que todas las respuestas excepto las citadas se considerarán con valor máximo de riesgo (2). De cualquier forma el conocer el motivo de no uso de MAC servirá para orientar la intervención preventiva y evitar el END.

Motivo de Uso incorrecto de MAC

Los MAC que se usan de manera incorrecta o inconsistente pueden conducir a END (Martínez-Astorquiza-Ortiz de Zárate, Díaz-Martín, & Martínez-Astorquiza-Corral, 2013) (Mosher, Jones, & Abma, 2015)

Algunas de las principales causas de embarazos no deseados son el no uso y también el uso indebido de los anticonceptivos y el fracaso anticonceptivo. (Yazdkhasti, Pourreza, Pirak, & Abdi, 2015)

18. Según su experiencia, ¿Cuál cree que sería el motivo más habitual del uso incorrecto del método anticonceptivo? (Marque solo una alternativa, la que crea más frecuente):

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Relación sexual imprevista	2
<input type="checkbox"/> Por no disponer del método en el momento de la relación sexual	2
<input type="checkbox"/> Por no interrumpir la relación sexual	2
<input type="checkbox"/> Porque su pareja no quiso utilizarlo	2
<input type="checkbox"/> Por consumo de alcohol/drogas	2
<input type="checkbox"/> Por desconocimiento de la utilización correcta	2
<input type="checkbox"/> Por olvido	2

Variable nominal en la que el uso incorrecto del método anticonceptivo es en sí mismo un factor de riesgo de END independientemente del motivo, por lo que cualquiera de las opciones, se considera riesgo alto. Con esta variable se intenta averiguar las causas del uso incorrecto para orientar la intervención preventiva y evitar el END.

Conocimiento de eficacia de los MAC

Las estrategias preventivas de salud pública tienden a enfocarse en aumentar el uso de anticonceptivos altamente efectivos (Aiken, Barrero, Callegari, & Dehlendorf, 2016)

La eficacia anticonceptiva se expresa como efectividad teórica (uso perfecto) y real (uso típico). El primero se refiere a la tasa de embarazo entre aquellos que usan el método correctamente en cada ocasión; la efectividad real suele ser menor debido a un uso inconsistente o incorrecto. (Mitjans-Lafont, y otros, 2017)

19. Tanto si usa anticonceptivos como si no, ¿Qué método anticonceptivo considera más eficaz para evitar el embarazo? *Marque el que considere más seguro.*

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Ninguno	2
<input type="checkbox"/> Natural (Ogino, marcha atrás, temperatura basal...)	2
<input type="checkbox"/> Barrera (Preservativo masculino, preservativo femenino, diafragma, esponja vaginal, crema espermicida...)	1
<input type="checkbox"/> Hormonal (píldora, minipíldora, anillo vaginal, parche, inyectable.)	1

<input type="checkbox"/> Doble método (preservativo masculino/femenino + otro método)	1
<input type="checkbox"/> Métodos reversibles de larga duración (DIU Cobre/ Hormonal , implante)	0
<input type="checkbox"/> Métodos irreversibles o quirúrgicos (vasectomía, ligadura/obstrucción de trompas)	0
<input type="checkbox"/> Otros (Anticoncepción de urgencia o píldora del día después)	2

Variable nominal en la que se asigna el valor del riesgo al método utilizado, según la eficacia demostrada de los métodos anticonceptivos: mayor riesgo (2) a los métodos naturales (de menor eficacia), valor 1 al resto de métodos, excepto los quirúrgicos y métodos reversibles de larga duración que se consideran sin riesgo por ser los más efectivos(0).

Se asigna el nivel de riesgo según eficacia del método por índice de Pearl, agrupando los métodos según criterios de OMS (World Health Organization, 2015)

Información sobre MAC

El conocimiento del uso de MAC es componente esencial para prevención 1ª END (Taylor & James, 2011). Mejorar la educación en la anticoncepción disminuirá la prevalencia de los embarazos no deseados. Las mujeres que intentan evitar el embarazo pueden ser incapaces de hacerlo por carecer de conocimientos básicos sobre la seguridad, la eficacia o el uso de los diferentes métodos anticonceptivos (Haynes, Ryan, Saleh, Ford-Winkel, & Ades, 2017).

Aunque se considera que disponer de conocimientos sobre sexualidad y métodos anticonceptivos no es garantía de una conducta sexual adecuada, si es uno de los componentes necesarios para una conducta preventiva. Una información y comprensión deficitaria sobre MAC pueden asociarse con el incumplimiento en el uso de MAC (Martínez-Astorquiza-Ortiz de Zárate, Díaz-Martín, & Martínez-Astorquiza-Corral, 2013)

20. Independientemente de usar o no método anticonceptivo, considera que la información sobre métodos anticonceptivos que usted tiene es

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Ninguna información	2
<input type="checkbox"/> Poca información	1
<input type="checkbox"/> Bastante información	1
<input type="checkbox"/> Completa información	0

Variable ordinal en la que se considera que a menor nivel de información recibida mayor riesgo de END.

Utilidad de la información sobre MAC

La percepción de la mujer sobre la utilidad de la información recibida puede ser un factor determinante a la hora de implementarla en su conducta anticonceptiva.

El asesoramiento anticonceptivo tiene un gran potencial como una estrategia para empoderar a las mujeres que no desean un embarazo para que elijan un método de control de la natalidad que pueda usar correcta y sistemáticamente con el tiempo, reduciendo así el riesgo individual de un embarazo no deseado (Mitjans-Lafont, y otros, 2017) (Rowe, y otros, 2016)

21. ¿Hasta qué punto cree Ud. que la información que ha recibido sobre sexualidad y anticoncepción le ha sido útil?)

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Nada útil	2
<input type="checkbox"/> Poco útil	2
<input type="checkbox"/> Útil	1
<input type="checkbox"/> Muy útil	0

Variable ordinal en la que se considera que la utilidad que la mujer percibe de la información recibida sobre sexualidad y anticoncepción puede influir en su toma de decisiones al respecto. A mayor utilidad percibida mayor capacidad de decisión y menor riesgo.

Origen de la información sobre MAC

Se considera que los adolescentes presentan conductas precoces en su sexualidad, debido a la información recargada de erotismo sexual que les llega de los medios de comunicación, redes sociales y de su entorno más cercano. (Figuerola & Figuerola-Pérez, 2017) En los medios de comunicación, las revistas y la televisión principalmente, el modelo de sexualidad que se transmite prioriza el placer y el coito. (García Polanco, 2014)

El asesoramiento anticonceptivo tiene un gran potencial como una estrategia para empoderar a las mujeres que no desean un embarazo para que elijan un método de control de la natalidad que pueda usar correcta y sistemáticamente con el tiempo, reduciendo así el riesgo individual de un embarazo no deseado (Mitjans-Lafont, y otros, 2017) (Rowe, y otros, 2016)

22. ¿De dónde obtuvo la información sobre anticoncepción que usted posee? *Marque sólo la respuesta que considere más importante.*

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Amistades	1
<input type="checkbox"/> Profesorado	0
<input type="checkbox"/> Padres	1



<input type="checkbox"/> Medios de comunicación	1
<input type="checkbox"/> Internet/ Redes sociales	1
<input type="checkbox"/> Pareja	1
<input type="checkbox"/> Centro Sanitario	0
<input type="checkbox"/> Otros	0
<input type="checkbox"/> Nadie	2

Variable nominal en la que se considera que el mayor factor de riesgo de END en cuanto a fuente de información es no haber recibido ninguna. Los medios más fiables se consideran el ámbito sanitario y educativo.

Variables sociodemográficas

Se recogieron también características sociodemográficas, para conseguir establecer un perfil de mujer en riesgo de embarazo no deseado y relacionarlo con el resultado obtenido en la escala, mediante factores externos que pudieran influir de manera circunstancial en el comportamiento sexual y contraceptivo frente a un posible embarazo (uso correcto y consistente de anticonceptivos, búsqueda de información y preparación ante la posibilidad de embarazo) según se definió en el modelo conceptual y se recoge en la literatura científica al respecto.

Se han utilizado las variables más comunmente recogidas en estudios sociodemográficos de ámbito nacional (INE, 2009) (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016) (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011) (Instituto de la Juventud, 2016) (Mitjans-Lafont, y otros, 2017)

Edad

Existe mayor proporción de END en los dos extremos de la edad reproductiva, adolescentes y mujeres jóvenes y mujeres entre 40 y 49 años (Ong, Temple-Smith, Wong, McNamee, & Fairley, 2012) (Skouby, 2010) (Kirby, 2016) (Lete, y otros, 2003)

Nivel educativo

Se recogió el grado más alto de estudios terminado en la fecha del cuestionario.

Se evidencia mayor proporción de END con menor nivel de educación, ya que podrían tener menor nivel de comprensión de la salud y menos motivación para usar MAC (Ong, Temple-Smith, Wong, McNamee, & Fairley, 2012) (Finer & Zolna, 2016)

El bajo nivel educativo se asoció con la no utilización de ningún tipo de anticoncepción entre las mujeres con embarazos no deseados. (Metcalf, Talavlikar, Du Prey, & Tough, 2016)

Se considera que un nivel educativo bajo puede tener relación con mayores conductas sexuales de riesgo, generalmente también coincide con un nivel económico y estrato social también bajo. (Frost & Finer, 2007)

2. Indique cuál es su nivel máximo de estudio: *(marque una sola respuesta)*

- ☐ Sin estudios
- ☐ Estudios Primarios
- ☐ Educación Secundaria Obligatoria (ESO)
- ☐ Bachiller/Formación Profesional Grado medio
- ☐ Universitarios / Formación Profesional Grado superior
- ☐ Otros

Nivel económico

Un nivel socioeconómico bajo se reconoce como factor de riesgo para embarazo y maternidad adolescente (Santos-Iglesias & Sierra, 2010).

Las mujeres de bajos ingresos tenían tasas de embarazos no deseados hasta cinco veces más altas que las mujeres con mayores ingresos. (Boulet, y otros, 2016)

Las mujeres de bajo nivel socioeconómico suelen tener menores tasas de uso de anticonceptivos y las mayores tasas de fracaso anticonceptivo y los embarazos no deseados que las mujeres de mayor nivel socioeconómico. (Frost & Finer, 2007)

3. Indique cuál es su situación laboral actual *(marque una sola respuesta)*

- ☐ Trabajadora por cuenta propia
- ☐ Trabajadora por cuenta ajena
- ☐ Pensionista
- ☐ Estudiante
- ☐ Desempleada o sin empleo
- ☐ Trabajo doméstico no remunerado
- ☐ Otros _____

Estado civil:

Algunos estudios evidencian que las mujeres casadas presentan la tasa más baja de embarazos no deseados; por el contrario, la tasa entre los que no están casados pero cohabitan resulta más del cuádruple que entre los que estaban casados.

Cuando en caso de producirse un embarazo involuntario, las mujeres que estaban casadas eran mucho menos propensas a optar por un aborto que aquellas que no estaban casadas. (Finer & Zolna, 2016)

4. Indique cuál es su estado civil actual (marque una sola respuesta)

- ☐ Soltera
- ☐ Casada/Unión de hecho
- ☐ Separada/Divorciada
- ☐ Viuda
- ☐ Otra _____

Situación de convivencia:

El tipo de familia no nuclear se reconoce como factor de riesgo para embarazo y maternidad adolescente (Santos-Iglesias & Sierra, 2010)

5. Indique cual es el tipo de convivencia actual (marque una sola respuesta)

- ☐ Sola con hijos
- ☐ Sola sin hijos
- ☐ En pareja con hijos
- ☐ En pareja sin hijos
- ☐ Con padres/familiares con hijos
- ☐ Con padres/familiares sin hijos
- ☐ Otras personas con hijos
- ☐ Otras personas sin hijos

Nacionalidad: mayor proporción END en minorías raciales o étnicas. (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011) (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016) (Mitjans-Lafont, y otros, 2017)

8.3.2 Plan de Análisis y Validación psicométrica del instrumento

Las dos características métricas fundamentales para validar un instrumento son la fiabilidad y la validez. La precisión del instrumento también se puede medir mediante otras características métricas como la sensibilidad y la factibilidad o fiabilidad. (Carvajal, Centeno, Watson, Martínez, & Sanz Rubilales, 2011)

i) Validez

La validez es la capacidad de un instrumento de medida para medir aquello que realmente pretende medir y se distingue en validez lógica, de contenido, de constructo y de criterio.

Validez lógica, aparente o de aspecto

Se evaluó mediante el juicio de expertos utilizando Técnica Delphi y de las personas participantes mediante prueba piloto, con el fin de determinar la conveniencia de los ítems del cuestionario para evaluar el constructo a medir. Se realizó simultáneamente a la validez de contenido.

Validez de contenido

Tras los pasos previos de realizar una revisión bibliográfica para valorar la existencia de instrumentos relacionados con el constructo a medir y elaborar una versión inicial del instrumento con una cantidad de ítems lo suficientemente amplia para contener las dimensiones del mismo, se procedió a evaluar la relevancia y la representatividad de las preguntas incluidas en el cuestionario mediante un panel de expertos.

Para ello se recurrió al Método Delphi y al Índice de Validez de Contenido, (CVI, siglas en inglés) tanto por ítem (I-CVI, Item Content Validity Index) como total (S-CVI Scale Content Validity Index). (Polit & Tatano-Beck, 2006)

También se utilizó el cálculo de los efectos suelo/techo para complementar la validación de los expertos y usuarias. Puntuaciones extremas (más baja o más alta posible) superiores al 80% supuso la eliminación del ítem por indicar una validez de contenido limitada. (Argimón Pallás & Jiménez Villa, 2004) (Terwee, y otros, 2007)

Validación de expertos

Se convocó a un grupo de 20 expertos, seleccionados por muestreo intencional, de los que finalmente participaron 15. De ellos 6 son médicos/ginecólogos/as y 9 enfermeras/os, con experiencia de más de diez años en el tema a estudio.

Los expertos procedían mayoritariamente del ámbito asistencial (Centros de Salud Sexual y Reproductiva, CSSR) y desarrollaban, además, actividad docente e investigadora, siendo pertenecientes a sociedades científicas vinculadas al tema de estudio y/o participantes en el desarrollo de programas de atención a la salud de la mujer.

Se les informó de los objetivos del estudio y se les invitó a participar voluntariamente en el estudio, mediante una carta de presentación ([Anexo 4](#)). Para facilitar la relación entre los expertos en la Técnica Delphi, la comunicación se estableció mediante correo electrónico.

1ª Ronda

Se les facilitó por correo electrónico el protocolo resumido del estudio, el borrador de la escala, con los diferentes ítems y la ponderación de riesgo por ítem ([Anexo 5](#)).

En una tabla facilitada a tal efecto, los expertos debían asignar a cada ítem propuesto un valor del 1 al 5, siendo el 1 el peor valor posible y 5 el mejor, para los criterios de: adecuación del ítem, adecuación del riesgo asignado, comprensión, aceptabilidad y extensión de la escala. Se incluyó, además, un apartado libre de observaciones ([Anexo 6](#)). (Villavicencio-Caparó, Ruiz-García, & Cabrera-Duffaut, 2016) (Argimón Pallás & Jiménez Villa, 2004) (Lima Serrano, Sáez-Bueno, Cáceres Rodríguez, & Lima Rodríguez, 2013)(Alonso Jiménez, Cabezas Díaz, Gutierrez Fernández, Pérez Manjón, & Tomé Bravo, 2013)

Tras la primera ronda, se realizó un análisis estadístico descriptivo mediante media con desviación estándar (DE) y porcentaje de respuestas altas (con valores 4 y 5). Se establecieron como criterios de desestimación de los ítems una media inferior a 3,5 y un porcentaje de respuesta alta (valores 4 y 5) menor del 80%. Los criterios para realizar modificaciones mayores en los ítems fueron medias comprendidas entre 3,5 y 3,9 puntos; para modificaciones parciales medias entre 4 y 4,4 puntos y para conservar el ítem original, medias entre 4,5 y 5 puntos. (Rueda García, 2018)

Se remitió a los expertos un informe resumen con el análisis de las valoraciones y los ítems susceptibles de modificación, en base a tanto a los datos estadísticos obtenidos como a las aportaciones libres para modificar y mejorar su redacción ([Anexo 7](#)).

2ª Ronda

Se llevó a cabo un segundo contacto por correo electrónico con la escala modificada e instrucciones para que los expertos expresaran la relevancia de los ítems ([Anexo 8](#)). Los ítems debían clasificarse de no relevante (1) a muy relevante (4), con el objetivo de poder calcular el CVI, tanto por ítem (I-CVI) como del total de la escala (S-CVI), teniendo en cuenta que un valor, en cualquiera de los casos, $\geq 0,8$ supondría una validez de contenido aceptable. (Polit & Tatano-Beck, 2006)

Tras la segunda ronda, se emite el informe definitivo con la valoración de la relevancia de los ítems mediante el CVI y las modificaciones de formato y adecuación de riesgo de los mismos, de manera que se obtiene la versión que se utilizará en la prueba piloto con las usuarias. ([Anexo 9](#))

A falta de la opini3n de las usuarias, la validez de aspecto se valor3 mediante la opini3n de los expertos respecto a la relevancia del ítem. Una valoraci3n alta (3-4) supuso que el ítem era necesario para detectar el riesgo de embarazo no deseado y que el significado del constructo se reflejaba en los ítems contemplados en la escala.

Prueba piloto o Pretest cognitivo

Una vez obtenida la versi3n de la escala revisada por los expertos, para determinar la viabilidad de la escala y continuar con el proceso de validaci3n de aspecto y contenido, se procedió a realizar una prueba piloto a 30 mujeres que cumplían los criterios de inclusi3n del estudio. Los cuestionarios cumplimentados por las participantes en la prueba piloto quedaron excluidos de la muestra total del estudio.

Se facilit3 a cada participante tanto el cuestionario an3nimo como una ficha de evaluaci3n de la escala, donde debían valorar una serie de criterios como: presentaci3n, claridad de las preguntas, tiempo empleado en realizarlo, incomodidad para responder y percepci3n general sobre el uso del cuestionario.

Se evalu3 cada criterio con valores del 1 al 5, siendo el 1 la peor valoraci3n posible y el 5 la mejor. incluyendo adem3s un apartado de observaciones. Para la evaluaci3n se utilizaron los mismos criterios que en la ronda de expertos. [\(Anexo 10\)](#)

En base a los resultados de evaluaci3n de las usuarias y sus aportaciones, junto con las de los expertos, se modificaron algunos de los ítems de la escala para su posterior administraci3n a la muestra representativa de la poblaci3n diana para mejorar el nivel de fiabilidad y validez, obteniendo la versi3n definitiva del instrumento [\(Anexo 11\)](#)

Estudio preliminar

Al alcanzar aproximadamente la mitad del tamaño muestral definido en el estudio (229 cuestionarios), se aplican a modo orientativo los criterios de Barrett, Smith y Wellings (2004) para la selecci3n de ítems y de este modo favorecer la homogeneidad de la escala manteniendo al mismo tiempo la validez del contenido:

1. *Eliminar las participantes con menos del 50% de preguntas contestadas.*
2. *Eliminar las preguntas con m3s del 5% de datos faltantes (missings)*
3. *Eliminar cualquier ítem con una frecuencia de afirmaci3n m3xima de $\geq 80\%$ en cualquier opci3n de respuesta (ceiling effect o efecto techo)*
4. *Eliminar cualquier ítem con una correlaci3n ítem-total (Pearson) < 0.2*
5. *Eliminar las preguntas con una correlaci3n de Pearson inter-ítem $> 0,75$.*

6. Devolver los ítems a la escala, en orden inverso a la eliminación, hasta que se alcance una alfa de .0.90 32 (aunque un criterio de 0.7 se cita a menudo por consistencia interna, usamos un criterio más estricto para permitir la posibilidad que el alfa de Cronbach podría ser menor en futuras muestras.

Validez de constructo

Se consideraron distintas metodologías para la consecución de los objetivos de la presente tesis, entre otras, **la técnica de modelos de ecuaciones estructurales**. Esta técnica proviene de la familia de los modelos estadísticos multivariantes para estimar el efecto y las relaciones causales entre múltiples variables, o también denominados constructos. La gran ventaja de este tipo de modelos es que permiten proponer el tipo y dirección de las relaciones que se espera encontrar entre las variables contenidas en el modelo, a través de las variables latentes.

Las variables latentes no son medidas directamente, pero son estimadas en el modelo a partir de la covarianza entre varias variables. Los modelos de ecuaciones estructurales permiten tanto el modelado confirmatorio para poner a prueba teorías ya existentes, como el modelado exploratorio, para el desarrollo de nuevas teorías. (Escobedo Portillo, Hernández Gómez, Estebané Ortega, & Martínez Moreno, 2016) (Ruiz, Pardo, & San Martín, 2010)

Estos modelos son más flexibles que los modelos de regresión porque permiten incluir errores de medida tanto en las variables criterio (dependientes) como en las variables predictoras (independientes). Por otro lado, matemáticamente estos modelos son más complejos de estimar, además de que los datos deben cumplir determinadas características para que se puedan aplicar.

Los modelos de ecuaciones estructurales se basan en las correlaciones existentes entre las variables medidas en la muestra de sujetos de manera transversal. Esto significa que las variables deben permitir el cálculo de las correlaciones y por ello deben ser variables cuantitativas continuas, y además requiere que las variables estén altamente intercorrelacionadas. Aunque la aplicación de esta técnica hubiese sido muy interesante y podría haber ofrecido resultados reveladores, este último requisito, nos obligó a declinar la aplicación de esta técnica dado que la naturaleza de las variables de la escala REND era cuantitativa discreta (0, 1, 2), por lo que las correlaciones entre las variables no alcanzaban un nivel moderado (En resultados se calcularon las correlaciones inter-ítem y ninguno superaba el umbral del 0.75.) (Escobedo Portillo, Hernández Gómez, Estebané Ortega, & Martínez Moreno, 2016) (Ruiz, Pardo, & San Martín, 2010)

En cuanto a las técnicas de reducción de dimensionalidad, se consideraron el Análisis Factorial, el Análisis de Componentes Principales y el Análisis de Correspondencias Múltiple. El propósito de estos análisis no supervisados consiste en buscar el número mínimo de dimensiones capaces de explicar el máximo de información contenida en los datos.

El Análisis Factorial y el Análisis de Componentes Principales se aplican en variables de naturaleza cuantitativa continua, y dado que los valores de las variables de la escala REND eran 0, 1 y 2 (naturaleza discreta y muy poca variabilidad), se tuvieron que descartar estas técnicas de reducción de dimensionalidad.

No obstante, durante la fase de investigación de la metodología adecuada, se consideró una variante del Análisis de Componentes Principales, denominado **Análisis de Componentes Principales Categóricos** (CATPCA). El propósito de esta técnica es exactamente el mismo, reducir la dimensionalidad a partir de combinaciones lineales de las variables. Sin embargo, se utiliza otro método de escalamiento y por tanto, las variables categóricas se cuantifican de manera óptima en la dimensionalidad especificada y como resultado se pueden modelar relaciones no lineales entre las variables.

Así pues, ambos métodos, Análisis de Correspondencias Múltiple y Análisis de Componentes Principales Categóricos (CATPCA) se llevaron a cabo en la primera fase de validación de la escala. Finalmente se seleccionó el Análisis de Componentes Principales Categóricos, pues el algoritmo de escalamiento y la posibilidad de modelar relaciones no lineales del método CATPCA resultó en un mayor porcentaje de varianza explicada (mayor información). (Kemalbay & Korkmazoglu, 2014) (Linting & Van der Kooji, 2012) (De Leeuw, Mair, & Groenen, 2016) (Gifi, 1990)

Análisis de Componentes Principales Categóricos

Para el análisis de constructo, dado que las variables de nuestra escala son categóricas, se consideró más apropiado utilizar el Análisis de Componentes Principales Categóricos (CATPCA: Categorical Principal Component Logistic Regression). El CATPCA se desarrolló para analizar los datos proporcionados por escalas de medición mixtas, ordinales o nominales, que pueden tener una relación lineal o no entre sí. (Kemalbay & Korkmazoglu, 2014) (Linting & Van der Kooji, 2012) (De Leeuw, Mair, & Groenen, 2016) (Gifi, 1990)

Pruebas de contraste de hipótesis: Se considera una buena validez de constructo si los resultados corresponden al menos con el 75% de las hipótesis planteadas previamente en grupos de unos 50 pacientes. (Castañeda Hidalgo, y otros, 2010) (Martin Arribas, 2004) (García de Yebenes Prous, Rodríguez Salvanés, & Carmona Ortells, 2009) (Carvajal, Centeno, Watson, Martínez, & Sanz Rubilales, 2011) (Luján-Tangarife & Cardona-Arias, 2015) (Terwee, y otros, 2007)

Para el contraste de hipótesis se utilizaron **modelos de regresión ordinal**, con odds proporcionales (Harrell, 2006) (Norris, y otros, 2006). Los métodos de regresión ordinal ofrecen interesantes opciones analíticas frente a los modelos de regresión lineal, en cuanto al análisis de variables categóricas se refiere:

“(1) Conservan la ordinalidad inherente de los datos. No imponen ni la pérdida de información inherente al tratar un resultado ordinal como nominal o dicotómico, ni la cuantificación injustificada de las diferencias de categoría creada cuando los datos ordinales se tratan como continuos, como en la regresión lineal.

(2) Va más allá de la simple prueba de significación estadística, que ha limitado valor en la investigación en salud, a producir una medida de efecto con los correspondientes límites de confianza

3) La odds ratio estimada no se basa en una dicotomización particular de la variable de resultado, sino que resume la asociación de los niveles de interés generales.

(4) La confusión y la interacción se pueden evaluar para todos los tipos de covariables independientes: discretas, categóricas y continuas.

(5) La validez de los supuestos del modelo puede ser probada.

(6) Los cálculos del tamaño de la muestra para usar con estos modelos están disponibles”. (Scott, Goldber, & Mayo, 1997)

Los contrastes de hipótesis se realizaron para un nivel de confianza del 95%. Todos los p-valores se consideraron estadísticamente significativos si fueron menores a 0.05. La asociación de las diferentes categorías de cada variable con la escala se cuantificó mediante las Odds Ratio acompañadas de sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

En base a la valoración de los expertos y la bibliografía revisada se establecen las siguientes hipótesis:

Tendrán mayor puntuación en la escala de REND aquellas mujeres que:

- Tengan relaciones sexuales
- No utilicen ningún método anticonceptivo o Utilicen el método inconsistentemente (no siempre)

- No deseen quedar embarazadas en este momento

Respecto a las variables sociodemográficas:

- Edad: tendrán mayor riesgo de END mujeres adolescentes y perimenopáusicas
- Nivel estudios: > REND < nivel estudios
- Situación laboral: > REND < poder adquisitivo
- Estado civil: > REND < estabilidad pareja
- Convivencia: < REND con pareja con hijos
- Nacionalidad: > REND minorías étnicas

Validez de criterio

Para estimar la validez de criterio se precisa de un criterio externo o “gold standart” para su comparación. En este caso no disponemos de un criterio de comparación que nos permita estimar ni la validez predictiva ni la concurrente de la escala, por lo que se optó por utilizar la experiencia clínica de los expertos y la literatura científica para comparar resultados de otros estudios. (Castañeda Hidalgo, y otros, 2010) (Martin Arribas, 2004) (García de Yebenes Prous, Rodríguez Salvanés, & Carmona Ortells, 2009) (Carvajal, Centeno, Watson, Martínez, & Sanz Rubilales, 2011) (Luján-Tangarife & Cardona-Arias, 2015) (Terwee, y otros, 2007)

ii) Viabilidad

Este concepto, relacionado con la capacidad del instrumento para llevarse a cabo y cumplir sus objetivos, se realizó mediante la prueba piloto o pretest cognitivo, para recoger información de las usuarias respecto a aspectos de formato, claridad de las preguntas, tiempo empleado en responderlas, así como la percepción de su utilidad práctica por parte de profesionales y usuarias.

Dicha prueba piloto sirvió simultáneamente para evaluar la validez de contenido de la escala, identificando las preguntas más adecuadas, si la redacción era comprensible y el grado de aceptación o resistencia a responder por las personas participantes. (Martin Arribas, 2004) (Casas Jiménez, García Sánchez, & González Aguilar, 2006) (Argimón Pallás & Jiménez Villa, 2004).

iii) Fiabilidad

La fiabilidad de un instrumento se puede valorar por medio de la consistencia interna, la estabilidad temporal y la concordancia interobservadores. En el presente estudio utilizamos la consistencia interna para valorar su fiabilidad.

Omega de McDonald frente a alfa de Cronbach

A pesar de que el coeficiente alfa de Cronbach es la medida de fiabilidad más utilizada en la literatura, muchas fuentes bibliográficas (Dunn, Baguley, & Brunsden, 2014) (Peters, 2014) (Sijtsma, 2009) (Trizano-Hermosilla & Alvarado, 2016) (Zhang & Yuan, 2016) advierten que la interpretación de este coeficiente puede ser impreciso o incluso erróneo si las asunciones que establece el coeficiente alfa no son garantizadas por nuestra muestra y el cuestionario en cuestión. Una de estas asunciones, altamente improbable de ser cumplida en el mundo real, es la de la igualdad de varianzas entre los ítems del cuestionario, más aún en cuestionarios con formato de múltiple respuesta (Graham, 2006) como es este caso.

También, el propio Cronbach concluyó que la fórmula de alfa no es apropiada para escalas con un diseño enfocado a distintos procesos o áreas (Cronbach & Shavelson, 2004), propiedad generalmente presente en la mayoría de los cuestionarios. La violación de estas asunciones provoca una considerable infraestimación cuando alfa calcula la confiabilidad del cuestionario.

De este modo, como alternativa planteamos el coeficiente Omega de McDonald, recomendado por otros autores (Dunn, Baguley, & Brunsden, 2014) (Peters, 2014) (Sijtsma, 2009) (Trizano-Hermosilla & Alvarado, 2016) (Zhang & Yuan, 2016) ya que es menos restrictivo y, por tanto, existe una menor probabilidad de violar las asunciones del cálculo del coeficiente alfa de Cronbach. Además, proponemos el cálculo de la fiabilidad estimada del propio coeficiente de fiabilidad (omega) mediante el intervalo de confianza al 95%. El intervalo de confianza es la manera estadísticamente rigurosa de incorporar la precisión de la estimación puntual de la fiabilidad, informando del rango posible de valores que este coeficiente de fiabilidad podría tener en la población.

El valor aceptable de confiabilidad mediante el coeficiente omega, es similar al alfa de Cronbach y debe encontrarse entre 0.70 y 0.90, aunque en algunas circunstancias pueden aceptarse valores superiores a 0.65. (Viladrich, Angulo-Brunet, & Doval, 2017) (Ventura-León, 2017)(Ventura-León & Caycho-Rodríguez, 2017)(Dunn, Baguley, & Brunsden, 2014) Se podrían aceptar valores cercanos a 0,60, especialmente en cuestionarios/dimensiones con pocos ítems (Hair et al, 2006).



Resultados

9. RESULTADOS

9.1 Resultados de Revisión Bibliográfica

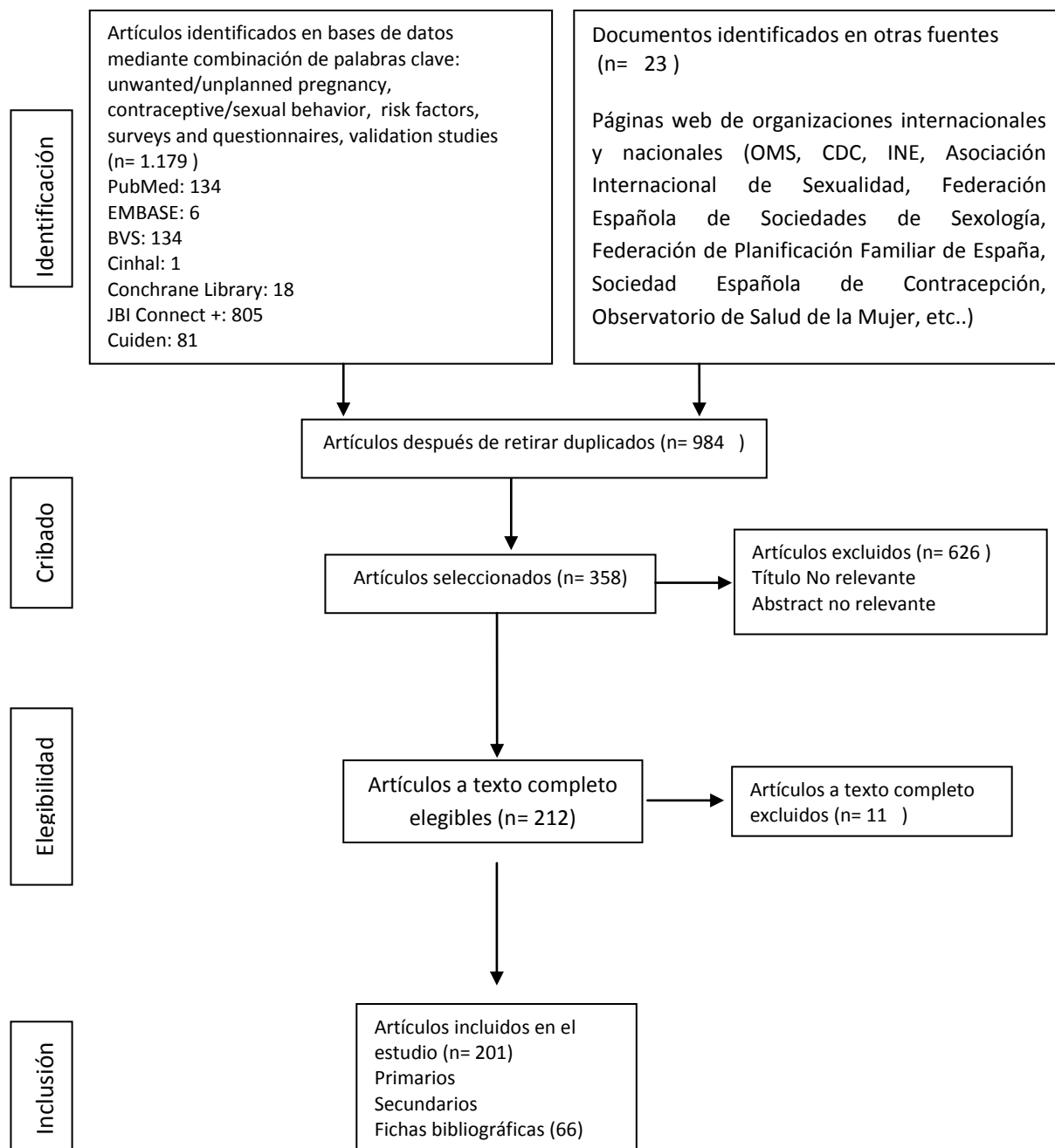


Figura 13. Diagrama de flujo PRISMA que muestra el proceso de identificación y selección de estudios elegibles

Se realizaron fichas bibliográficas con los artículos incluidos en el estudio sobre END para facilitar su análisis. Cada ficha recoge referencia/título, ámbito del estudio, tipo de diseño, palabras clave, muestra/participantes, escala/intervención, variables/dimensiones, metodología y resultados. ([Tabla 7](#). Ejemplo Ficha Bibliográfica)

9.2 Análisis descriptivo de la muestra

Se ha realizado un descriptivo numérico de la base de datos en el que se ha aportado la frecuencia absoluta y relativa para las variables categóricas.

Variable	n = 496 (%)
Grupo de edad	
15-19	70 (14.11%)
20-25	84 (16.94%)
26-30	79 (15.93%)
31-35	87 (17.54%)
36-40	78 (15.73%)
41-45	57 (11.49%)
46-49	41 (8.27%)
Nivel de estudios	
Sin estudios	8 (1.62%)
Estudios primarios	48 (9.72%)
ESO	95 (19.23%)
Bachiller/FP Medio	126 (25.51%)
Universitarios/FP superior	207 (41.9%)
Otros	10 (2.02%)
Situación laboral	
Desempleada	71 (14.31%)
Estudiante	94 (18.95%)
Otros	11 (2.22%)
Pensionista	8 (1.61%)
Trabajo ajeno	253 (51.01%)
Trabajo doméstico	21 (4.23%)
Trabajo propio	38 (7.66%)
Estado civil	
Casada/Unión hecho	193 (38.91%)
Otra	48 (9.68%)
Separada/Divorciada	36 (7.26%)
Soltera	216 (43.55%)
Viuda	3 (0.6%)

Variable	n = 496 (%)
Convivencia	
En pareja con hijos	154 (31.11%)
Con padres/familiares con hijos	76 (15.35%)
Con padres/familiares sin hijos	60 (12.12%)
En pareja sin hijos	133 (26.87%)
Otras personas con hijos	4 (0.81%)
Otras personas sin hijos	6 (1.21%)
Sola con hijos	30 (6.06%)
Nacionalidad	
Española	423 (88.12%)
Africana	3 (0.62%)
Asiática	1 (0.21%)
Europea	22 (4.58%)
Latina	30 (6.25%)
Otra	1 (0.21%)

Tabla 8. Estadísticos descriptivos de la muestra

Así pues, el perfil general de las mujeres incluidas en la muestra, se podría resumir en mujeres españolas (88,12%) de 15 a 49 años, con un nivel de estudios universitarios/FP superior (41,9%) y Bachiller/FP medio (25,51%), mayoritariamente trabajadoras por cuenta ajena (51,01%), solteras (43,55%) o casadas/unión de hecho (38,91%) y en situación de convivencia en pareja con hijos (31,11%) o sin hijos (26,87%).

9.3 Análisis de las propiedades psicométricas de la Escala REND

9.3.1 Estimación de validez

➤ *Validez de contenido: Panel de expertos mediante Técnica Delphi*

1ª Ronda

Se realizó un análisis estadístico descriptivo de las respuestas de los expertos mediante media con desviación estándar (DE) y porcentaje de respuestas altas (con valores 4 y 5). Los criterios de desestimación de los ítems fueron una media inferior a 3,5 y un porcentaje de respuesta alta (valores 4 y 5) menor del 80%. Según estos criterios, no fue necesario eliminar ningún ítem. ([Tabla 9](#))

Los criterios para realizar modificaciones mayores en los ítems fueron medias comprendidas entre 3,5 y 3,9 puntos; para modificaciones parciales medias entre 4 y 4,4 puntos y para conservar el ítem original, medias entre 4,5 y 5 puntos. (Rueda García, 2018)

Según estos criterios sería susceptible de modificaciones mayores el ítem nº 5- relaciones sexuales futuras y de modificaciones parciales los ítems nº 6- nº parejas sexuales, nº 8- iniciativa relaciones sexuales, nº 9- afrontamiento embarazo no deseado, nº 15- MAC utilizado y nº 18 motivo uso incorrecto MAC. Los criterios a revisar fueron mayoritariamente la adecuación del riesgo asignado, la comprensión y la aceptabilidad de la pregunta por parte de la usuaria. (*Tabla 9*)

En el informe resumen de la primera ronda, en base a los datos estadísticos obtenidos y a las aportaciones de los expertos se incluyeron las modificaciones de los ítems tanto en cuanto a redacción de los mismos para mejorar tanto la comprensión y aceptabilidad de las usuarias como la adecuación del riesgo. (*Anexo 6*)

2ª Ronda

En segunda ronda, se pidió a los expertos una valoración de los ítems en cuanto a relevancia (de no relevante-1 a muy relevante-4) para poder hacer el cálculo del Índice de Validez de Contenido (CVI) tanto total (S-CVI) como por ítem (I-CVI). (*Tabla 10*)

El Índice de Validez de Contenido total resultó de 0,86, superando el valor de corte (0,80). De los 22 ítems de la escala, únicamente 2 (el ítem nº 1- edad inicio de relaciones sexuales y el ítem nº 8- iniciativa en relaciones sexuales) no alcanzaron la puntuación suficiente para considerarlos válidos (0,8), obteniendo un 0,73 y 0,66 respectivamente. De cualquier forma, se consideró mantenerlas hasta conocer la valoración de las usuarias en la prueba piloto.

Cabe destacar que los expertos respondieron por unanimidad considerando como ítems muy relevantes, el ítem nº 3- actividad sexual actual y el nº 14- frecuencia uso MAC. También obtuvieron la máxima puntuación, aunque no por unanimidad, los ítems nº 10- deseo de embarazo, nº 15- Tipo de MAC utilizado, nº 19- Conocimiento eficacia MAC y el nº 22- fuente información MAC, confirmándose de este modo la validez de aspecto

Se emite el informe definitivo con la valoración de la relevancia de los ítems mediante el CVI y las modificaciones de formato y adecuación de riesgo de los mismos (*Anexo 8*) de manera que se obtiene la versión que se utilizará en la prueba piloto con las usuarias. (*Anexo 9*)

➤ **Estimación de viabilidad y validez de aspecto y contenido mediante prueba piloto.**

En la prueba piloto, únicamente cuatro de las 30 mujeres encuestadas ofrecieron una puntuación con una media inferior a 3,5 y <80% en respuestas altas (4-5).

En cuanto a la valoración general, los criterios para estimar la viabilidad de la escala fueron expresados en medias y desviaciones estándar (DE). El tiempo empleado para responder el cuestionario, con una media de 4,74 (0,43) y 100% respuestas altas (4-5) fue el criterio mejor valorado y la incomodidad de las preguntas resultó el peor valorado con una media de 3,01 (1,75) y un porcentaje de respuestas altas del 66,66%, lo que supuso una nueva revisión de la escala por parte de los expertos para intentar mejorar este criterio. ([Tabla 11](#))

Una de las aportaciones de las participantes más significativas sobre la redacción de los ítems fue la necesidad de especificar la obligatoriedad en algunas de las preguntas de respuesta múltiple de elegir una única respuesta. En base a este criterio se modificó la redacción de los ítems nº15- Tipo MAC utilizado, 17- motivo no uso MAC, 18- motivo uso incorrecto, 19- conocimiento eficacia MAC y 22- fuente de información MAC

➤ **Estudio preliminar**

Se considera utilizar los criterios de Barrett, Smith y Wellings (2004), a modo orientativo, en 229 cuestionarios para refinar los ítems y de este modo favorecer la homogeneidad de la escala manteniendo al mismo tiempo la validez del contenido. Dichos criterios son:

1. Eliminar las participantes con menos del 50% de preguntas contestadas:

No existen ítems que cumplan esta condición, con lo que no se eliminó ninguno.

2. Eliminar las preguntas con más del 5% de datos faltantes (missings):

Pregunta	Porcentaje de missings
P4	5.2 %
P5	25.8 %
P12	13.1 %
P13	21 %
P16	5.2 %
P17	65.1 %
P18	8.3 %

Tabla 12. Preguntas con >5% datos faltantes. Estudio preliminar

Las ítems con más de un 5% de missings fueron: nº4- frecuencia de relaciones sexuales, nº5-relaciones sexuales futuras, nº12- deseo hijos, nº13- embarazo planeado previo, nº16- elección método, nº17- motivo no uso MAC y nº18- motivo uso incorrecto MAC.

En principio, se decide desestimar únicamente los ítems más alejados del 5%, lo que supondría conservar el ítem nº4 y nº16, con porcentajes de 5,2%, ya que el porcentaje es muy cercano al límite establecido y al estar supeditado al tamaño muestral no se considera un porcentaje relevante. Se consideró mantener también la pregunta nº 13-embarazo planeado previo, dado que las tres preguntas fueron consideradas por los expertos como relevantes para definir el END (I-CVI= 0,93, 0,83 y 0,8 respectivamente), De esta manera, se optó por reformular el enunciado de estos ítems para intentar reducir el porcentaje de missings..

Para comprobar el efecto de la modificación de los ítems, se realiza una comparativa entre el porcentaje de missings en las preguntas 4,13 y 16 en el estudio preliminar con 229 cuestionarios y con el total de la muestra (496).

	Del 1 al 229 (antes de reformular la pregunta)	Del 229 al 496 (después de reformular la pregunta)
Pregunta 4	5.2 %	4.1 %
Pregunta 13	21 %	1.1 %
Pregunta 16	5.2 %	0.4 %

Tabla 13. Porcentaje de “missings” tras estudio preliminar en muestra total.

En todos los casos se consigue reducir el porcentaje de missings, obteniendo valores < 5% por lo que no se elimina ninguna de las tres preguntas modificadas.

Finalmente, se obtuvieron criterios de eliminación para las preguntas 5,12,17 y 18.

3. Eliminar cualquier ítem con una frecuencia de afirmación máxima de $\geq 80\%$ en cualquier opción de respuesta (ceiling effect o efecto techo).

Los ceiling effects aportan información interesante sobre la distribución de las respuestas pero en nuestro caso este criterio se ha considerado orientativo, ya que por el ámbito de recogida de la muestra, CSSR, la mayoría de las participantes ya tienen relaciones sexuales coitales en el momento de estudio, lo que produce un sesgo de respuesta en algunos ítems. Esto ya quedó justificado en la selección de la muestra.

En la siguiente tabla se muestran un descriptivo numérico de las variables categóricas mediante el cálculo de la frecuencia absoluta (n) y relativa (%).

Se han marcado en fondo rojo, las variables que han sido eliminadas en el paso anterior, así como las que no han sido eliminadas pero también tienen missings (fondo en amarillo).

Además, se han marcado las preguntas que han tenido un porcentaje de respuestas en una opción superior al 80%. Estas son, la nº2- uso MAC 1ª relación sexual, nº 3- actividad sexual actual, nº 5- relaciones sexuales futuras (ya eliminada), nº 6-número parejas sexuales y la nº7- pareja estable. Pese a ello, se decidió no eliminarlas del cuestionario ya que se consideró un sesgo de la muestra.

Se comprobó que el porcentaje de ceiling effect se mantiene en la muestra total, lo que confirma el efecto de selección de la muestra.

Variable	n = 229 (%)
p1	
2	17 (7.5%)
3	169 (74.4%)
4	36 (15.9%)
5	5 (2.2%)
p2 * Ceiling effect	
0	39 (17.2%)
1	188 (82.8%)
p3 *Ceiling effect	
0	14 (6.2%)
1	211 (93.8%)
p4 (5.2% missings)	
1	40 (18.4%)
2	120 (55.3%)
3	57 (26.3%)
p6 * Ceiling effect	
0	2 (0.9%)
1	210 (91.7%)
2	17 (7.4%)
p7 *Ceiling effect	
0	18 (7.9%)
1	211 (92.1%)

Variable	n = 229 (%)
p8	
1	15 (6.6%)
2	54 (23.9%)
3	157 (69.5%)
p9	
1	92 (40.5%)
2	43 (18.9%)
3	63 (27.8%)
	29 (12.8%)
p10	
0	179 (78.2%)
1	29 (12.7%)
2	21 (9.2%)
p11	
0	86 (37.6%)
1	115 (50.2%)
2	28 (12.2%)
p13 (21% missings)	
*ha sido mejorada para evitar los missings	
0	65 (35.9%)
1	23 (12.7%)
2	93 (51.4%)
p14	
0	26 (11.4%)
1	15 (6.6%)
2	48 (21%)
3	140 (61.1%)
p15	
0	10 (4.4%)
1	12 (5.3%)
2	42 (18.5%)
3	86 (37.9%)
4	5 (2.2%)
5	65 (28.6%)
6	7 (3.1%)

Variable	n = 229 (%)
p16 (5.2% missings)	
*ha sido mejorada para evitar los missings	
1	87 (40.1%)
3	84 (38.7%)
4	46 (21.2%)
p19	
0	1 (0.4%)
1	3 (1.3%)
2	29 (12.7%)
3	78 (34.1%)
4	21 (9.2%)
5	67 (29.3%)
6	28 (12.2%)
7	2 (0.9%)
p20	
1	50 (21.8%)
2	127 (55.5%)
3	52 (22.7%)
p21	
0	3 (1.3%)
1	26 (11.4%)
2	124 (54.4%)
3	75 (32.9%)
p22	
1	24 (10.5%)
2	29 (12.7%)
3	15 (6.6%)
4	8 (3.5%)
5	10 (4.4%)
6	3 (1.3%)
7	137 (59.8%)
8	3 (1.3%)

Tabla 14. Porcentaje de ceiling effect o efecto techo. Estudio preliminar

En el siguiente gráfico, denominado **heatmap** o mapa de calor, se muestra un “clustering” (agrupamiento) de variables las cuáles se agrupan según su respuesta codificada (riesgo 0, 1 o 2), lo que nos permite observar los efectos techo o suelo. Aquellas variables del mismo color representarían los efectos techo. El rojo simboliza una puntuación de 2 (máximo riesgo), el color naranja representa riesgo 1 (riesgo medio) y el color verde (riesgo bajo).

Se puede observar que las preguntas nº2- uso MAC 1ª relación sexual, nº 3- actividad sexual actual, nº 6-número parejas sexuales y la nº7- pareja estable no tienen mucha variabilidad. Las preguntas 2 y 7 clasifican a casi todas las mujeres como riesgo bajo, ya que prácticamente todas las mujeres refieren haber usado MAC en su primera relación sexual y tener pareja estable, lo que respondería al sesgo muestral ya comentado. Las preguntas 3 y 6 las clasifican como riesgo medio, considerando que la actividad sexual y el mayor nº de parejas sexuales definen una conducta sexual de riesgo. También se aprecian los missings de la pregunta 13 y 16 que fueron modificadas para reducir el porcentaje de datos faltantes.

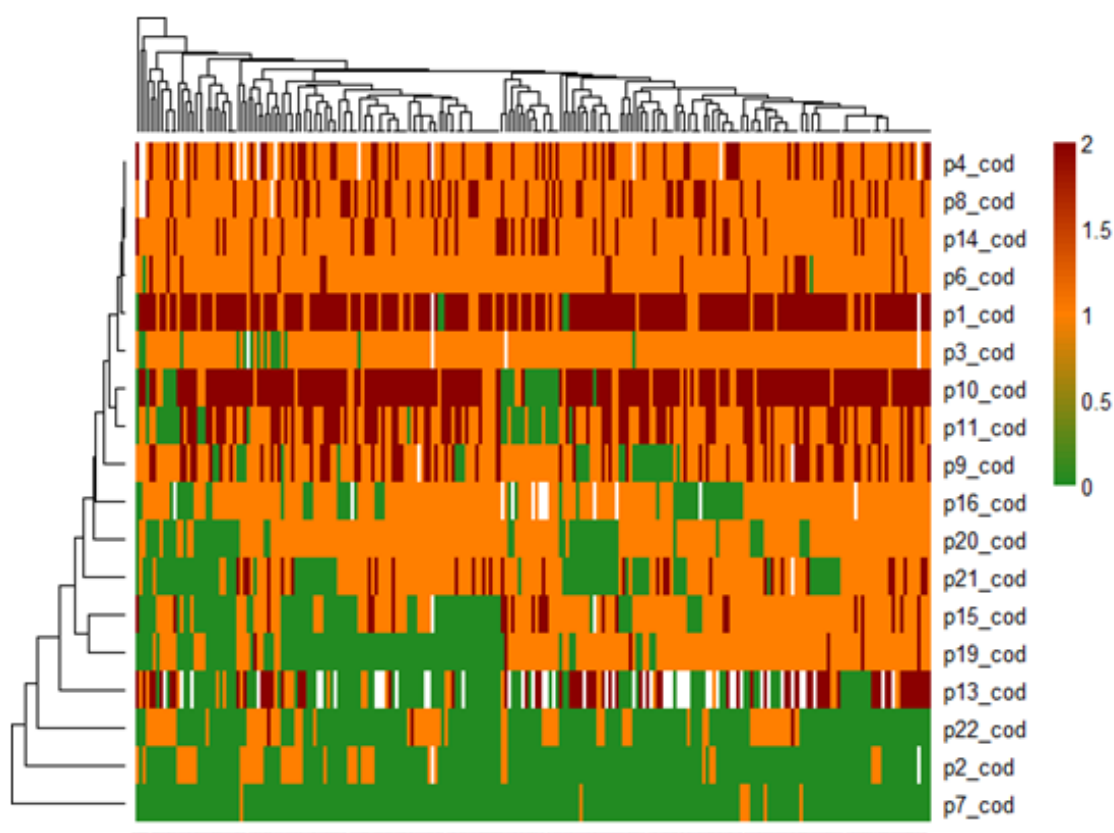


Figura 14. “Heatmap” de efectos suelo-techo

4. Eliminar cualquier ítem con una correlación ítem-total de Pearson (Kendall) < 0.2

Preguntas	tau de Kendall
2	0.146 [0.037, 0.248]
3	0.02 [-0.078, 0.128]
4	0.160 [0.068, 0.255]
8	0.029 [-0.094, 0.137]
22	0.122 [0.019, 0.216]

Tabla 15. Correlación ítem-total de Kendall

Dado que la correlación de Pearson que sugiere Barret (2004) se utiliza para variables cuantitativas, y las variables de nuestro cuestionario son categóricas ordinales con valores entre 0, 1 y 2, se ha decidido utilizar la **Tau de Kendall**.

Si el intervalo de confianza al 95% no incluye el 0,2 se considera criterio de eliminación. Las preguntas 3- relaciones sexuales actuales y 8- iniciativa en relaciones sexuales cumplen dicho criterio, aunque se decidió conservar la nº3, ya que se considera clave para definir el END. Como ya se explicó la escasa variabilidad en la respuesta es debida a las características de la muestra y ello explicaría el valor de la correlación.

5. Eliminar las preguntas con una correlación de inter-item de Pearson (Kendall) > 0,75.

No existe ninguna preguntas que cumplan los criterios indicados en este punto.

6. Devolver los ítems a la escala, en orden inverso a la eliminación, hasta que se alcance una alfa de 0.90.

Aunque el criterio 6, es interesante, no aplica a nuestro cuestionario, ya que según los valores obtenidos de Omega se considerará aceptable $\geq 0,65$.

9.3.2 Análisis de fiabilidad

Para el análisis de fiabilidad se ha calculado el Omega mediante la librería MBESS (versión 4.4.3) y Lavaan (versión 0.5-23-1097). Como ya se justificó en la metodología, se ha utilizado el Omega en sustitución del Alpha de Cronbach ya que no se cumplen algunas de las asunciones como igualdad de medias y varianza entre ítems.

El valor aceptable de confiabilidad mediante el coeficiente omega, es similar al alfa de Cronbach y debe encontrarse entre 0.70 y 0.90, aunque en algunas circunstancias pueden aceptarse valores superiores a 0.65. (Viladrich, Angulo-Brunet, & Doval, 2017) (Ventura-León, 2017)(Ventura-León & Caycho-Rodríguez, 2017)(Dunn, Baguley, & Brunsden, 2014)-

	Omega	IC 95%
<i>Dimensión 1</i>	0.52	[0.35, 0.69]
<i>Dimensión 2</i>	0.76	[0.7, 0.81]
<i>Dimensión 3</i>	0.45	[0.21, 0.58]

<i>Dim 1 (P3)</i>	<i>Dim 2 (P10)</i>	<i>Dim 3(P14)</i>
1	9	6
2	11	7
4	13	15
		16
		19
		21
		22

Tabla 16. Omega de McDonald. Estudio preliminar y distribución de preguntas por dimensiones

9.3.3 Análisis de constructo:

Para comprobar la validez de constructo se ha utilizado la librería Gifi (versión 0.3-7) del Software R Studio, versión 1.1.463, realizando un análisis de componentes principales categórico para variables ordinales como es el caso (CATPCA: Categorical Principal Component Analysis) en el cual se han determinado 3 dimensiones.

En el estudio preliminar (229 cuestionarios), seríamos capaces de explicar el 67.5% del total de la varianza: el 31.3% con la dimensión 1 –valor propio (eigenvalue) de 5.01- , el 21.4% la dimensión 2 -este último, valor propio de 3.42- y el 14.8% la dimensión 3.

En el caso de la muestra total, con 496 cuestionarios, seríamos capaces de explicar el 41,8% de la varianza (el 15.6% con la dimensión 1 –valor propio de 2.65-, el 14% con la dimensión 2 –valor propio de 2.25- y el 11.2% con la dimensión 3 –valor propio de 1.79). Por lo tanto, un 41.8% de la variabilidad de los datos es explicada por las tres dimensiones.

Pruebas de contraste de hipótesis

En base a las hipótesis planteadas y con el objetivo de estudiar la influencia de las variables seleccionadas sobre la puntuación total del cuestionario (rango de 0-30), se han realizado **modelos de regresión logística ordinal** ya que la variable de interés (REND) tiene naturaleza de escala.

16 P	Mínima puntuación	Máxima puntuación
P1	0	2
P2	0	1
P3	0	2
P4	0	2
P6	0	2
P7	0	1
P9	0	2
P10	0	2
P11	0	2
P13	0	2
P14	0	2
P15	0	2
P16	0	2
P19	0	2
P21	0	2
P22	0	2
Suma	0	30

Tabla 17. Rango de puntuaciones de los ítems de la escala REND

En las siguientes gráficas se ha representado la asociación de las variables sociodemográficas con la puntuación REND. En los gráficos se representa mediante el punto, el efecto estimado para la categoría correspondiente de cada variable de la encuesta, así como también se muestra el intervalo de confianza al 95% a través de las barras.

Para la variable **edad**, se ha encontrado una asociación negativa estadísticamente significativa (Odds ratio = 0.22, IC95% [0.12, 0.36], $p < 0.001$), observando mayor riesgo en los grupos de mujeres más jóvenes.

Además, se observa que a medida que aumenta la edad, el riesgo/puntuación REND disminuye hasta alcanzar los 35 años, edad a partir de la cual parece que se mantiene constante e incluso que aumente el riesgo en el grupo de 46-49 años.

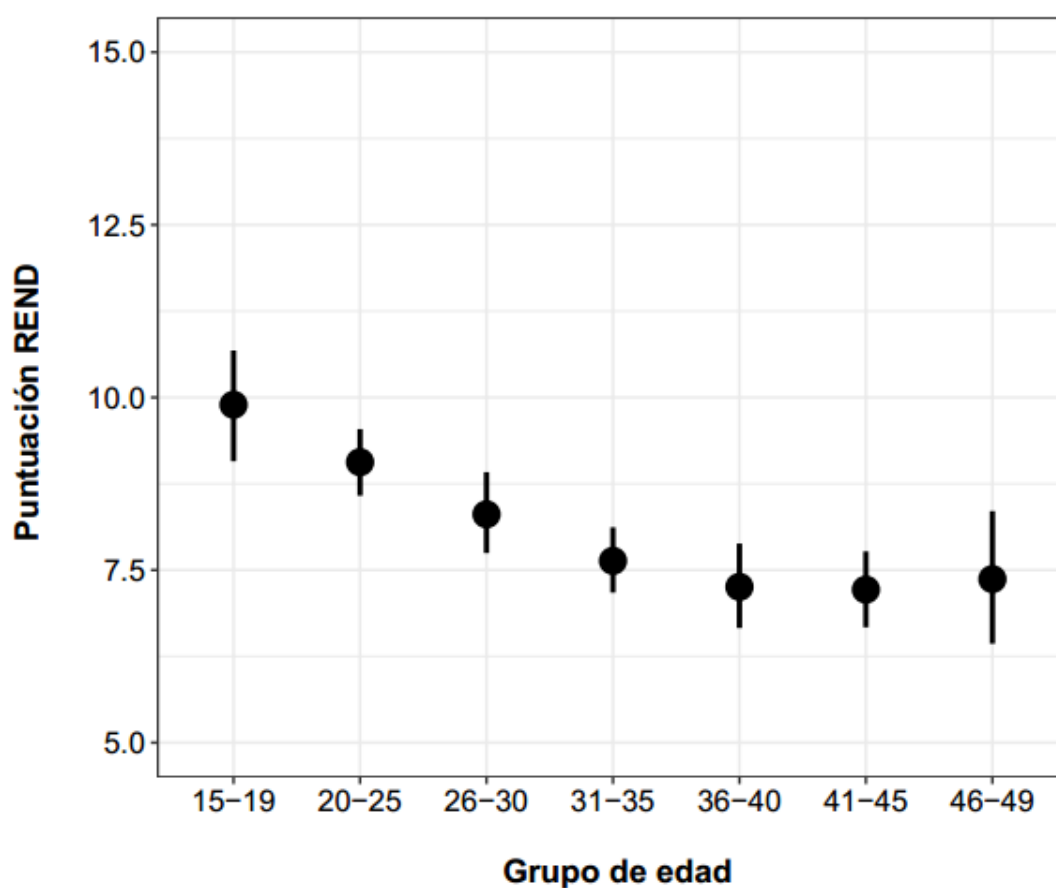


Figura 15. Relación variable edad y puntuación escala REND

En el siguiente gráfico observamos la puntuación de riesgo según **nivel de estudios**. Las mujeres con estudios primarios (OR = 0.44, IC 95%[0,12-1,5]), la ESO (OR = 0.56, IC 95%[0,17-1,86], el Bachiller/FP Medio (OR = 0.52, IC 95%[0,16-1,7]), los estudios Universitarios/FP Superior (OR = 0.44, IC95%[0,14-1,43])y otros (OR = 0.15, IC 95%[0,03-0,8]) presentan menor riesgo que aquellas sin estudios. Se observa un efecto global de la variable nivel de estudios estadísticamente significativo ($p < 0.001$) de que, a mayor nivel de estudios, menor riesgo en la escala REND.

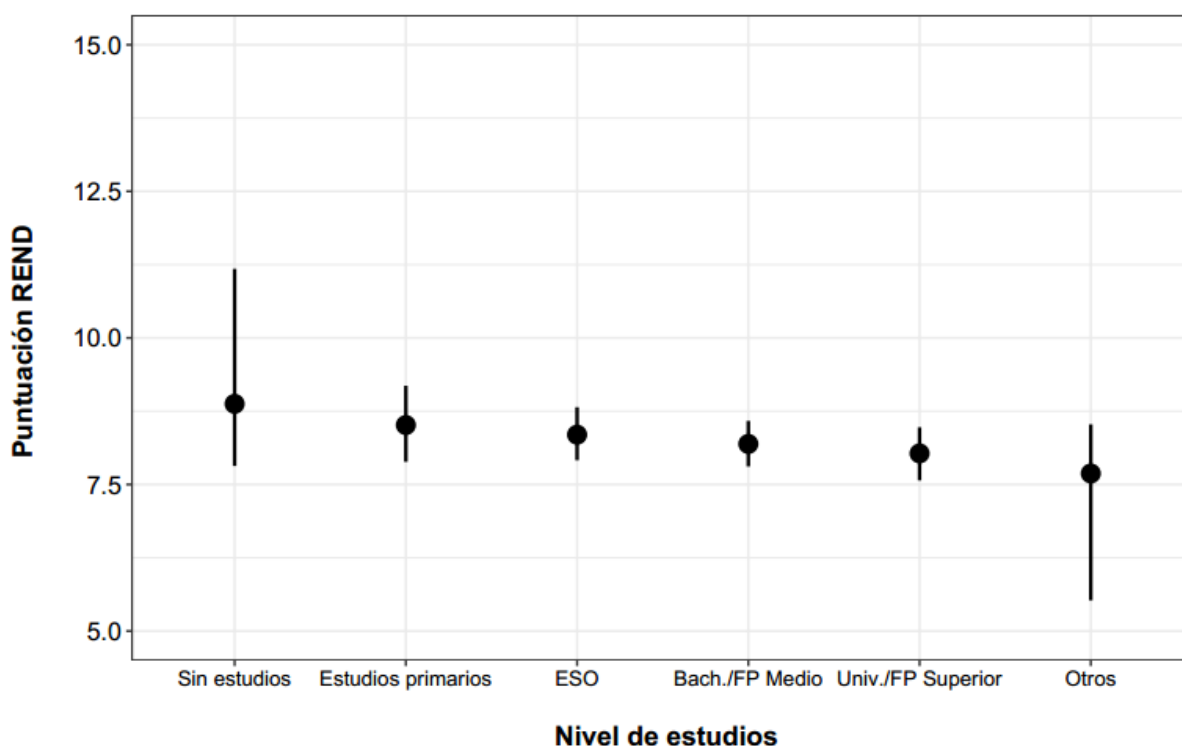


Figura 16. Relación variable nivel de estudios y puntuación escala REND

Respecto a la **situación laboral**, se observa que las estudiantes tienen mayor riesgo que las desempleadas (OR = 2.62, IC95% [1,52-4,52] $p = 0.001$), así como aquellas con trabajo propio (OR = 2.17, IC95% [1,09-4,32] $p = 0.03$ y las pensionistas (OR = 3.32, IC95% [0,92-11,7] $p = 0.06$), aunque estas últimas no de manera estadísticamente significativa. No se observan diferencias estadísticamente significativas entre las otras situaciones laborales.

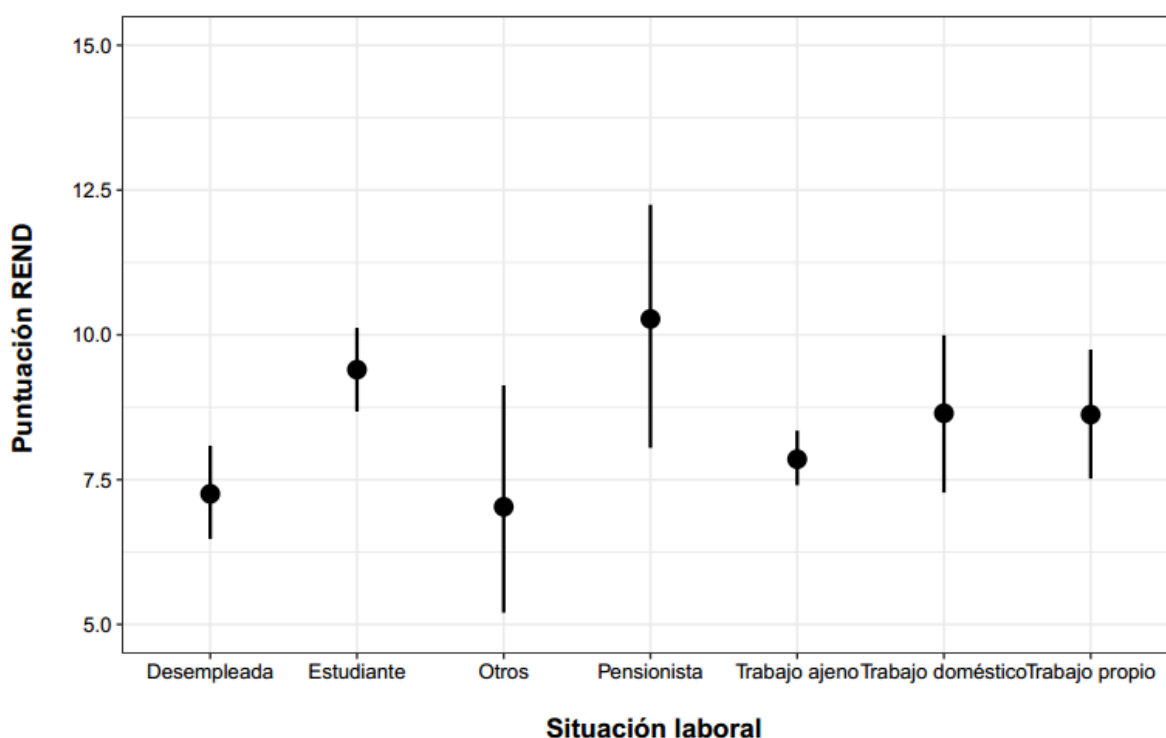


Figura 17. Relación variable Situación Laboral y puntuación escala REND

En la siguiente figura se muestra que el **estado civil** influye de manera estadísticamente significativa ($p < 0.001$). La categoría "Otra" ($OR = 4.59$, $IC95\% [2,65-8,0]$ $p < 0.001$), Separada/Divorciada ($OR = 2.63$, $IC95\% [1,35-5,18]$ $p = 0.005$) y Soltera ($OR = 2.23$, $IC95\% [1,6-3,15]$ $p < 0.001$) muestran mayor riesgo que (mayor puntuación en la escala REND) que las casadas/unión de hecho. Debido a la reducida representación muestral de la categoría "Viuda" no existe suficiente evidencia estadística para detectar diferencias ($OR = 1.13$, $IC95\% [0,12-11,6]$ $p = 0.92$).

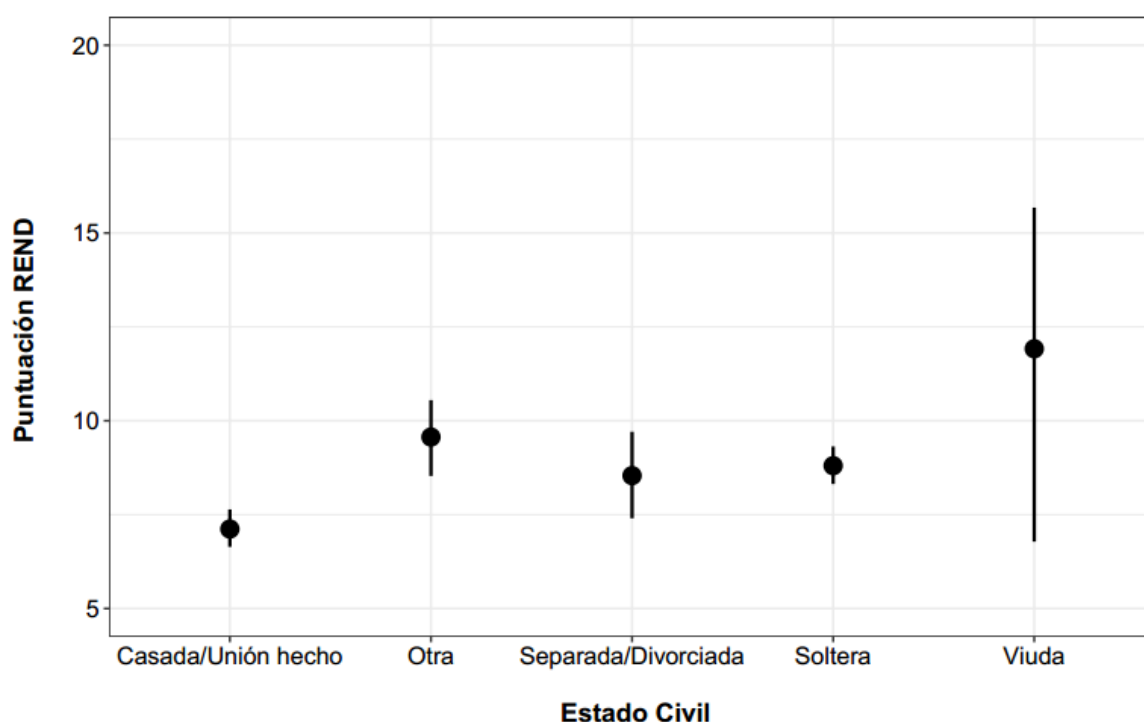


Figura 18. Relación variable Estado Civil y puntuación escala REND

Respecto a la variable **Nacionalidad**, no se han realizado los análisis, ya que el 88% de los casos son españolas, y no tenemos apenas casos en las otras nacionalidades para tener suficiente evidencia para comparar.

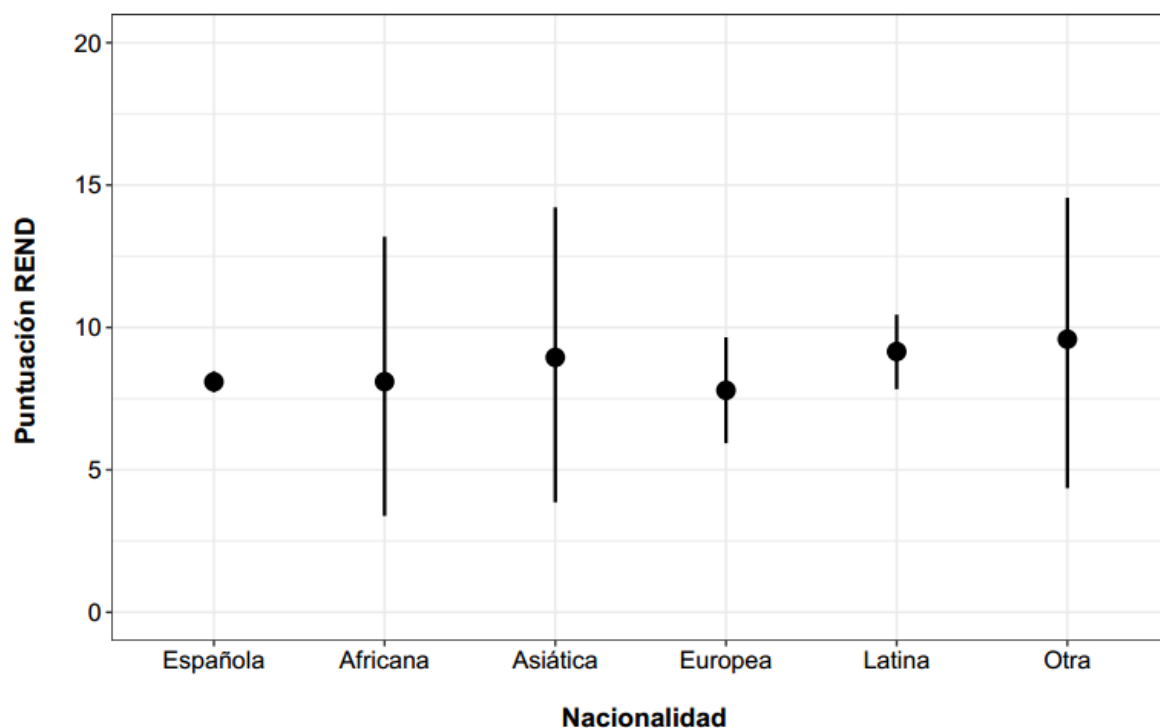


Figura 19. Relación variable Nacionalidad y puntuación escala REND

Por último, se ha tomado como referencia en la variable **estado de convivencia**, la categoría “en pareja con hijos” ya que es la que menos riesgo muestra, y por tanto se han encontrado diferencias estadísticamente significativas con “padres/familiares con hijos” (OR = 1.83, IC95%[1,14-2,94]p=0.012), con “padres/familiares sin hijos” (OR = 3.99, IC95%[2,4-6,7]p < 0.001), y “Sola sin hijos” (OR = 3.90, IC95%[1,83-8,35] p < 0.001), teniendo estas tres categorías mayor puntuación en la escala REND. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas con las otras categorías de la variable convivencia.

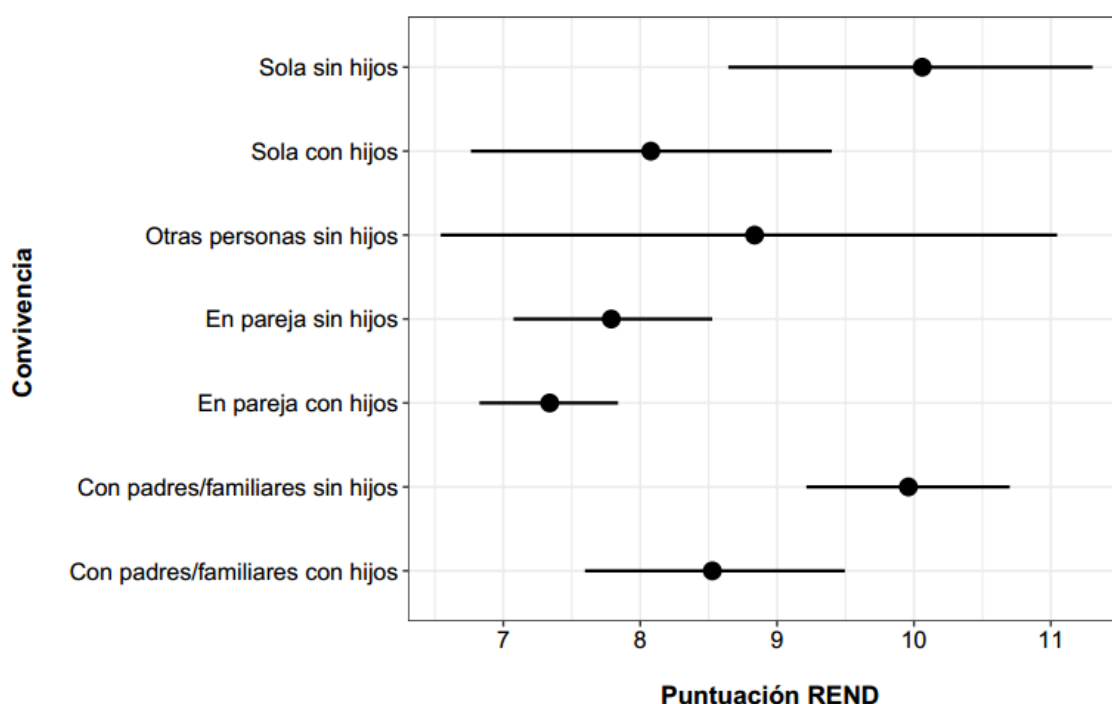


Figura 20. Relación variable Convivencia y puntuación escala REND

Aparte de las variables sociodemográficas, que aportan información sobre el perfil de las mujeres de la muestra, se ha analizado la asociación de las preguntas definitorias de END y otras preguntas que obtuvieron el mayor consenso por parte de los expertos, con la puntuación de la escala a través de modelos de regresión ordinal:

Tendrán mayor puntuación en la escala de REND aquellas mujeres que:

- Tengan relaciones sexuales: (3)
- No deseen quedar embarazadas en este momento: (10)
- No es el momento adecuado para quedar embarazada (11)
- No utilicen MAC o Utilicen el método inconsistentemente: (14) nunca/casi nunca/casi siempre.
- Utiliza un MAC de baja eficacia (15)
- Perciban una mayor Utilidad de la información recibida sobre MAC (21)

Pregunta 3: “¿Tiene relaciones sexuales coitales actualmente?”

Se comparó la puntuación total entre las mujeres que mantienen relaciones sexuales actualmente y las que no. Observamos que aquellas que mantienen relaciones sexuales actualmente tienen un mayor riesgo REND (OR = 1.63, IC95% [1,63-4,76], $p < 0.001$).

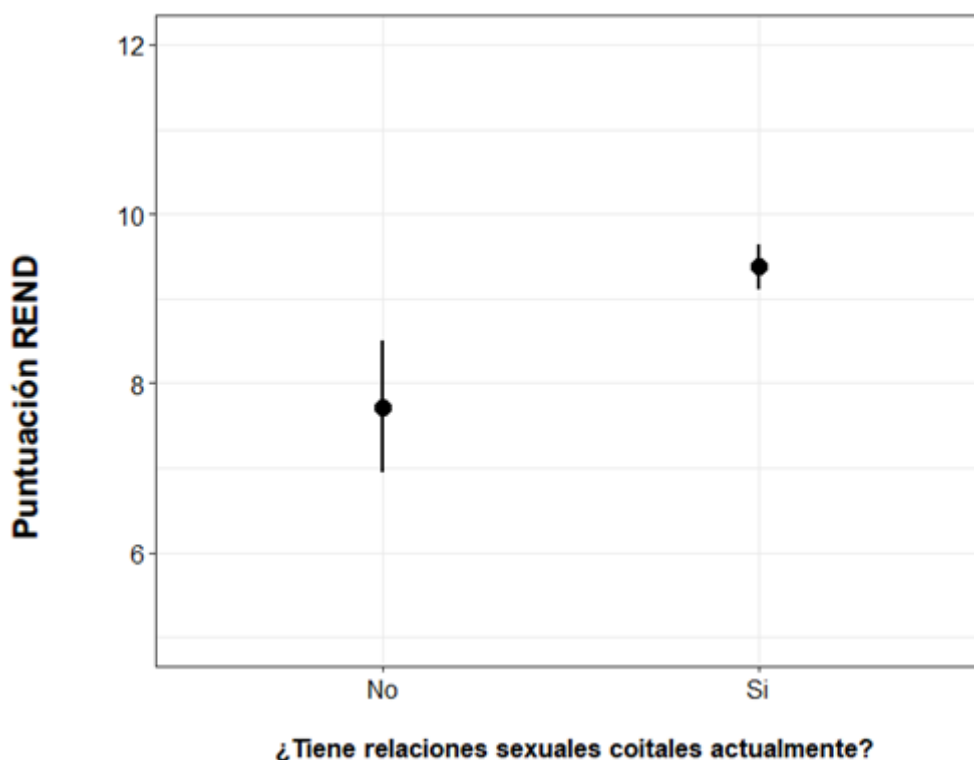


Figura 21. Relación relaciones sexuales y puntuación escala REND

Pregunta 10: “En su situación actual, ¿Desearía quedar embarazada?”

Se observa que las mujeres con deseo de quedar embarazadas tienen puntuaciones más altas en la escala REND respecto a las que "No les importaría" ($OR = 0.18$, $p < 0.001$) y las que señalan "No, en absoluto" ($OR = 0.26$, $IC95\% [0,15-0,46]$ $p < 0.001$).

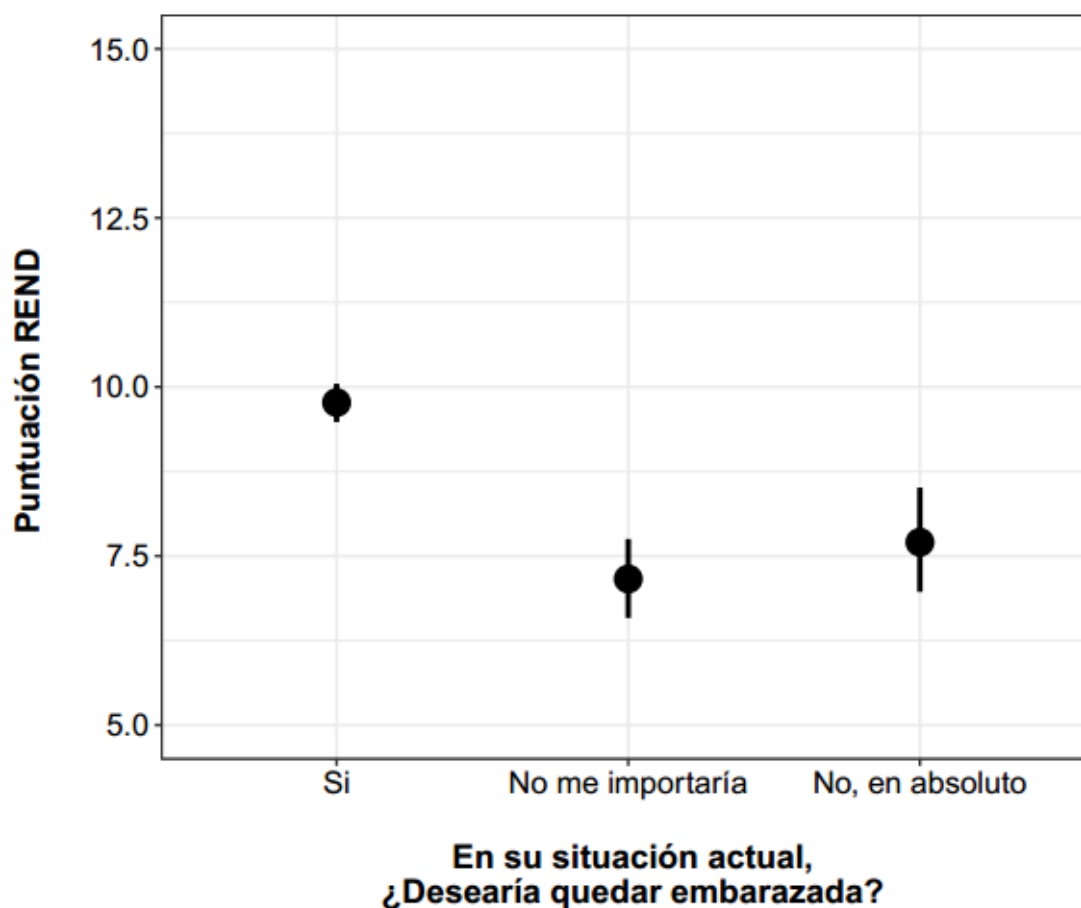


Figura 22. Relación deseo embarazo y puntuación escala REND

Pregunta 11: “¿Cree que, en su situación actual, sería el momento adecuado para quedar embarazada?”

Se observan diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas. Las mujeres que opinan que "No sería el momento ideal" presentan valores más bajos en la escala respecto a las que opinan que "Sería un mal momento" (OR = 0.37, IC95% [0,26-0,52] $p < 0.001$). Las que señalan que "Es un buen momento" presentan valores aún más bajos (OR = 0.13, IC95% [0,07-0,22] $p < 0.001$).

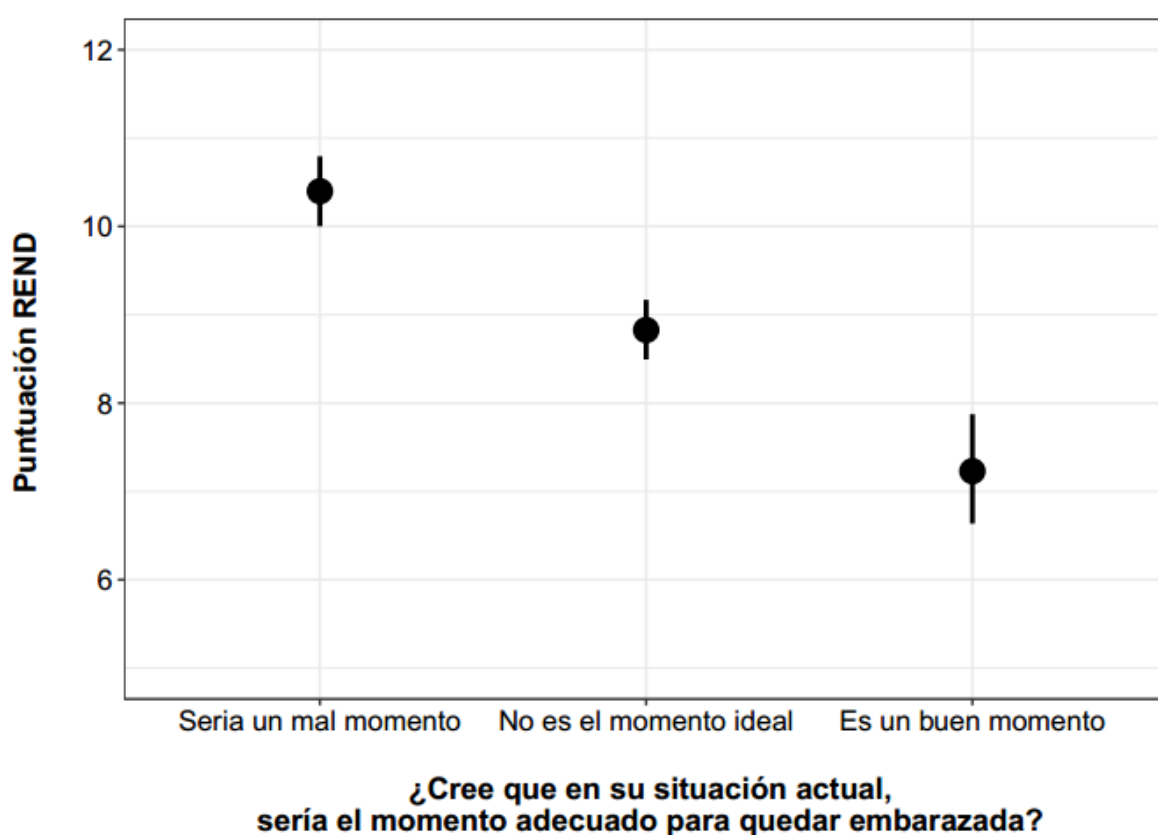


Figura 23. Relación momento adecuado embarazo y puntuación escala REND

Pregunta 14: “¿Con qué frecuencia utiliza métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales coitales?”

Esta pregunta es relativa a la consistencia de la utilización de métodos anticonceptivos. En el gráfico, se observa que las mujeres que “Casi nunca” utilizan MAC en sus relaciones coitales tienen mayor riesgo en la escala (OR = 5.66, IC95% [2,65-12,3] $p < 0.001$). No hay diferencias significativas entre las que “Casi siempre” los utilizan y las que “Nunca” las utilizan. Las que “Siempre” los utilizan son las que presentan valores más bajos en la escala (OR = 0.23, IC95% [0,14-0,38] $p < 0.001$).

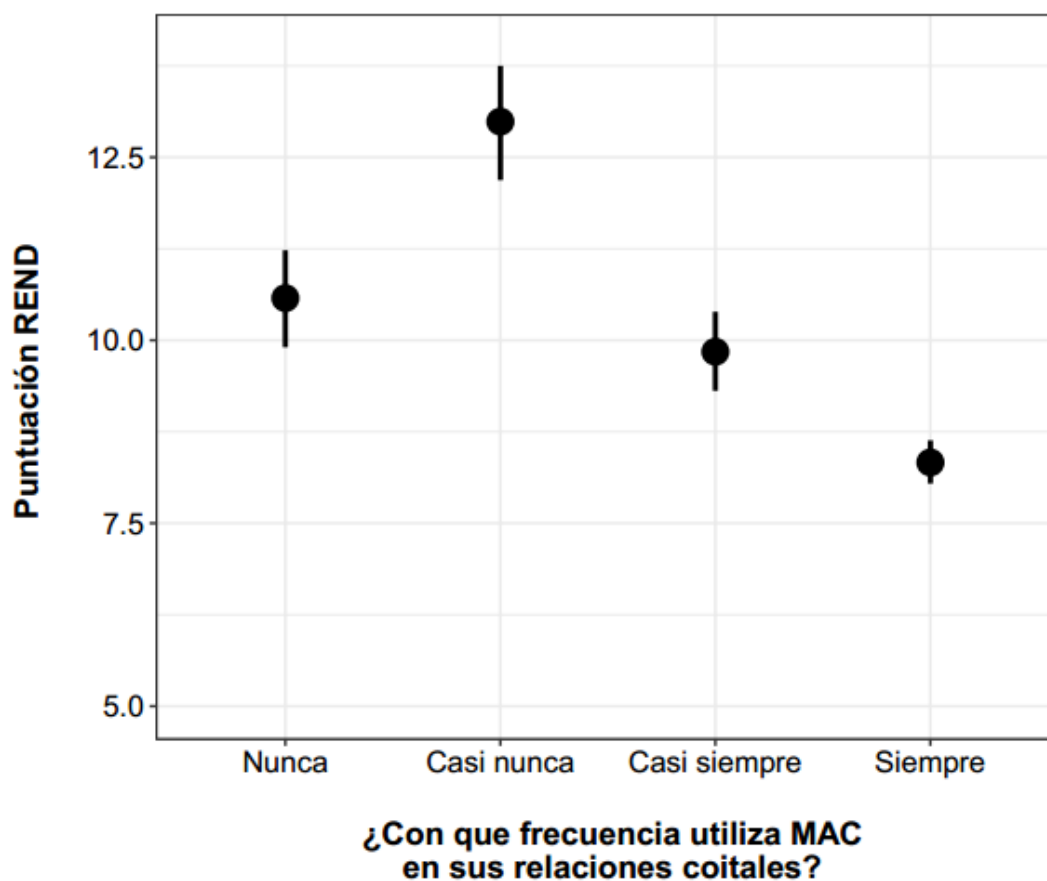


Figura 24. Relación uso métodos anticonceptivos y puntuación escala REND

Pregunta 15: “Qué método anticonceptivo suele utilizar con más frecuencia?”

Se han estudiado las diferencias en la escala REND entre los distintos métodos anticonceptivos que se suelen utilizar.

Tomando como referencia las mujeres que no utilizan ningún método anticonceptivo, se observa que las mujeres que utilizan un MAC Natural tienen mayor riesgo que las que no utilizan ninguno aunque no existen diferencias estadísticamente significativas ($OR = 1.9$, $IC95\%[0,9-4,2]$, $p = 0.09$). Por otro lado, las mujeres que utilizan el método Hormonal ($OR = 0.38$, $IC95\%[0,2-0,74]$ $p = 0.005$), el Doble método ($OR = 0.07$, $IC95\%[0,02-0,21]$ $p < 0.001$), los métodos LARC ($OR = 0.13$, $IC95\%[0,06-0,27]$, $p < 0.001$) y los métodos quirúrgicos ($OR = 0.21$, $IC95\%[0,05-0,77]$ $p = 0.02$) tienen valores más bajos en la escala REND.

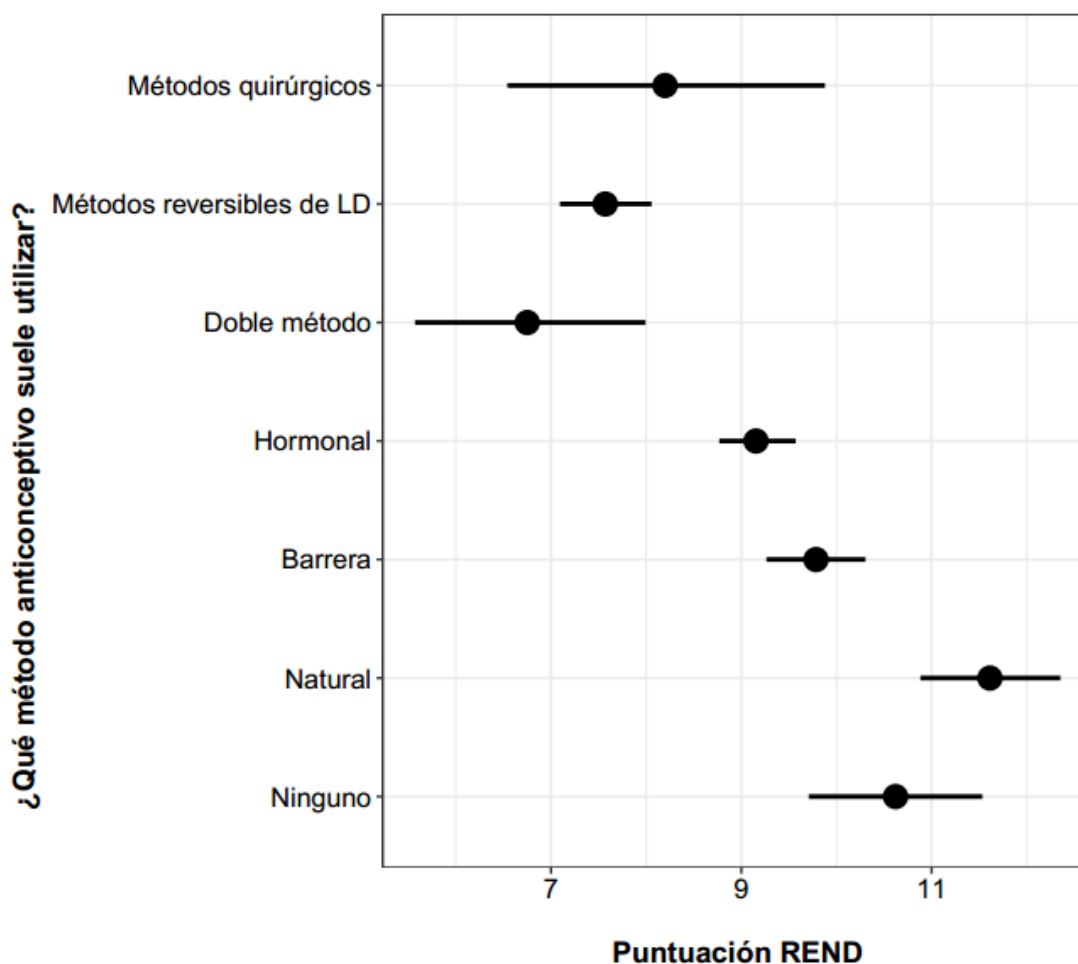


Figura 25. Relación tipo método anticonceptivo y puntuación escala REND

Pregunta 21:” Valore la utilidad de la información que ha recibido sobre sexualidad y anticoncepción. “

Por último, se analizó la influencia de la consideración de la información recibida sobre sexualidad y anticoncepción. Se observa que cuanto menos útil se considera, existe un mayor riesgo REND. A medida que aumenta la consideración de la utilidad de la información recibida disminuye el riesgo (OR = 0.16, IC95% [0,04-0,55], $p = 0.004$).

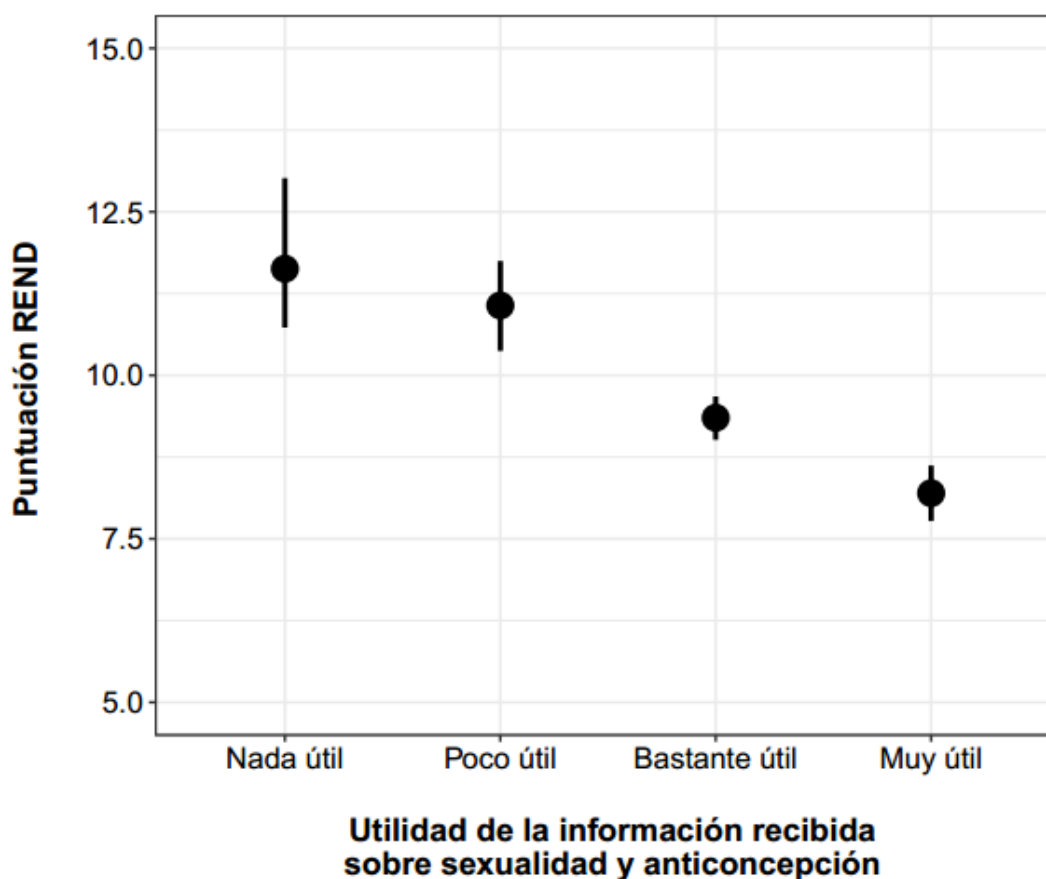


Figura 26. Relación utilidad información sexualidad y MAC y puntuación escala REND

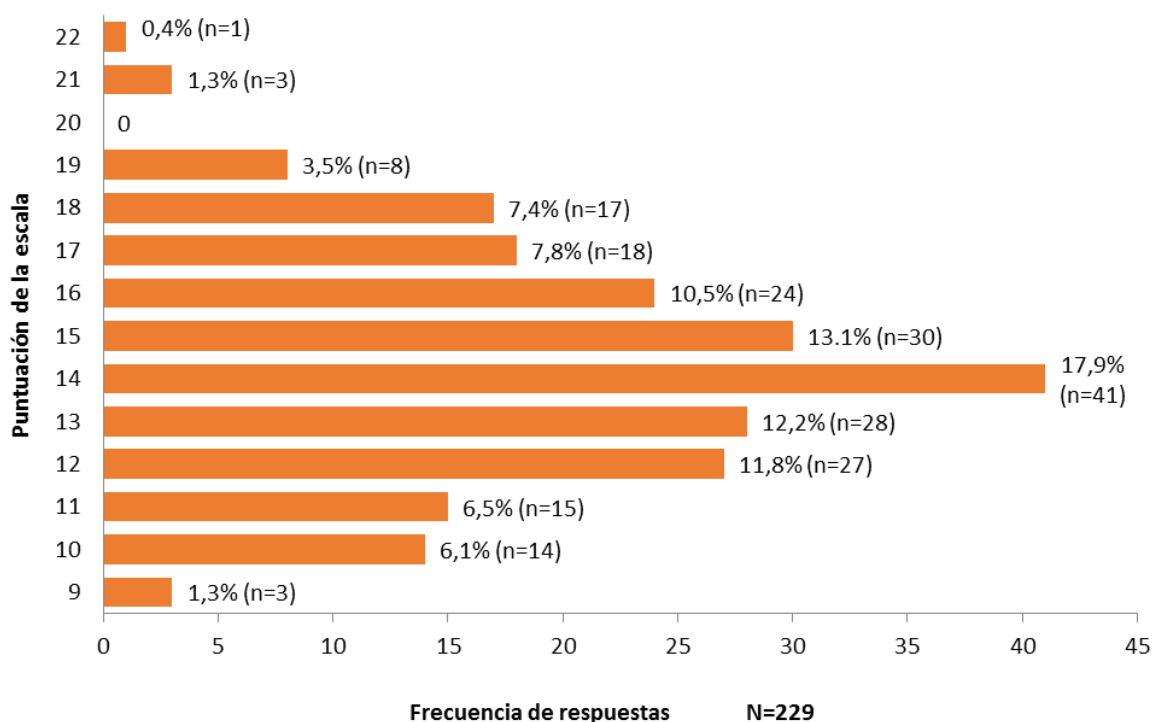
9.4 Análisis de la distribución de las puntuaciones de la Escala

Tras el estudio preliminar se decide hacer un análisis de las puntuaciones obtenidas en los 229 cuestionarios. Se observa que el rango de respuestas comprende desde los 9 a los 22 puntos, aunque el rango total de puntuación de la escala es de 0 a 40.

De los 229 cuestionarios, 150 (65,5%) se agrupan en las puntuaciones centrales (entre 12 y 16). La puntuación más frecuente con diferencia es 14, representando el 17,9% (n=41) de la muestra.

Figura 27

Distribución de puntuaciones de la Escala de Riesgo de Embarazo no Deseado en el estudio preliminar

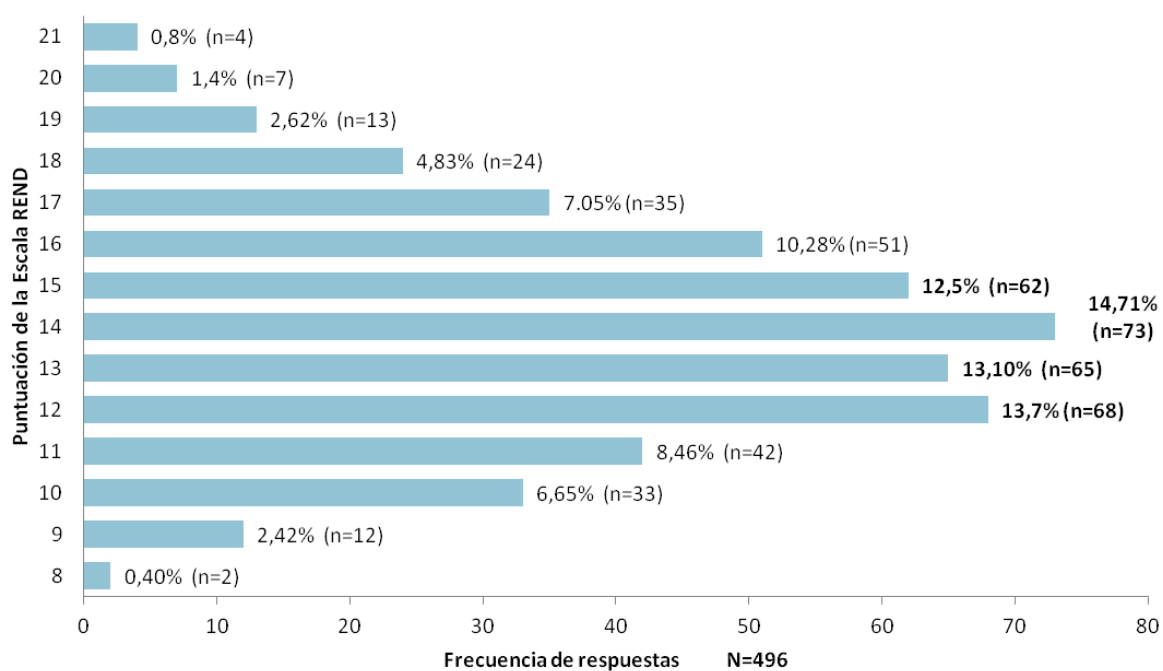


Se repite el análisis en la muestra total (N= 496) y el rango de respuestas obtenidas se encuentra entre los 8 y 21 puntos en la escala REND, agrupando el 55% de la muestra.

Las puntuaciones se agrupan entre los valores 12 y 15, siendo la mayor puntuación más frecuente 14 puntos, al igual que en el estudio preliminar. Representando el 14,71% de la muestra (n= 73)

Figura 28

**Distribución de puntuaciones Escala Riesgo de Embarazo no deseado
Muestra Total**





Discusión

10. DISCUSIÓN

Mediante el análisis de las **características sociodemográficas** de la muestra, se comprueba que el perfil de las mujeres incluidas en el estudio coincide con otros estudios similares, confirmando que ciertas características suponen una predisposición al riesgo de embarazo no deseado.

En el **contraste de hipótesis para comprobar la validez de constructo**, se encuentra relación significativa entre dichas características y mayor puntuación en la escala de riesgo de embarazo no deseado, como:

- Se ha observado mayor puntuación de riesgo en mujeres más jóvenes y además el riesgo END disminuye hasta los 35 años y se mantiene e incluso aumenta en el grupo de 46-49 años (Ong, Temple-Smith, Wong, McNamee, & Fairley, 2012) (Skouby, 2010) (Kirby, 2016) (Lete, y otros, 2003)
- A mayor nivel de estudios, se observa una relación significativa a nivel global con una menor puntuación de riesgo en la escala REND. (Ong, Temple-Smith, Wong, McNamee, & Fairley, 2012) (Finer & Zolna, 2016)
- En cuanto a la situación laboral, las estudiantes presentan mayor riesgo que las desempleadas y las pensionistas. También el grupo de trabajo propio muestra mayor riesgo que las desempleadas. (Santos-Iglesias & Sierra, 2010), (Boulet, y otros, 2016) (Frost & Finer, 2007)
- Respecto al estado civil las mujeres separadas/divorciadas y solteras muestran mayor puntuación de REND que las casadas o en unión de hecho. (Finer & Zolna, 2016)
- En referencia al estado de convivencia, la situación de pareja con hijos es la que menor riesgo presenta y tomándola como referencia se encuentran diferencias significativas con las situaciones de convivencia con padres/familiares con y sin hijos y sola sin hijos que presentan la mayor puntuación en la escala REND (Santos-Iglesias & Sierra, 2010)
- En cuanto a la nacionalidad no se han podido realizar analizar los datos dado que no se ha encontrado suficiente representación en la muestra de otras nacionalidades distintas a la española (88%).

También se observa relación significativa entre otros aspectos definitorios del REND, según el modelo conceptual propio, y mayor puntuación en la escala como:

- Tener relaciones sexuales coitales supone mayor puntuación REND, ya que para que se produzca un embarazo debe existir coito entre un hombre y una mujer fértiles.

- Deseo de embarazo supone mayor puntuación de REND, esto se podría explicar porque precisamente su conducta puede estar orientada a conseguir un embarazo (no uso de anticonceptivos o uso inconsistente) (Aiken, Barrero, Callegari, & Dehlendorf, 2016) (Jones, Tapales, Lindberg, & Frost, 2015) (Aiken, Dillaway, & Mevs-Korff, 2015) (Frost & Finer, 2007)
- Respecto al momento del embarazo, las mujeres que presentan valores más bajos de REND son las que opinan que es un buen momento. (Aiken, Barrero, Callegari, & Dehlendorf, 2016)
- En cuanto a la frecuencia de utilización de MAC, ofrece mayor riesgo en la escala las mujeres que refieren no utilizarlos casi nunca. Los valores más bajos los presentan las mujeres que los utilizan siempre. (Yazdkhasti, Pourreza, Pirak, & Abdi, 2015). Es posible que algunas de las mujeres que hayan contestado que "Nunca" los utilizan sean las que utilicen MAC irreversibles o quirúrgicos y métodos reversibles de larga duración, ya que pueden tener la impresión de que "no se utiliza de manera diaria", sino que es una condición.
- Según el MAC utilizado, tomando como referencia las mujeres que no utilizan ningún método anticonceptivo, las mujeres que utilizan el método Hormonal, el doble método, los métodos LARC y los métodos quirúrgicos tienen valores más bajos en la escala REND. (Daniels, Daugherty, Jones, & Mosher, 2015)
- La relación con la utilidad percibida de la información recibida sobre sexualidad y anticoncepción se observa que cuanto menos útil se considera, existe un mayor riesgo REND. A medida que aumenta la consideración de la utilidad de la información recibida disminuye el riesgo. (Mitjans-Lafont, y otros, 2017) (Rowe, y otros, 2016)

Del proceso de **diseño y operacionalización de variables** se extrae una selección de 22 ítems que componen el borrador de la escala de riesgo de END, distribuidos en las tres dimensiones definidas en el modelo conceptual (conducta y hábitos sexuales, intención de embarazo y uso y conocimiento de MAC).

Mediante el panel de expertos y la prueba piloto, se comprueba la **validez aparente y la validez de contenido**. Se consiguen mejorar los ítems de la escala en cuanto a comprensión y aceptabilidad de las usuarias, así como la adecuación del riesgo asignado, obteniendo la versión definitiva a administrar al total de la muestra estimada, El Índice de Validez de Contenido total (S-CVI) es de 0,86, considerándose aceptable.

La prueba piloto ofrece resultados compatibles con una viabilidad adecuada para su uso en mujeres en edad fértil, según los criterios de presentación, claridad, tiempo empleado, comodidad y utilidad.

Además, para asegurar el comportamiento de la escala se realiza un **estudio preliminar** a aproximadamente la mitad de la muestra (229 mujeres), utilizando como referencia los criterios de Barret, Smith y Wellings (2004). Tras este proceso, se procede a eliminar las preguntas 5, 8, 12, 17, 18 y 20, quedando la escala final con 16 ítems.

Para comprobar la **consistencia interna** de la escala, se utiliza el Omega de McDonald que confirman la distribución de los ítems en las tres dimensiones planteadas a priori en el modelo teórico. Aunque las estimaciones puntuales del Omega no son demasiado altas (las Dimensiones 1 y 3 no superan el umbral de 0.7), no debemos olvidar que la confiabilidad no es una propiedad de un cuestionario per se, si no la propiedad de una escala aplicada en un contexto dado a una población particular (Miller, 1995; Thompson & Vacha-Haase, 2000). Y este mismo hecho, de aplicar la escala a una población particular, podría influenciar en dichos valores de confiabilidad, pues como ya se ha comentado, la selección de los participantes se realizó en Centros de Salud Sexual y Reproductiva.

En la mayoría de las situaciones, se reporta solamente la estimación puntual del Omega o el Alfa de Cronbach, sin embargo, también debe ser considerado el nivel de confiabilidad de la propia estimación. La estimación de un intervalo, como los intervalos de confianza, es la manera natural de incorporar la precisión de una estimación, y se consideran un estándar de referencia para el informe estadístico riguroso en muchas disciplinas. (Baguley, 2000; Kelley & Preacher, 2012).

Así pues, prestando especial atención a los intervalos de confianza, se extrae que con un 95% de confianza, el valor de Omega podría encontrarse en el intervalo (0.35-0.69) en la dimensión 1, (0.7-0.81) en la dimensión 2 y en el intervalo (0.21-0.58) en la dimensión 3; siendo los límites superiores 0.69, 0.81 y 0.58, próximos a 0.7. Por supuesto, si se calculasen los coeficientes Omega en otra muestra aleatoria obtenida también podrían llegar a tomar valores tan bajos como 0.35, 0.7 y 0.21. Dicho esto, se tienen en cuenta las dificultades encontradas y las limitaciones que subyacen en la herramienta en base a los resultados obtenidos de fiabilidad.

La **validez de constructo** se calcula mediante el Análisis de componentes principales categóricos. En el estudio preliminar (229 cuestionarios), seríamos capaces de explicar el 67.5% del total de la varianza y en el caso de la muestra total, con 496 cuestionarios,

seríamos capaces de explicar el 41,8% de la varianza, lo que explicaría una mayor heterogeneidad en la muestra total y por ello, el mismo número de componentes explican un valor menor de variabilidad.

Aunque los resultados obtenidos muestran una consistencia interna y una validez de constructo cuestionables, se ha decidido darle prioridad a la validez de contenido frente a la consistencia interna de la escala, ya que se trata de una escala multidimensional y para no perder información relevante sobre el constructo de END, pese a que ello suponga que pueda verse mermada la fiabilidad de la escala.

Respecto al análisis de la **distribución de puntuaciones de la escala**, en el estudio preliminar se observa una acumulación en los valores centrales (de 12 a 16) con un 65,5%, siendo el rango de puntuaciones recogido en el estudio preliminar de 9 a 22 y el rango total de 0 a 40. La puntuación que refleja una mayor frecuencia (moda) es 14, con un 17,9%, y podría considerarse un punto de corte orientativo para considerar REND. Se obtienen valores similares en la muestra total, con un 55% de la misma agrupada entre los valores 12 y 15, en un rango de puntuaciones de 8 a 21 puntos. Coincide la puntuación más frecuente, 14 puntos, con un 14,71% de la muestra.

De cualquier forma, aquellas mujeres que se encuentren en este rango (8-21), deberían recibir atención y asesoramiento por parte de los servicios sanitarios acorde a los criterios médicos de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos. (Organización Mundial de la Salud, 2017)

Dado que no se dispone de un criterio de comparación externo o “gold estándar” para estimar la **validez de criterio**, se han utilizado como criterio de comparación otros estudios que han creado un modelo conceptual de planificación de embarazo con enfoque retrospectivo sobre el deseo de embarazo y el momento adecuado (Aiken, Barrero, Callegari, & Dehlendorf, 2016) (Morin, y otros, 2003) (Pratt, Stephenson, & Mann, 2014) (Higgins & Smith, 2016) (Barrett, Smith, & Wellings, 2004), que coinciden con nuestro estudio en que en la definición del END confluyen múltiples factores tanto internos como externos que abarcan desde el ámbito personal (motivación, conocimiento, actitud) al contexto social (relaciones, acceso y disponibilidad a servicios de salud, circunstancias económicas). En base a esta concepción se crea el modelo conceptual propio que permite desarrollar la escala.

Otros estudios se centran en medir la conducta anticonceptiva (Daniels, Daugherty, Jones, & Mosher, 2015) (Rowe, y otros, 2016) (Wellings, y otros, 2013) (Abma & Martínez, 2017) (Jones, Tapales, Lindberg, & Frost, 2015), coincidiendo con nuestro estudio en que el riesgo de embarazo no deseado aumenta con el uso incorrecto e inconsistente de MAC cuando no hay deseo de embarazo en el momento actual.

En un estudio similar al nuestro (Ortega Barreda, 2016), desarrollado para medir el riesgo de embarazo no deseado, optaron por centrarse únicamente en la población adolescente (chicas de 14 a 23 años) con embarazo previo o no. Diseñaron una escala de 8 ítems (acrónimo IRENE) que recoge como dimensiones: el nivel educativo de los padres, apgar familiar, conducta sexual, uso del preservativo y deseo de embarazo, considerando riesgo de END si el adolescente presenta tres de las cinco dimensiones afectadas, o dos si son conducta sexual, uso preservativo o deseo de embarazo. Coincide con nuestro estudio en incluir la conducta sexual, mediante la edad de inicio de las relaciones sexuales y el número de parejas sexuales y el deseo de embarazo, aunque únicamente se centra en el uso del preservativo (por ser el más extendido en esa franja de edad) y no recoge otros métodos anticonceptivos. Este estudio recoge tanto respuestas de adolescentes con embarazos previos como no embarazadas, pero no las compara, de manera que se desconoce como pueda afectar esta circunstancia en los resultados del cuestionario.

Al igual que en el presente estudio, divide el trabajo en dos etapas, una primera de conceptualización y desarrollo del cuestionario y una segunda de validación. La primera etapa se desarrolla en los mismos pasos (búsqueda bibliográfica, elaboración del borrador del cuestionario, grupo de expertos y usará para validación aparente y estudio piloto).

Diferimos en la segunda etapa de validación, en que Ortega utiliza el alfa de Cronbach para la consistencia interna a diferencia de nuestro estudio que utiliza el Omega de McDonald, y correlación de Pearson o Spearman según características métricas de las respuestas, en nuestro caso la correlación de Kendall, para variables categóricas. Para la validez de constructo utiliza el análisis factorial confirmatorio de componentes principales y en nuestro estudio, análisis de componentes principales categórico.

El estudio de Barret (2004) se centra en medición de la intención de la planificación del embarazo. Desarrolla la escala LMUP (London Measure Unplanned Pregnancy), ampliamente utilizada y validada en varios países. La muestra incluye mujeres embarazadas o con embarazo previo. La escala recoge 6 áreas temáticas: intención de embarazo, deseo de maternidad, uso de anticonceptivos, preparación preconcepcional, circunstancias personales/sincronización e influencia de la pareja.

Comprende una puntuación de 0 a 12 puntos, que representa mayor grado de planificación del embarazo a mayor puntuación y se divide en tres categorías: 10-12 embarazo planeado, 4-9 ambivalente y 0-3 no planeado. Comparte con nuestro estudio la frecuencia de uso de anticonceptivos, el momento adecuado de embarazo y el deseo de embarazo, pero el enfoque es retrospectivo por lo que podría estar sujeto al sesgo de recuerdo y al cambio en la concepción del embarazo una vez ha nacido el hijo.

En cuanto a la metodología, el estudio de Barret también se dividió en dos etapas: una primera fase cualitativa para definir el constructo de la planificación de embarazo en la que se crea un modelo conceptual para el desarrollo de las dimensiones y sus ítems correspondientes. Se realizó una prueba piloto con una pequeña muestra de mujeres para probar los ítems. Y una segunda fase cuantitativa para establecer los parámetros psicométricos, donde se ideó una estrategia de 5 pasos para la selección de ítems y comprobar la validez de contenido. La consistencia interna se evaluó mediante el alfa de Cronbach y la fiabilidad test-retest. Para la validez de constructo se utilizaron la prueba de hipótesis y el análisis de componentes principales. No se comprobó la validez de criterio por no disponer de “gold standard”. Dado que el estudio de Barret (2004) es el que más se identifica con la hipótesis de nuestro trabajo, se replica en la medida de lo posible, mediante el diseño de un modelo conceptual, la definición de dimensiones e ítems de la escala, prueba piloto, criterios de selección de ítems y contraste de hipótesis. El resto de las pruebas estadísticas ya se han comentado con el anterior estudio.

Morin (2003), realizó un estudio para medir la intensidad del esfuerzo de planificación de embarazo. Contempló tres dimensiones: intención de embarazo, preparación para la concepción y momento adecuado de embarazo. La muestra se compuso de mujeres embarazadas y no embarazadas mayores de 18 años reclutadas en clínicas de atención prenatal, planificación familiar y fertilidad. Se recogieron tres preguntas sobre planificación del embarazo, puntuables de 0 a 4 (a mayor puntuación mayor planificación): intención de embarazo, preparación del embarazo (uso de anticonceptivos) y momento adecuado de embarazo. También se incluyeron preguntas contextuales (edad, trabajo, pareja).

En la metodología, se elaboró un modelo conceptual para definir el constructo de planificación de embarazo y para la validación de contenido se utilizó un panel de expertos. El cuestionario se testó sobre un grupo reducido de mujeres. La fiabilidad se evaluó mediante test-retest, usando el coeficiente Kappa para variables categóricas y el coeficiente de correlación intraclase (ICC). La consistencia interna se midió mediante el alfa de Cronbach.

Este estudio comparte con el nuestro el ámbito de recogida de la muestra y las variables sobre planificación de embarazo, así como el modelo conceptual, la validación por expertos y la prueba piloto, pero no contempla otros aspectos determinantes del END como hábitos sexuales y conocimiento de MAC. Difiere en los métodos estadísticos para la valoración de la consistencia interna y la fiabilidad.

Jones et al (2015) desarrollaron un estudio para examinar las características asociadas al uso consistente de anticonceptivos durante 18 meses en mujeres entre 18 y 39 años, no embarazadas, no estériles, que habían tenido relaciones sexuales alguna vez. Contemplaron frecuencia de uso de MAC, actividad sexual de riesgo, intención de embarazo (evitación débil, neutra, fuerte), embarazo no planeado previo, conocimiento anticonceptivo. Describieron como mujeres en riesgo de embarazo aquellas que tuvieron relaciones sexuales, sin desear quedar embarazadas y no usaban de manera constante MAC. Aquellas mujeres más motivadas a evitar un embarazo suelen ser usuarias consistentes de MAC. Coincidimos en la definición de embarazo y en las variables asociadas al uso consistente de MAC.

También se ha encontrado un estudio cercano al objetivo del presente estudio (Pinto, Leal Ortega, Cruz Santos, & Serrano Alfonso, 2008), que categoriza el riesgo en salud sexual y reproductiva, en mujeres entre 15 y 56 años, según la ponderación de cuatro categorías: Edad, edad inicio de relaciones sexuales, conocimientos sobre sexualidad y prácticas sobre sexualidad. Según el resultado el riesgo se clasifica en bajo, medio y alto, lo que resulta muy interesante, pero no contempla otras variables de carácter actitudinal (motivación, creencias, susceptibilidad).

Las **limitaciones** observadas radican fundamentalmente en las características propias de la muestra y el ámbito de recogida de la misma (CSSR), lo que puede suponer un sesgo de selección, y que debería solucionarse mediante el planteamiento de un nuevo estudio en población general que permitiera valorar su interpretabilidad y aplicabilidad clínica

Por otro lado, al incluir en la escala variables categóricas para abarcar todos los aspectos del constructo (actitudinal, cognitivo y conductual) se decidió realizar el análisis de los datos mediante métodos estadísticos acordes al tipo de variables cualitativas, en lugar de los comúnmente utilizados en la validación de cuestionarios con variables cuantitativas (alfa de Cronbach, análisis factorial, etc...).

Aunque estos métodos alternativos son válidos no son tan ampliamente conocidos, lo que dificulta la comparación de resultados con otros estudios y la valoración de las propiedades psicométricas de la escala.



Así mismo, las **líneas futuras de investigación** se podrían enfocar hacia realizar un seguimiento de las mujeres a largo plazo mediante un estudio longitudinal para poder evaluar la capacidad predictiva de la escala. (Rueda García, 2018).

También se podría realizar un estudio a nivel nacional en población general, no únicamente usuarias de CSSR, que permitiera extrapolar los resultados y con ello comprobar la validez externa de la escala.

Y por otro lado, adaptándonos a las nuevas tecnologías de la información y comunicación, cabría la posibilidad de introducir la escala REND a modo de sistema de triaje en la historia clínica informatizada de salud, para hacer un despistaje rápido de aquellas mujeres en edad fértil, que acudan a un centro sanitario a pedir consejo sobre sexualidad y anticoncepción sobre el nivel de riesgo de embarazo no deseado.

Además, se podría valorar la creación de una app que permitiera a la mujer autoevaluarse para valorar su situación actual de riesgo de END y facilitar con ello la motivación para solicitar consejo y/o ayuda profesional según sus necesidades.



Conclusión

11. CONCLUSIÓN

La provisión de cuidados en el ámbito de la SSR para prevenir los embarazos no deseados incluye una evaluación apropiada de las circunstancias en que se encuentran las mujeres, el asesoramiento sobre las opciones que tienen a su disposición para cubrir sus necesidades de planificación familiar, la provisión de los recursos necesarios para ello y/o la derivación y coordinación con otros niveles de atención. Esta provisión de cuidados que redundará en la toma de decisiones informadas de las mujeres sobre su vida sexual y reproductiva corresponde al equipo de los CSSR y/o Atención Primaria y entre ellos, a las enfermeras.(Simmonds & Likis, 2011)

Los profesionales de la salud que trabajan en el ámbito de la SSR tienen la obligación y responsabilidad de velar por los derechos sexuales y reproductivos de las usuarias y sus parejas, utilizando las mejores prácticas posibles en prevención primaria y secundaria. (García Polanco, 2014)

Por ello, las enfermeras se encuentran en una posición excelente para llevar a cabo investigaciones sólidas desde la perspectiva de género sobre la relación entre factores personales, sociales y de relación y su influencia en la conducta anticonceptiva para prevenir los embarazos no deseados (Paterno & Jordan, 2012)

Teniendo en cuenta que el objetivo fundamental del presente estudio es desarrollar una herramienta de carácter preventivo para detectar el riesgo de embarazo no deseado, el reto fundamental radica en la complejidad de definir el concepto de embarazo no deseado, ya que abarca tanto factores internos (emocionales, psicológicos) como externos (culturales, económicos) y estos determinan como la mujer pueda afrontar el embarazo y la capacidad de tomar decisiones al respecto.

El enfoque para abordar el estudio de este concepto puede ser retrospectivo, basado en el recuerdo de si el embarazo fue deseado o no cuando se produjo la concepción o bien prospectivo, basado en el deseo y momento idóneo de maternidad en el futuro (Yeatnab & Sennot, 2015).

Desde esta perspectiva la escala diseñada tiene un enfoque prospectivo con capacidad preventiva, preguntando a la mujer sobre su deseo de maternidad y el momento ideal para tener un hijo antes de quedar embarazada.



Además se recogen todos aquellos datos necesarios para definir el perfil y la situación actual de la mujer que pueden aportar información sobre la coherencia entre su actitud, en cuanto a hábitos sexuales y conducta anticonceptiva se refiere, y sus deseos de embarazo, lo que nos llevará a conocer el riesgo de embarazo no deseado y poder adaptar el consejo anticonceptivo y preconcepcional a sus necesidades e inquietudes (Kavanaugh & Schwarz, 2009) (Bruner-Huber, Lyerly, Farley, & Alkhazraji, 2013)

El principal beneficio que aporta la escala REND diseñada y validada en el presente estudio frente a otros similares sobre medición de END, es su enfoque preventivo, que permitiría adaptar las intervenciones a las necesidades de las usuarias durante toda su vida fértil. Puede resultar un herramienta útil y sencilla para su utilización tanto en ámbito sanitario como escolar y social, y demostrar su aplicabilidad clínica.



Bibliografía



12. BIBLIOGRAFÍA

- Abajobir, A. A., Calderón-Maravilla, J., Alati, R., & Najman, J. M. (2016). A systematic review and meta-analysis of the association of unintended pregnancy and perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 192, 56-63.
- Abernethy, V., Robbins, D., Abernethy, G., Grunebaum, H., & Weiss, J. (1975). Identification of women at risk for unwanted pregnancy. *The American Journal of Psychiatry*, 1027-1031.
- Abma, J. C., & Martínez, G. M. (2017). Sexual Activity and Contraceptive Use among Teenagers in the United States, 2011-2015. *National Health Statistics Reports*, 104.
- Agresti, A. (2010). *Analysis of Ordinal Categorical Data* (2nd ed.). New York: John Wiley and Sons.
- Aiken, A., Barrero, S., Callegari, L. S., & Dehlendorf, C. (2016). Rethinking the Pregnancy Planning Paradigm: Unintended Conceptions or Unrepresentative Concept. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 48(3), 147-151.
- Aiken, A., Dillaway, C., & Mevs-Korff, N. (2015). A blessing I can't afford: Factors underlying the paradox of happiness about unintended pregnancy. *Social Science and Medicine*, 132, 149-155.
- Aiken, A., Westhoff, C. L., Trussell, J., & Castaño, P. (2016). Comparison of a Timing-Based Measure of Unintended Pregnancy and the London Measure of Unplanned Pregnancy. *Perspective on Sexual and Reproductive Health*, 48(3), 139-146.
- Akbarzadeh, M., Yazdanpanahi, Z., Zarshenas, L., & Sharif, F. (2016). The Women's Perceptions About Unwanted Pregnancy: A Qualitative Study in Iran. *Global journal of health science*.
- Alaminós Chica, A., & Castejón Costa, J. L. (2006). *Elaboración, análisis e interpretación de encuestas, cuestionarios y escalas de opinión*. Alcoy: Marfil, S.A.
- Alan Guttmacher Institute. (1999). *Sharing responsibility: women, society and abortion worldwide*. New York: Alan Guttmacher Institute.
- Alarcón Argota, R., Coello Larrea, J., Cabrera García, J., & Monier Despeine, G. (2009). Factores que influyen en el embarazo adolescente. *Revista Cubana de Enfermería*, 1-2, 1-14.
- Alarcón, A. M., & Muñoz, S. (2008). Medición en salud: Algunas consideraciones metodológicas. *Revista Médica de Chile*, 136, 125-130.
- Alkema, L., Kantorova, V., Menozzi, C., & Biddecom, A. (2013). National, regional and global rate and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. *The Lancet*, 381(9878), 1642-1652.



- Alonso Jiménez, E., Cabezas Díaz, P., Gutierrez Fernández, G., Pérez Manjón, A. R., & Tomé Bravo, P. (2013). Diseño y validación de un cuestionario de calidad de los cuidados de Enfermería del Trabajo en los Servicio de Prevención. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 59(230), 26-49.
- Altshuler, A., Galfield, M. E., & Kiarie, J. N. (2015). The WHO's medical eligibility criteria for contraceptive use: 20 years of global guidance. *Current opinion in Obstetrics and Gynecology*, 27, 451-459.
- Ansedo, M. (26 de Noviembre de 2014). El mayor mapa del cáncer destapa enormes diferencias por. *El País*.
- Argimón Pallás, J. M., & Jiménez Villa, J. (2004). Diseño de Cuestionarios. En *Métodos de investigación clínica y epidemiológica* (págs. 184-195). Elsevier.
- Baeza W., B., Póo, A. M., Vásquez P., O., Muñoz N., S., & Vallejos V., C. (2007). Identificación de Factores de Riesgo y Factores Protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 72(2), 76-81.
- Bajo Arenas, J. M., & Verdú Merino, V. (2013). *Fertilidad en España 2013*. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.
- Barrett, G., Smith, S. C., & Wellings, K. (2004). Conceptualisation, development and evaluation of a measure of unplanned pregnancy. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 426-433.
- Barret, G., & Wellings, K. (2002). What is a planned pregnancy? Empirical data from a British study. *Social Science and Medicine*, 55, 545-557.
- Bello-Villanueva, A. M., Palacio, J., Rodriguez-Díaz, M., & Oviedo-Tres Palacios, O. (2013). Medición de la Intención en la Actividad Sexual en Adolescentes: una Aproximación de Acuerdo al Género del Caribe Colombiano. *Terapia Psicológica*, 31(3), 343-353.
- Bellver Capella, V. (1 de Julio de 2013). *acepresa*. Obtenido de <http://www.acepresa.com/articles/el-arte-de-cuidar/>
- Benavent, E., Benavent Garcés, M. A., Ferrer Ferrandis, E., & Francisco del Rey, C. (2008). *Fundamentos de Enfermería* (2 ed.). España: Difusión Avances de Enfermería.
- Bendezú Guerra, A. V. (Noviembre de 1998). *Tesis digitales-Universidad Nacional Autónoma de México*. Obtenido de <http://132.248.9.195/pdbis/268461/Index.html>
- Bermúdez, M. P., Herencia-Leva, A., & Uribe Rodriguez, A. F. (2009). Versiones fuerte y débil del modelo de información-motivación-habilidades conductuales en la predicción del uso del preservativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(3), 587-598.
- Bexhell, H., Guthrie, K., Cleland, K., & Trussell, J. (2016). Unplanned pregnancy and contraceptive use in Hull and East Yorkshire. *Contraception*, 93, 233-235.



- Birginsson, N. E., Zhao, Q., Secura, G. M., Madden, T., & Peipert, J. F. (2015). Preventing Unintended Pregnancy: The contraceptive CHOICE Project in Review. *Journal of Women's Health*, 34(5), 349-353.
- Black, K. I., Gupta, S., Rassi, A., & Kubba, A. (2010). Why do women experience untimed pregnancies? A review of contraceptive failure rates. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 24, 443-455.
- Bonett, D. G., & Wright, T. A. (2000). Sample size requirements for estimating Pearson, Kendall and Spearman. *Psychometrika*, 65(1), 23-28.
- Bosch Sánchez, S., López Maside, A., Molilns Estellés, T., & Zurriaga Lloréns, O. (2015). *Interrupciones voluntarias del embarazo en la Comunidad Valenciana*. Recuperado el 14 de Diciembre de 2014, de Conselleria de Sanitat de València: http://www.sp.san.gva.es/DgspPortal/docs/INFORME_IVE_2015.pdf
- Boulet, S. I., D'Angelo, D. V., Morrow, B., Zapata, I., Berry-Bibee, E., Rivera, M., . . . Kroelinger, C. D. (2016). Contraceptive use among nonpregnant and postpartum women at risk for unintended pregnancy, and female high school students, in the context of Zika Preparedness United States 2011-2013 and 2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 65(30), 780-787.
- Brunner-Huber, L. R., Lyerly, J. E., Farley, K., & Alkhazraji, T. (2013). Identifying women at risk of unintended pregnancy: a comparison of two pregnancy readiness measures. *Annals of epidemiology*, 23, 441-443.
- Carretero Dios, H., & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 521-551.
- Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M., & Sanz Rubilales, A. (2011). ¿Como validar un instrumento de medida de la salud? *Anales del Sistema Sanitario Navarro*, 34(1), 63-72.
- Casas Anguita, J., Repullo Labrador, J. R., & Donado Campos, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Atención Primaria*, 31(8), 527-538.
- Casas Anguita, J., Repullo Labrador, J. R., & Donado Campos, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación: Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (II). *Atención Primaria*, 31(9), 592-600.
- Casas Jiménez, J., García Sánchez, J., & González Aguilar, F. (2006). Guía técnica para la construcción de cuestionarios. *Odiseo. Revista electrónica de pedagogía*(6).
- Castañeda Hidalgo, H., Acevedo Porras, G., Garza Hernández, R., Meléndez Méndez, C., Rangel Torres, S., & Aguilera Pérez, A. (2010). La construcción de instrumentos de investigación en salud. *Desarrollo Científico Enfermería*, 18(2), 86-89.



- Colomer Revuelta, J. (Marzo de 2013). *Prevención del embarazo no deseado y de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes*. Recuperado el 14 de Noviembre de 2014, de Recomendaciones PrevInfad/PAPPS: <http://www.aepap.org/previnfad/endits.htm>
- Committee of Health Care for Underserved Women. (2016). Reproductive Life Planning to Reduce Unintended Pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 127(2), 66-69.
- Corral, Y. (2010). Diseño de cuestionarios para recolección de datos. *Revista Ciencias de la Salud*, 20(36), 152-168.
- Costillas-Caño, P., Cristóbal-García, I., Falguera-Puig, G., Jurado-López, A. R., Lobo-Abascal, P., Obiol-Sáiz, A. M., & Calaf-Alsina, J. (2018). Buenas prácticas en el asesoramiento anticonceptivo a mujeres: recomendaciones del grupo de Expertos Multidisciplinar en Materia Anticonceptiva (EMMA). *Medicina Reproductiva y Embriología Clínica*, 5, 1-10.
- Cronbach, L. J., & Shavelson, R. J. (2004). My current thoughts on coefficient alpha and successor procedures. *Educational and Psychological Measurement*, 64(3), 391-418.
- D'Angelo, D. V., Gilbert, C., RoCHAT, R. W., Santelli, J. S., & Herold, J. M. (2004). Differences Between Mistimed and Unwanted Pregnancies Among Women Who Have Live Births. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36(5), 192-197.
- Daniels, K., Daugherty, J., Jones, J., & Mosher, W. (2015). Current Contraceptive use and variation by selected characteristics among women aged 15-44: United States, 2011-2013. *National Health Statistics Reports-CDC*, 86.
- De Leeuw, J., Mair, P., & Groenen, P. J. (2016). *Multivariate Analysis with Optimal Scaling*.
- Dehlendorf, C., Krajewski, C., & Borrero, S. (2014). Contraceptive Counseling: Best Practices to Ensure Quality Communication and Enable Effective Contraceptive Use. 57(4), 659-673.
- Delgado, M., Zamora, F., Barrios, L., & Cámara, N. (2011). *Pautas Anticonceptivas y Maternidad Adolescente en España*. Madrid: CSIC.
- Dirección General de Salud Pública. Subdirección General d'Epidemiologia i Vigilància de la Salut. (2015). *Interrupciones Voluntarias del Embarazo en la Comunitat Valenciana 2014*. Valencia. Recuperado el 11 de Diciembre de 2014
- Dunn, T. J., Baguley, T., & Brunsden, V. (2014). From alpha to omega: A practical solution to the pervasive problem of internal consistency estimation. *British Journal of Psychology*, 105, 399-412.
- Ebrahimzadeh, F., Hajizadeh, E., Vahabi, N., Almasian, M., & Bakhteyar, K. (2015). Prediction of unwanted pregnancies using logistic regression, probit regression and discriminant analysis. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*.



- Edelman, N. L., De Visser, R. O., Mercer, C. H., McCabe, L., & Cassell, J. A. (2015). Targeting sexual health services in primary care: A systematic review of the psychosocial correlates of adverse sexual health outcomes reported in probability surveys of women of reproductive age. *Preventive Medicine*, 81, 345-356.
- Equipo Daphne Bayer Schering Pharma. (2011). *www.acaive.com*. Recuperado el 20 de Noviembre de 2014, de <http://www.acaive.com/pdf/Encuesta-anticoncepcion-Equipo-Daphne-26-10-11-2.pdf>
- Escobedo Portillo, M. T., Hernández Gómez, J. A., Estebané Ortega, V., & Martínez Moreno, G. (2016). Modelos de ecuaciones estructurales: Características, fases, construcción, aplicación y resultados. *Ciencia y Trabajo*, 18(55), 16-22. DOI: <https://doi.org/10.4067/S0718-24492016000100004>
- Espada, J. P., Guillén-Riquelme, A., Morales, A., Orgilés, M., & Sierra, J. C. (2014). Validación de una escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual en población adolescente. *Atención Primaria*, 46(10), 558-564.
- Espada, J. P., Quiles, M. J., & Méndez, F. J. (1982). Conductas sexuales de riesgo y prevención del sida en la adolescencia. *Papeles del Psicólogo*, 85.
- Family Care International. (2000). *Family Care International*. Recuperado el 27 de Noviembre de 2014, de Fichas Informativas sobre salud sexual y reproductiva: http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/pdfs/FCI_Fichas_Informativas.pdf
- Federación de Planificación Familiar de España. (2005). *Aproximación a la salud sexual y reproductiva en España*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Observatorio de Salud de la Mujer. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Secretaria General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Figueroa, L. A., & Figueroa-Pérez, L. (2017). Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. *Revista de Ciencias Médicas del Pinar del Río*, 21(2), 193-301.
- Finer, L., & Zolna, M. (2016). Declines in Unintended Pregnancy in the United States, 2008-2011. *New England Journal of Medicine*, 374(9), 843-852.
- Foro Parlamentario Europeo sobre Población y Desarrollo. (Febrero de 2017). *Contraceptioninfo.eu*. Obtenido de *Contraceptioninfo.eu*: <https://www.contraceptioninfo.eu/>
- Frost, J. J., & Finer, L. B. (2007). Factors Associated with contraceptive use and nonuse, United States, 2004. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 39(2), 90-99.
- Frost, J. J., Duberstein Lindberg, L., & Finer, L. B. (2012). Young Adults' Contraceptive Knowledge Norms and Attitudes: Associations with Risk of Unintended Pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 44(2), 107-116.
- García Alcaraz, F., Alfaro Espín, A., Hernández Martínez, A., & Molina Alarcón, M. (2006). Diseño de cuestionarios para la recogida de información: metodología y limitaciones. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 1(5), 232-236.



- García de Yebenes Prous, M. J., Rodríguez Salvanés, F., & Carmona Ortells, L. (2009). Validación de cuestionarios. *Reumatología Clínica*, 5(4), 171-177.
- García de Yebenes Prous, M. J., Rodríguez Salvanés, F., & Carmona Ortells, L. (2009). Validación de cuestionarios. *Reumatología Clínica*, 5(4), 171-177.
- García Polanco, M. D. (2014). Las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes españoles. *Enfermería Comunitaria*, 2(2), 38-61.
- Gifi, A. (1990). *Nonlinear multivariate analysis*. New York: Wiley.
- Goç Alves Cámara, S., Castellá Sarriera, J., & Sandra Carlotto, M. (2007). Predictores de Conductas Sexuales de Riesgo entre adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología*, 41(2), 161-166.
- Godfrey, E. M., Chin, N. P., Fielding, S. L., Fiscella, K., & Dozier, A. (2011). Contraceptive methods and use by women aged 35 and over: A qualitative study of perspectives. *BMC Women's Health*, 11(5), 1-9.
- Godiwala, P., Appelhans, B. M., Moore-Simas, T. A., Xiao, R. S., Liziewski, K. E., Pagoto, S. L., & Waring, M. E. (2016). Pregnancy intentionality in relation to non-planning impulsivity. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 37(4), 130-136.
- Godiwala, P., Appelhans, B. M., Moore-Simas, T. A., Xiao, R. S., Liziewski, K. E., Pagoto, S. L., & Waring, M. E. (2016). Pregnancy intentionality in relation to non-planning impulsivity. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 37(4), 130-136.
- Gómez Zapiain, J. (1993). *Riesgo de embarazo no deseado en la adolescencia y juventud*. Vitoria-Gasteiz: EMAKUNDE. Instituto Vasco de la Mujer.
- Goossens, J., Van Den Braden, Y., Van Der Sluys, L., Delbaere, I., Van Hecke, A., Verhaeghe, S., & Beeckman, D. (2016). The prevalence of unplanned pregnancy ending in birth, associated factors and health outcomes. *Human reproduction*, 31(12), 2821-2833.
- Goossens, J., Van Den Branden, Y., Van der Sluys, L., Delbaere, I., Van Hecke, A., Verhaeghe, S., & Beeckman, D. (2016). The prevalence of unplanned pregnancy ending in birth, associated factors, and health outcomes. *Human Reproduction*, 31(12), 2821-2833.
- Graham, J. M. (2006). Congeneric and (Essentially) tau-equivalent estimates of score reliability: what they are and how to use them. *Educational and Psychological Measurement*, 66(6), 930-944.
- Greene-Foster, D., Higgins, J. A., Karasek, D., Ma, S., & Grossman, D. (2012). Attitudes toward Unprotected Intercourse and Risk of Pregnancy among women seeking abortion. *Women's Health Issues*, 22(2), 149-155.
- Harrell, F. E. (2006). *Regression Modeling Strategies*. New York: Springer.



- Haynes, M., Ryan, N., Saleh, M., Ford-Winkel, A., & Ades, V. (2017). Contraceptive Knowledge Assessment: Validity and Reliability of a novel contraceptive research tool. *Contraception*, 95(2), 190-197.
- Henry, N., Schlueter, M., Lowin, J., Lekander, I., Filonenko, A., Trussell, J., & Skjeldestad, F. E. (2015). Cost of unintended pregnancy in Norway: a role for long-acting reversible contraception. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 41, 109-115.
- Hernández, G. (2013). Estrategia educativa para disminuir el embarazo en la adolescencia en el área de salud de Taguasco, 2008-2012. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*.
- Herreras, E. B. (2005). Diseño de un programa de prevención de embarazos no deseados centrado en el desarrollo de las habilidades sociales y de autoestima dirigido a alumnos de educación secundaria obligatoria. *Revista de Psicodidáctica*, 103-120.
- Heywood, W., Patrick, K., & Smith, A. (2015). Association between early first sexual intercourse and later sexual and reproductive outcomes: A Systematic review of Population-Based Data. *Archive of Sexual Behaviour*, 44(3), 531-569.
- Higgins, J. A., & Smith, N. K. (2016). The Sexual Acceptability of Contraception: Reviewing the literature and building a new concept. *The Journal of Sex Research*, 53(4-5), 417-456.
- Hindin, M. J., Kalamar, A. M., Thompson, T. A., & Upadhyay, U. (2016). Interventions to Prevent Unintended and Repeat Pregnancy among Young People in low-and Middle-Income Countries: A Systematic Review of the Published and Gray Literature. *Journal of Adolescent Health*, 59(3), S8-S15.
- INE. (2009). *Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales*. Recuperado el 17 de Octubre de 2014, de INE: http://www.ine.es/revistas/cifraine/cifine_sida0704.pdf
- Instituto de la Juventud. (2016). *Informe Juventud en España*.
- Jain, A. (2016). Examining Progress and Equity in Information Received by Women Using a Modern method in 25 developing Countries. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 42(3), 131-140.
- Jain, A. (2016). Examining Progress and Equity in Information Received by Women Using a modern method in 25 Developing Countries. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 42(3), 131-140.
- Jatlaoui, T. C., Ewing, A., Mandel, M. G., Simmons, K. B., Suchdev, D. B., Jamieson, D. J., & Pazol, K. (2013). Abortion Surveillance. United States 2013. *Morbidity and Mortality Weekly Report, Surveillance Summaries*, 65(12), 1-44.
- Jones, R. K., Tapales, A., Lindberg, L. D., & Frost, J. (2015). Using Longitudinal Data to Understand Changes in Consistent Contraceptive Use. *Perspective on Sexual and Reproductive Health*, 47(3), 131-139.
- Kaufmann, R. B., Morris, L., & Spitz, A. M. (1997). Comparison of two question sequences for assessing pregnancy intentions. *American Journal of Epidemiology*, 145, 810-816.



- Kaunitz, A. M. (2017). *Contraceptive counseling and selection*. (E. K. Barbieri RL, Ed.) Recuperado el 9 de diciembre de 2017, de <https://www.uptodate.com/contents/contraceptive-counseling-and-selection>
- Kavanaugh, M. L., & Schwarz, E. B. (2009). Prospective Assessment of Pregnancy Intentions Using a single-versus a multi-item measure. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 41(4), 238-243.
- Kavanaugh, M., & Jerman, J. (2018). Contraceptive method use in the United States: trends and characteristics between 2008,2012 and 2014. *Contraception*, 97(1), 14-21.
- Kemalbay, G., & Korkmazoglu, O. (2014). Categorical Principal Component Logistic Regression: A case study for housing loan approval. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*(109), 730-736.
- Kerouac, S., Pepin, J., & Ducharme, F. (1995). *El pensamiento enfermero*. Masson.
- Kirby, D. (2016). The impact of Programs to Increase Contraceptive Use among Adult Women: A review of experimental and quasiexperimental studies. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 40(1), 34-41.
- Kopp, K. H., Thunell, L., Brynhildsen, J., Linderberg, M., & Gemzell-Danielson, K. (2015). Use of contraception and attitudes towards contraceptive use in Swedish Women- A Nationwide survey. *PLoS ONE*, 10(5), e0125990.
- Kost, K. (2015). Unintended Pregnancy Rate at the State Level: Estimate for 2010 at Trends since 2002. *Guttmacher Institute*, 3-18.
- Langer, A. (2002). El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(3), 192-196.
- Lara Ortega, F., & Heras Sevilla, D. (2008). Conocimientos y creencias sobre sexualidad en la primera etapa de la adolescencia. Datos obtenidos en unam uestra de 2º y 3º de ESO de Burgos. *International Journal of Development and Educational Psychology*, 1(1), 249-258.
- Larrañaga, I., Martín, U., & Bacigalupe, A. (2014). Salud sexual y reproductiva, y crisis económica en España. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28(S1), 109-115.
- Lessard, L. N., Karasek, D., Ma, S., Darney, P., Deardorff, J., Lahiff, M., . . . Foster, D. G. (2012). Contraceptive Features Preferred by Women at High Risk of Unintended Pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 44, 194-200.
- Lete, I., & Martínez-Etayo, M. (2004). La salud reproductiva: datos y reflexiones. 18(1), 170-174.
- Lete, I., Bermejo, R., Coll, C., Dueñas, J. L., Doval, J. L., Martinez-Salmeán, J., . . . Serrano, I. (2003). Spanish population at risk of unwanted pregnancy: results of a national survey. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 8, 75-79.



- Lete, I., Bermejo, R., Parrilla, J. J., Dueñas, J. L., Coll, C., Serrano, I., . . . Martínez-Salmerán, J. (2007). Use of contraceptive methods and risk of unwanted pregnancy in Spanish women aged 40-50 years: results of a survey conducted in Spain. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 12(1), 46-50.
- Lete, I., De la Viuda, E., Gómez, M. A., Haimovich, S., & Martínez, M. (2015). Nuevas recomendaciones para el consejo anticonceptivo basadas en el estilo de vida. Resultados de un estudio Delphi. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 58(1), 4-13.
- Lete, I., Hassan, F., Chatzitheofilou, I., Wood, E., Mendivil, J., Lambrelli, D., & Filonenko, A. (2015). Direct costs of unintended pregnancy in Spain. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 20(3), 308-318.
- Lidaka, L., Viberga, I., & Stokenberga, I. (2015). Risk factors for unwanted pregnancy and subsequent among women aged 16 to 25 years in Latvia. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 20(3), 201-210.
- Lima Serrano, M., Sáez-Bueno, A., Cáceres Rodríguez, B., & Lima Rodríguez, J. S. (2013). Diseño y validación de escalas para medir la actitud adolescente hacia:sexualidad, sustancias adictivas y seguridad vial.¿Se relacionan con los comportamientos? *Anales del Sistema Sanitario Navarro*, 36(2), 203-215.
- Linting, M., & Van der Kooji, A. (2012). Nonlinear principal components analysis with CATPCA: A tutorial. *Journal of Personality Assessment*, 94(1), 12-25.
- López Rosales, F., & Moral de la Rubia, J. (2001). Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. *Salud Pública de México*, 43(5), 421-432.
- López, L. M., Grey, T. W., Tolley, E. E., & Chen, M. (2016). Brief educational strategies for improving contraception use in young people (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Lowin, J., Jarrett, J., Dimova, M., Ignateva, V., Omelyanovsky, V., & Filonenko, A. (2015). Direct Costs of Unintended Pregnancy in the Russian Federation. *Applied Health Economics and Health Policy*, 13, 61-68.
- Luján-Tangarife, J. A., & Cardona-Arias, J. A. (2015). Construcción y validación de escalas de medición en salud: revisión de propiedades psicométricas. *Archivos de Medicina*, 11(3), 1-10.
- Macaya Pascual, A., Ferreres Riera, J., & Campoy Sánchez, A. (2016). Intervenciones conductuales para la prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado: revisión de revisiones sistemáticas. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 301-317.
- Marriner Tomey, A., & Alligoog, M. R. (2007). *Moelos y Teorías de Enfermería*. España: Elsevier.
- Martin Arribas, M. (2004). Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas profesión*, 5(17), 23-29.



- Martín Arribas, M. C. (2004). Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión*, 5(17), 23-29.
- Martínez-Astorquiza-Ortiz de Zárate, T., Díaz-Martín, T., & Martínez-Astorquiza-Corral, T. (2013). Evaluation of factors associated with noncompliance in users of combined hormonal contraceptive methods: a cross-sectional study: results from the MIA study. *BMC Women's Health*, 13(38).
- Mazarrasa Alvear, L., & Gil Tarragato, S. (2005). *Programa de Formación de Formadores en Perspectiva de Salud y Género. Módulo 12. Salud sexual y reproductiva*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Observatorio de Salud de la Mujer. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Melián, M. M. (2013). Intenciones reproductivas y factores asociados con los nacimientos no planeados, Paraguay 1995-2008. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(4), 244-251.
- Metcalfe, A., Talavlikar, R., Du Prey, B., & Tough, S. C. (2016). Exploring the relationship between socioeconomic factors, method of contraception and unintended pregnancy. *Reproductive Health*, 13(28).
- Minchón Cano, M., Oliva Díaz, M. A., & Domínguez Pérez, S. (2008). Intervención enfermera ante los embarazos no deseados. *Enfermería Global*, 12, 1-9.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016). *Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2016*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Mitjans-Lafont, L., Castellanos-Torres, E., Alcover-Giménez, S., Mas-Pons, R., Barrue-Broch, G., Ramón-Bonache, R., . . . Muñoz-Muñoz, P. (2017). *Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva de la Comunidad Valenciana 2017-2021*. Valencia: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
- Montouchet, C., & Trussell, J. (2013). Unintended pregnancies in England in 2010: costs to the National Health Service (NHS). *Contraception*, 87, 149-153.
- Morales Vallejo, P. (2006). *Guía para construir escalas de actitudes*. Madrid: Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Universidad Pontificia de Comillas.
- Morales Vallejo, P. (2008). *Medición de actitudes en psicología y educación: construcción de escalas y problemas metodológicos* (3ª ed.). Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Moreau, C., Bohet, A., Le Guen, M., Loilier, A. R., & Bajos, N. (2014). Unplanned or unwanted? A randomized study of national estimates of pregnancy intentions. *Fertility and Sterility*, 102(6), 1663-1670.
- Moreno Mínguez, Almudena; Rodríguez San Julián, Elena. (2012). *Informe de Juventud en España*. Madrid: Instituto de la Juventud.



- Moreno, S., León Canelón, M., & Becerra, L. (2006). Conducta sexual, conocimiento sobre embarazo y necesidades percibidas con relación a educación sexual en adolescentes escolarizados. *Cuaderno Venezolano de Sociología*, 15(4), 787-803.
- Morin, P., Payette, H., Moos, M. K., St-Cyr-Tribble, D., Niyonsenga, T., & De Wals, P. (2003). Measuring the intensity of pregnancy planning effort. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 17, 97-105.
- Mosher, W., Jones, J., & Abma, J. (2015). Nonuse of contraception among women at risk of unintended pregnancy in the United States. *Contraception*, 92, 170-176.
- Moss, D. A., Snyder, M. J., & Lin Do, L. (2015). Options for women with Unintended Pregnancy. *American Family Physician*, 91(8), 544-549.
- Mumford, S. L., Sapra, K. J., King, R. B., Louis, J. F., & Buck-Louis, G. M. (2016). Pregnancy intentions-a complex construct and call for new measures. *Fertility and Sterility*, 106(6), 1453-1462.
- Naciones Unidas. (1995). Informe de la cuarta conferencia mundial sobre la mujer. Beijing: Naciones Unidas.
- Norris, C. M., Ghali, W. A., Saunders, L. D., Brant, R., Galbraith, D., Faris, P., & Knudtson, M. L. (2006). Ordinal regression model and the linear regression model were superior to the logistic regression models. *Journal of Clinical Epidemiology*, 59(5), 448-456.
- Nunnally, J. C. (1967). *Psychometric Theory* (1st ed.). New York: McGraw-Hill.
- Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva . (Agosto de 2016). *Sociedad Española de Contracepción*. Obtenido de http://hosting.sec.es/descargas/OBS_EncuestaAnticoncepcion2016.pdf
- Ong, J., Temple-Smith, M., Wong, W., McNamee, K., & Fairley, C. (2012). Contraception matters: indicators of poor usage of contraception in sexually active women attending family planning clinics in Victoria, Australia. *BMC Public Health*, 12(1108).
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos.2009. Un pilar de la OMS para la Planificación Familiar* (4ª ed.). Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción: Orientaciones y recomendaciones*. Ginebra, Suiza: Ediciones de la OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos- 3ª edición* (3ª ed.). Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (Enero de 2018). *Nota Descriptiva nº 351. Planificación Familiar*. Recuperado el 23 de Noviembre de 2014, de World Health Organization: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>



- Oringanje, C., Meremikwu, M. M., Eko, H., Esu, E., Meremikwu, A., & Ehiri, J. E. (2009). Intervenciones para la prevención de embarazos no deseados en adolescentes. *Biblioteca Cochrane Plus*(4).
- Ortega Barrera, E. (2016). *Diseño y validación de un instrumento de valoración de riesgo de embarazo no planificado en adolescentes*. Obtenido de Teseo: <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=josh7ankET8%3D>
- Oulman, E., Kim, T., Yunis, K., & Tamim, H. (2015). Prevalence and predictors of unintended pregnancy among women: an analysis of the Canadian Maternity Experiences Survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 55, 260.
- Páramo Valero, V. (2014). Recensiones: Agustín Domingo Moratalla. El arte de cuidar. Atender, dialogar y responder. *Revista Iberoamericana de Personalismo Comunitario*(23), 84-88.
- Paterno, M. T., & Han, H. R. (2014). Development and Psychometric Testing of the Attitude Toward Potencial Pregnancy Scale. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 43(6), 710-718.
- Paterno, M. T., & Jordan, E. T. (2012). A review of Factors associated with Unprotected Sex among adult women in the United States. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 41(2), 258-274.
- Pedrosa, I., Suárez-Álvarez, J., & García-Cueto, E. (2014). Evidencias sobre la Validez de Contenido: Avances teóricos y métodos para su estimación. *Acción Psicológica*, 10(2), 3-18.
- Peters, G. Y. (2014). The alpha and the omega of scale reliability and validity. *The European Health Psychologist*, 16(2), 56-69.
- Pinto, Z., Leal Ortega, V. N., Cruz Santos, J., & Serrano Alfonso, M. (2008). Evaluación del riesgo en salud sexual y reproductiva. *Revista Ciencia y Cuidado*, 5(1), 85-94.
- Polit, D. F., & Tatano-Beck, C. (2006). The Content Validity Index: Are you sure know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing*, 29, 489-497.
- Pons-Salvador, G., Miralles Díaz, M. T., & Guillén Salazar, F. (2010). El efecto del optimismo no realista en la intención del uso del condón como método de prevención de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual. *Anales de Psicología*, 26(2), 310-317.
- Pratt, R., Stephenson, J., & Mann, S. (2014). What influences contraceptive behaviour in women who experience unintended pregnancy? A systematic review of qualitative research. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 34(8), 693-699.
- Raile Alligood, M., & Tomey, M. A. (2011). *Modelos y teorías de enfermería* (7ª ed.). Barcelona: Elsevier España S.L.
- Ratrray, J., & Jones, M. C. (2007). Essential elements of questionnaire design and development. *Journal of Clinical Nursing*(16), 234-243.



- Ratray, J., & Jones, M. C. (2007). Essential elements of questionnaire design and development. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 234-243.
- Rezaei, M. A., & Ghahramani, F. (2011). Comparison of the Prevalence and the causes of unwanted pregnancy in women under 35 versus over 35 years. *Journal of Family and Reproductive Health*, 5(4), 133-136.
- Rodríguez Cabrera, A., & Álvarez Vázquez, L. (2006). Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(1), 1-9.
- Rodríguez Gázquez, M. d. (2008). Factores de riesgo para embarazo adolescente. *MEDICINA UPB*, 27(1), 47-58.
- Ross, J. (2017). *The dynamics of family planning. Key Demographic Insights*. Population Reference Bureau.
- Rowe, H., Holton, S., Kirkman, M., Bayly, C., Jordan, L., McNamee, K., . . . Fisher, J. (2016). Prevalence and distribution of unintended pregnancy: The Understanding Fertility Manegement in Australia National Survey. *Australian an New Zealand Journal of Public Health*, 40(2), 104-109.
- Rueda García, E. M. (2018). Diseño y Validación de aspecto y contenido de una escala de riesgo de embarazo no deseado. *Metas de Enferrmería*, 21(15), 26-32.
- Ruiz, M. A., Pardo, A., & San Martín, R. (2010). Modelos de ecuaciones estructurales. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 34-45. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1794.pdf>.
- Salud, O. M. (Enero de 2018). *WHO*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
- Sánchez Pedraza, R., & Gómez Restrepo, C. (1998). Conceptos básicos sobre validación de escalas. *Revista Colombiana Psiquiatria*, 27(2), 121-130.
- Santelli, J., Rochat, R., Harfield-Timajchy, B., Gilbert, C., Curtis, K., Cabral, R., . . . Schieve, L. (2003). The Measurement and Meaning of Unintended Pregnancy. *Perspective on Sexual and Reproductive Health*, 35(2), 94-101.
- Santos, M. I., & Rosario, F. (2011). A score for assessing the risk of first-time adolescent pregnancy. *Family Practice*, 28, 482-488.
- Santos-Iglesias, P., & Sierra, J. C. (2010). El papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana: una revisión sistemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(3), 553-557.
- Saura Sanjaume, S., Fernández de Sanmamed Santos, M. J., Vicens Vidal, L., Puigvert Viu, N., Mascort Nogué, C., & García Martínez, J. (2010). Percepción del riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual en población joven. *Atención Primaria*, 42(3), 143-148.



- Scott, S. C., Goldber, M. S., & Mayo, N. E. (1997). Statistical assessment of ordinal outcomes in comparative studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 1, 45-55.
- Secor-Turner, M., McMorris, B., & Bearinger, L. H. (2013). Life experience of Instability and Sexual Risk Behaviors Among High-Risk Adolescent Females. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 45(2), 101-107.
- Sedgh, G., Bearak, J., Singh, S., Bankole, A., Popinchalk, A., Ganatra, B., . . . Alkema, L. (2016). Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional and subregional and trends. *The Lancet*, 388, 258-267.
- Sedgh, G., Singh, S., & Hussain, R. (2014). Intended and Unintended pregnancies. Worldwide in 2012 and Recent Trends. *Studies in Family Planning*, 45(3), 301-314.
- Sijtsma, K. (2009). On the use, the misuse, and the very limited usefulness of Cronbach's Alpha. *Psychometrika*, 74(1), 107-120.
- Simmonds, K., & Likis, F. E. (2011). Caring for women with Unintended Pregnancies. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing (JOGNN)*, 40, 794-807.
- Skouby, S. O. (2010). Contraceptive use and behaviour in 21st century: a comprehensive study across five European Countries. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 15(sup2), S42-S53.
- Sociedad Española de Contracepción. (Marzo de 2014). www.sec.es. Recuperado el 20 de Noviembre de 2014, de http://sec.es/descargas/EN_Resumida_DMA_2014.pdf
- Takahashi, S., Tsuchiya, K. J., Matsumoto, K., Suzuki, K., Mori, N., & Takei, N. (2012). Psychosocial Determinants of Mistimed and Unwanted Pregnancy: The Hamamatsu Birth Cohort (HBC) Study. *Maternal and Child Health Journal*, 16, 947-955.
- Taylor, D., & James, E. A. (2011). An Evidence-Based Guideline for Unintended Pregnancy Prevention. *Journal of Obstetric and Gynecologic Neonatal Nursing*, 40(6), 782-793.
- Terwee, C. B., Bot, S. M., de Boer, M. R., Van der Windt, D. W., Knol, D. L., Dekke, J., & de Vet, H. C. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(1), 34-42.
- The American College of Obstetricians and Gynecologist. (2016). Committee opinion no. 654: reproductive life planning to reduce unintended pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 127(2), e66-e69.
- Timmins, F. (2015). Surveys and questionnaires in nursing research. *Nursing Standard*, 29, 42-50.
- Torres, P., Walker, D. M., Gutiérrez, J. P., & Bertozzi, S. (2006). Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos. *Salud Pública de México*, 48(4), 308-316.
- Trejo-Franco, J., Flores-Padilla, L., & Villaseñor-Farias, M. (2010). Percepción de riesgo de contraer SIDA en adolescentes de Guadalajara Jalisco. *Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 18(1), 3-8.



- Trizano-Hermosilla, I., & Alvarado, J. M. (2016). Best alternatives to Cronbach's Alpha Reliability in realistic conditions: Congeneric and asymmetrical measurements. *Frontiers of Psychology*, 7, 1-8.
- Trussell, J. (2007). The cost of unintended pregnancy in the United States. *Contraception*, 75, 168-170.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2015). *Trends in Contraceptive Use Worldwide (ST/ESA/SER.A/349)*.
- Upson, K., Reed, S. D., Prager, S. W., & Schiff, M. (2010). Factors associated with contraceptive nonuse among US women 35-44 years at risk of unwanted pregnancy. *Contraception*, 81, 427-434.
- Urrutia España, M., Barrios Araya, S., Gutiérrez Núñez, M., & Mayorga Camus, M. (2014). Métodos óptimos para determinar validez de contenido. *Educación Médica Superior*, 28(3), 547-558.
- Valero Lance, P., Rausell Vázquez, D., Pacheco Rodríguez, C., & García Cervera, J. (s.f.). *Conselleria de Sanitat de Valencia*. Recuperado el 29 de diciembre de 2014, de <http://www.sa.gva.es/web/calidad/guías-de-actuacion-clinica>
- Vázquez, M. C., & Caba, E. (2009). *Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en Cooperación Internacional. Guía Metodológica*. Toledo, Castilla La Mancha: Asociación Paz y Desarrollo.
- Ventura-León, J. L. (2017). Intervalos de confianza para coeficiente Omega: Propuesta para el cálculo. Carta al editor. *Adicciones*, 20(10).
- Ventura-León, J. L., & Caycho-Rodríguez, T. (2017). El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(1), 625-627.
- Viladrich, C., Angulo-Brunet, A., & Doval, E. (2017). Un viaje alrededor de alfa y omega para estimar la fiabilidad de consistencia interna. *Anales de psicología*, 33(3), 655-782.
- Villavicencio-Caparó, E., Ruiz-García, V. E., & Cabrera-Duffaut, A. (2016). Validación de cuestionarios. *Revista OACTIVA UC Cuenca*, 1(3), 75-80.
- Wellings, K., Jones, K. G., Mercer, C. H., Tanton, C., Clifton, S., Datta, J., . . . Jonnson, A. M. (2013). The prevalence of unplanned pregnancy and associated factors in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *The Lancet*, 382, 1807-1816.
- Wilson, A., Nirantharakumar, K., Truchanowicz, E. G., Surenthirakuruman, R., MacArthur, C., & Coomarasamy, A. (2015). Motivational interviews to improve contraceptive use in population at high risk of unintended pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 191, 72-79.
- World Health Organization. (2009). *Women and Health*. Geneva: World Health Organization.



- World Health Organization. (2015). *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use-5th Edition* (5th ed.). Geneva: WHO.
- Yago Simón, T., & Tomás Aznar, C. (2014). Variables sociodemográficas relacionadas con embarazos no planificados en jóvenes de 13 a 24 años. *Revista Española de Salud Pública*, 88, 395-406.
- Yazdkhasti, M., Pourreza, A., Pirak, A., & Abdi, F. (2015). Unintended pregnancy and its adverse social and economic consequences on Health System: A Narrative Review Article. *Iran Journal of Public Health*, 44, 12-21.
- Yeatnab, S., & Sennot, C. (2015). The Sensivity of Measures of Unwanted and Unintended Pregnancy using retrospective and prospective reporting: Evidence of Malawi. *Maternity Child Health Journal*, 19, 1593-1600.
- Zambon Orpinelli-Coluci, M., Costa-Aleixandre, N. M., & Milani, D. (2015). Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3), 925-936.
- Zhang, Z., & Yuan, K.-H. (2016). Robust coefficients Alpha and Omega and Confidence Intervals with outlying observations and missing data: Methods and software. *Educational and Psychological Measurement*, 76(3), 387-411.



Anexos

13. ANEXOS

13.1 DICTAMENES COMITÉS ÉTICOS DE INVESTIGACIÓN.

[Volver](#)



DE: DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA
Prof. José V. Bagán Sebastián.

PARA: DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA
Dña. Amparo Esteban Reboll

ASUNTO: Vº Bº Estudio Eva Mª Rueda García

Estimada Amparo:

En contestación a tu mail con fecha 16/01/2017 solicitando el Vº Bº para se lleve a cabo un estudio en el Área de Atención Primaria del Departamento de Salud València-Hospital General por Dña. Eva Mª Rueda García, (Investigadora principal y Doctorada por la Universidad de Valencia), con título: "ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ESCALA DE RIESGO DE EMBARAZO NO DESEADO" cuyo Director es el Dr. Francisco Donat Colomer, catedrático en la Facultad de Enfermería y Podología de la UV, esta Dirección de Investigación y Docencia estima **FAVORABLE** a su realización.

Recibe un cordial saludo.

Valencia, 26 de enero de 2017

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA

Fdo.: Prof. José V. Bagán Sebastián.

Consorci Hospital General Universitari de València - Direcció de Investigació i Docència.
Avda. Tres Creus, 2. 46007 -València. -96 318 75 41

Dictamen favorable CEIC Hospital General Universitari

CI: 5/2017

DR. JUAN CARLOS ANDREU BALLESTER, PRESIDENTE DE LA COMISI3N DE INVESTIGACI3N DEL DEPARTAMENTO DE SALUD ARNAU DE VILANOVA – LLIRIA

INFORMA

Reunidos los miembros de la Comisi3n de Investigaci3n del Hospital Arnau de Vilanova, en su sesi3n ordinaria del d3a 15 de febrero de 2017(Acta 2/17).

Y una vez estudiado el proyecto de Investigaci3n titulado: **"Elaboraci3n y validaci3n de una Escala de Riesgo de Embarazo No Deseado en mujeres en edad f3rtil"**, la presentado por Eva M^a Rueda, en calidad de Investigadora Principal como doctoranda por el programa de doctorado de Enfermer3a Cl3nica y Comunitaria de la Universidad de Valencia cuyo director es el Dr. Francisco Donat Colomer, Catedr3tico de Enfermer3a Materno Infantil en la Universidad de Valencia (UV), se realizar3 CSSR de Moncada en calidad de Investigadora Principal, contiene elementos objetivos suficientes en cuanto a la Hip3tesis, Planteamientos y Plan de Trabajo que, ha sido evaluado por esta Comisi3n de Investigaci3n, emitiendo **Informe favorable** en cuanto a su viabilidad.

Valencia, 15 de febrero de 2017

PRESIDENTE COMISI3N DE INVESTIGACI3N

Fdo.: Dr. Juan Carlos Andreu Ballester

*Dictamen favorable CEIC Hospital Arnau de Vilanova*



INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN- COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN

Dr. Marcelo Galbis Caravajal, Presidente del Comité de Ética de la Investigación- Comisión de Investigación del Departamento de Salud de La Ribera de la Comunidad Valenciana, Hospital Universitario de La Ribera de Alzira.

CERTIFICA

Que esta Comisión ha evaluado la propuesta del investigador principal-investigador responsable local Dra. Inmaculada Parra Ribes e investigador colaborador Eva Mª Rueda García para que se realice el proyecto de investigación titulado: **"Elaboración y validación de una escala de valoración de riesgo de embarazo no deseado. V.1."**

Y considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del Proyecto de Investigación en relación con los objetivos.

La capacidad de los investigadores.

La adecuación del proyecto a los medios existentes en este Centro.

La adecuada elaboración y presentación de la Memoria.

La conveniencia e interés de los resultados para el Departamento de Salud y el Sistema Nacional de Salud.

Y que esta Comisión acepta que dicho proyecto sea realizado en el Departamento de Salud de La Ribera/ Hospital Universitario de La Ribera por Dra. Inmaculada Parra Ribes y Eva Mª Rueda García como investigadores.

Lo que firmo en Alzira, 24 de Febrero de 2017

Fdo.: Dr. José Marcelo Galbis

HOSPITAL UNIVERSITARIO
de LA RIBERA
Dr. José Marcelo Galbis Caravajal
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN (CEIC)

Dictamen favorable CEIC Hospital Universitario de la Ribera



CIHMA-R-11

INFORME
COMISION INVESTIGACION
HOSPITAL DE MANISES

EXPEDIENTE N°
15022017-02

Estudiante: EVA Mª RUEDA
Servicio: UNIDAD DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ALDAIA
Tutor Hospital: Dr. Jorge Perpiñá
Centro de estudios: Universidad de Valencia
Director de Tesis: Dr. Francisco Donat Colomer
TITULO DEL PROYECTO DE TESIS: VALIDACIÓN INTERNA DE UNA ESCALA DE REISGO DE EMBARAZO NO DESEADO (REND).

La Comisión de Investigación ha procedido a evaluar la viabilidad y conveniencia de la acción propuesta.

Resolviendo lo siguiente:

- ☒ Favorable
- ☐ Favorable con solicitud de aclaraciones menores. No precisa acudir a una nueva reunión.
- ☐ Condicionado con solicitud de aclaraciones mayores. Debe evaluarse en la próxima reunión.
- ☐ Desfavorable
- ☐ Otro. Indicar:

En Manises, a 15 de febrero de 2017

El Presidente de la Comisión de Investigación

Dr. Carlos Rodrigo Benito

Página 1 de 1

Comisión de Investigación

Dictamen favorable CEIC Hospital de Manises



DICTAMEN DE LA COMISIÓ DE INVESTIGACIÓ

D. Manuel Rodríguez Serra, Presidente de la Comisión de Investigación del Departamento de Salud Xàtiva - Ontinyent, Hospital "Lluís Alcanyis" de Xàtiva,

CERTIFICA

Que esta Comisión en reunión mantenida el 17 de enero de 2017 ha evaluado el estudio:

Titulado:

"Elaboración y validación interna de una escala de riesgo de embarazo no deseado."

Investigador principal:

Eva Mª Rueda García (Hospital La Fe)

Que una vez evaluado el referenciado estudio, acuerda emitir el siguiente **INFORME FAVORABLE** para la colaboración en su realización por parte de este Departamento.

Y para que así conste, a petición del interesado, se emite el presente certificado para su conocimiento y efectos oportunos.

Xàtiva a 06 de marzo de 2017

*Departamento de Salud Xàtiva-Ontinyent
Hospital "Lluís Alcanyis" de Xàtiva
Comisión de Investigación
El Presidente*

Fdo. D. Manuel Rodríguez Serra.



HOSPITAL "LLUÍS ALCANYIS" - Ctra. Xàtiva-Alzira Km.2 46800 XÀTIVA - Tel 96 228 93 00

Dictamen favorable CEIC Hospital Lluís Alcanyís



VISTO BUENO DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA

D. Dantés Tórtola Graner como Director de Atención Primaria del Departamento de Salud Valencia-Doctor Peset

CERTIFICA:

Que conoce y acepta la solicitud de la investigadora principal: **Eva M^a Rueda García**, doctoranda por la Universidad de Valencia, y cuya tesis lleva por título: "Elaboración y validación de una Escala de Riesgo de Embarazo no Deseado" cuyo Director es el Dr. Francisco Donat Colomer, catedrático en la Facultad de Enfermería y Podología de la UV, para que se lleve a cabo dicho estudio en el Área de Atención Primaria del Departamento de Salud Valencia-Doctor Peset.

La IP declara que el desarrollo de dicha investigación en sus instalaciones no supondrá menoscabo de la atención sanitaria prestada, ni retribución económica alguna por su colaboración en la misma.

Valencia, a 12 de enero de 2017

Fdo: Dantés Tórtola Graner
Director Atención Primaria

Departamento Salud Valencia-Doctor Peset



Visto bueno Director Atención Primaria Departamento Valencia- Dr. Peset



DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

Don Serafin Rodríguez Capellán, Secretario del Comité Ético de Investigación Biomédica del Hospital Universitario y Politécnico La Fe,

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado en su sesión de fecha **14 de Junio de 2016**, el Proyecto de Tesis:

Título: **"VALIDACIÓN INTERNA DE UNA ESCALA DE RIESGO DE EMBARAZO NO DESEADO (REND)."**

Nº de registro **2016/0328**

Versión/fecha de la memoria del proyecto: **PROYECTO_TESIS**

Versión/fecha de la Hoja de Información al Paciente y Consentimiento Informado: **1/ 03 de mayo de 2016**

Que dicho proyecto se ajusta a las normativas éticas sobre investigación biomédica con sujetos humanos y es viable en cuanto al planteamiento científico, objetivos, material y métodos, etc, descritos en la solicitud, así como la Hoja de Información al Paciente y el Consentimiento Informado.

En consecuencia, este Comité acuerda emitir **INFORME FAVORABLE** de dicho Proyecto de Tesis que será realizado en el Hospital Universitario y Politécnico La Fe, siendo el Director de la Tesis el/la **Dr. / Dra. FRANCISCO DONAT COLOMER** de la **UNIVERSIDAD DE VALENCIA**, y el **DOCTORANDO D./ Dña. EVA RUEDA GARCIA** del servicio de **ENFERMERÍA**.

Miembros del CEIB:

Presidente:

Dr. JOAN SALOM SANVALERO (Unidad de Circulación Cerebral Experimental)

Vicepresidente:

Dr. JOSE VICENTE CERVERA ZAMORA (Hematología)

Secretario:

D. SERAFIN RODRIGUEZ CAPELLAN (Licenciado en derecho-Ajeno profesión sanitaria)

Miembros:

Dr. SALVADOR ALIÑO PELLICER (Catedrático Farmacólogo Clínico)

Dr. LUIS ALMENAR BONET (Cardiología)

Dra. ESTHER ZORIO GRIMA (Cardiología)

Dra. BELEN BELTRAN NICLOS (Medicina Digestiva)

Dra. INMACULADA CALVO PENADES (Reumatología Pediátrica)

Dr. JOSE VICENTE CASTELL RIPOLL (Hepatología Experimental)

Dra. MARIA JOSE GOMEZ-LECHON MOLINER (Investigadora del Grupo Acreditado en Hepatología Experimental)

Dr. JOSE LOPEZ ALDEGUER (Enfermedades Infecciosas)

Dictamen favorable CEIC Hospital Universitari i Politècnic La Fe



D. José María Montiel Company, Profesor Contratado Doctor Interino del departamento de Estomatología, y Secretario del Comité Ético de Investigación en Humanos de la Comisión de Ética en Investigación Experimental de la Universitat de València,

CERTIFICA:

Que el Comité Ético de Investigación en Humanos, en la reunión celebrada el día 6 de junio de 2016, una vez estudiado el proyecto de tesis doctoral titulado:
"Elaboración y validación interna de una escala de riesgo de embarazo no deseado", número de procedimiento H1464677003863, cuya responsable es Dña. Eva Mª Rueda García, dirigida por D. Francisco Donat Colomer, ha acordado informar favorablemente el mismo dado que se respetan los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki, en el Convenio del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y cumple los requisitos establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica, la protección de datos de carácter personal y la bioética.

Y para que conste, se firma el presente certificado en Valencia, a ocho de junio de dos mil dieciséis.



13.2 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA Y RESULTADOS POR BASES DE DATOS.

[Volver](#)

Estrategia de búsqueda según pregunta PICO

(women AND (adolescent AND adult)) AND ((surveys and questionnaires) OR contraceptive prevalence surveys) AND (risk factors AND (contraceptive OR sexual behavior)) AND ((unwanted OR unplanned) pregnancy)

Palabras clave

Embarazo no deseado (Decs), embarazo no planeado (Decs), factores de riesgo (Decs), conducta sexual (Decs) contracepción, escala.

Pregnancy Unwanted [Mesh], Pregnancy, Unplanned [Mesh], risk factors [Mesh], sexual behavior [Mesh], contraception, scale.

Bases de datos

➤ **Cochrane Library**

(women AND (adolescent AND adult)) en Título Resumen Palabra clave AND ((surveys and questionnaires) OR contraceptive prevalence surveys) en Título Resumen Palabra clave AND (risk factors AND (contraceptive OR sexual behavior)) en Título Resumen Palabra clave AND ((unwanted OR unplanned OR mistimed OR unintended OR unexpected) pregnancy) en Título Resumen Palabra clave - (Word variations have been searched)'

Resultados: 18 Ensayos (5 en los últimos 5 años)

((unwanted OR unplanned OR mistimed OR unintended OR unexpected) pregnancy) en Título Resumen Palabra clave AND ((surveys and questionnaires) OR contraceptive prevalence surveys) en Título Resumen Palabra clave AND (risk factors AND (contraceptive OR sexual behavior)) en Título Resumen Palabra clave - (Word variations have been searched)'

Resultados: 57 ensayos (28 últimos 5 años)

((unwanted OR unplanned OR mistimed OR unintended OR unexpected) pregnancy) en Título Resumen Palabra clave AND (risk factors AND (contraceptive OR sexual behavior)) en Título Resumen Palabra clave - (Word variations have been searched)'

Resultados: 46 Revisiones, 760 ensayos, 2 protocolos, 1 editorial



((unwanted OR unplanned OR mistimed OR unintended OR unexpected) pregnancy) en
Título Resumen Palabra clave - (Word variations have been searched)'

Resultados: 46 Revisiones, 760 ensayos, 2 protocolos, 1 editorial

➤ **BVS- Biblioteca Virtual en Salud**

(tw:((women AND (adolescent AND adult)))) AND (tw:(((surveys AND questionnaires) OR
contraceptive prevalence surveys))) AND (tw:((risk factors AND (contraceptive OR sexual
behavior)))) AND (tw:(((unwanted OR unplanned OR mistimed OR unintended OR
unexpected) pregnancy)

Resultados: 134

(tw:(((surveys AND questionnaires) OR contraceptive prevalence surveys))) AND (tw:((risk
factors AND (contraceptive OR sexual behavior)))) AND (tw:(((unwanted OR unplanned OR
mistimed OR unintended OR unexpected) pregnancy)

Resultados :295

(tw:((risk factors AND (contraceptive OR sexual behavior)))) AND (tw:(((unwanted OR
unplanned OR mistimed OR unintended OR unexpected) pregnancy)

Resultados: 1.046

(tw:(((unwanted OR unplanned OR mistimed OR unintended OR unexpected) pregnancy)

Resultados: 11.987

➤ **CINHAL**

(women AND (adolescent AND adult)) AND ((surveys and questionnaires) OR contraceptive
prevalence surveys) AND (risk factors AND (contraceptive OR sexual behavior)) AND
((unwanted OR unplanned OR mistimed OR unintended OR unexpected) pregnancy)

Resultados: 1

((surveys and questionnaires) OR contraceptive prevalence surveys) AND (risk factors AND
(contraceptive OR sexual behavior)) AND ((unwanted OR unplanned OR mistimed OR
unintended OR unexpected) pregnancy)

Resultados: 22



(risk factors AND (contraceptive OR sexual behavior)) AND ((unwanted OR unplanned OR mistimed OR unintended OR unexpected) pregnancy)

Resultados: 157

((unwanted OR unplanned OR mistimed OR unintended OR unexpected) pregnancy)

Resultados: 3.197

➤ **CUIDEN**

((unwanted OR unplanned OR mistimed OR unintended OR unexpected) pregnancy)

Resultados: 81

➤ **EMBASE**

(women AND (adolescent AND adult)) AND ((surveys and questionnaires) OR contraceptive prevalence surveys) AND (risk factors AND (contraceptive OR sexual behavior)) AND ((unwanted OR unplanned OR mistimed OR unintended OR unexpected) pregnancy)

Resultados: 6

((surveys and questionnaires) OR contraceptive prevalence surveys) AND (risk factors AND (contraceptive OR sexual behavior)) AND ((unwanted OR unplanned OR mistimed OR unintended OR unexpected) pregnancy)

Resultados: 3

(contraceptive OR sexual behavior)) AND ((unwanted OR unplanned OR mistimed OR unintended OR unexpected) pregnancy)

Resultados: 228

((unwanted OR unplanned OR mistimed OR unintended OR unexpected) pregnancy)

Resultados: 3939

➤ **JBIC Connect +**

((unwanted OR unplanned OR mistimed OR unintended OR unexpected) pregnancy)

Resultados: 805 (Limite 2013-2018: 590)

➤ **PUBMED**

(women AND (adolescent AND adult)) AND ((surveys and questionnaires) OR contraceptive prevalence surveys) AND (risk factors AND (contraceptive OR sexual behavior)) AND ((unwanted OR unplanned OR mistimed OR unintended OR unexpected) pregnancy)

Resultados: 134



((surveys and questionnaires) OR contraceptive prevalence surveys) AND (risk factors AND (contraceptive OR sexual behavior)) AND ((unwanted OR unplanned OR mistimed OR unintended OR unexpected) pregnancy)

Resultados: 265

(risk factors AND (contraceptive OR sexual behavior)) AND ((unwanted OR unplanned OR mistimed OR unintended OR unexpected) pregnancy)

Resultados: 1251

((unwanted OR unplanned OR mistimed OR unintended OR unexpected) pregnancy)

Resultados: 12396

13.3 BORRADOR CUESTIONARIO ESCALA RIESGO DE EMBARAZO NO DESEADO.

[Volver](#)

ESCALA DE RIESGO DE EMBARAZO NO DESEADO (REND)

Este cuestionario es **voluntario y anónimo** y pretende valorar el **nivel de riesgo de embarazo no deseado** en mujeres en edad fértil (15-49 años).

Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas; es importante contestar con sinceridad y **completar todo el formulario**.

1. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

- ☐ No he tenido nunca
- ☐ Con menos de 15 años
- ☐ Entre 15-19 años
- ☐ Entre 20-24 años
- ☐ Con 25 años o más

2. En su primera relación sexual, ¿Utilizó algún método anticonceptivo?

- ☐ Sí
- ☐ No

3. ¿Tiene relaciones sexuales actualmente?

- ☐ Si
- ☐ No

4. Habitualmente, ¿Con qué frecuencia mantiene relaciones sexuales?

- ☐ Menos de 1 vez por semana
- ☐ 1 o 2 veces por semana
- ☐ Más de 2 veces por semana

5. En su situación actual, ¿Cree que podría tener relaciones sexuales en los próximos meses? *(Contestar sólo si no ha tenido nunca o no tiene relaciones sexuales actualmente)*

- ☐ Sí
- ☐ No

6. En los últimos tres meses, ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?

- ☐ Ninguna
- ☐ 1
- ☐ Más de 1



7. Actualmente, ¿Tiene pareja estable?

- ☐ Sí
- ☐ No

8. En cuanto a tener relaciones sexuales, ¿Quién toma la iniciativa con más frecuencia?

- ☐ Usted
- ☐ Su pareja (estable o no)
- ☐ Ambos

9. Si quedara embarazada sin desearlo, ¿Cómo cree que lo afrontaría?

- ☐ Lo aceptaría
- ☐ Pediría consejo profesional
- ☐ Abortaría
- ☐ Lo daría en adopción
- ☐ NS/NC

10. En su situación actual, ¿Desearía quedar embarazada?

- ☐ Sí
- ☐ No me importaría
- ☐ No, en absoluto

11. ¿Cree que en su situación actual, sería el momento adecuado para quedar embarazada?

- ☐ Es un buen momento
- ☐ No es el momento ideal
- ☐ Sería un mal momento

12. En caso de tener pareja, ¿Se han planteado su pareja y usted tener hijos?

- ☐ Sí, deseo tener hijos
- ☐ Aún no lo he decidido
- ☐ No me lo he planteado

13. En caso de haber estado embarazada alguna vez, ¿el embarazo fue planeado?

- ☐ Sí
- ☐ No, pero no me importó
- ☐ No

14. ¿Con qué frecuencia utiliza métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales?

- ☐ Nunca
- ☐ Casi nunca
- ☐ Algunas veces
- ☐ Casi siempre
- ☐ Siempre

15. ¿Qué método anticonceptivo suele utilizar? Marque el que use usted con más frecuencia.

- ☐ Ninguno
- ☐ Natural (Ogino, marcha atrás, temperatura basal...)
- ☐ Barrera (Preservativo masculino, preservativo femenino, diafragma, esponja vaginal, crema espermicida...)
- ☐ Hormonal (píldora, minipíldora, anillo vaginal, parche, inyectable.)
- ☐ Doble método (preservativo masculino/femenino + otro método)
- ☐ Métodos reversibles de larga duración (DIU Cobre/ Hormonal, implante)
- ☐ Métodos irreversibles o quirúrgicos (vasectomía, ligadura/obstrucción de trompas)
- ☐ Otros (Anticoncepción de urgencia o píldora del día después)

16. En su caso, ¿Quién decidió la elección del método anticonceptivo que utiliza?

- ☐ Usted, por su cuenta
- ☐ Su pareja
- ☐ Por acuerdo entre ambos
- ☐ Por asesoramiento de un profesional sanitario

17. En caso de *NO* usar método anticonceptivo en la actualidad, indique la razón principal:

- ☐ No tengo relaciones sexuales
- ☐ Desconocimiento de métodos anticonceptivos
- ☐ Mi pareja no quiere
- ☐ Me lo prohíben mis creencias
- ☐ Son demasiado caros
- ☐ Temor a efectos secundarios
- ☐ Me falló la última vez
- ☐ Es incómodo

18. Según su experiencia, ¿Cuál cree que sería el motivo más habitual del uso incorrecto del método anticonceptivo? (Marque solo una alternativa, la que crea más frecuente):

- ☐ Relación sexual imprevista
- ☐ Por no disponer del método en el momento de la relación sexual
- ☐ Por no interrumpir la relación sexual
- ☐ Porque su pareja no quiso utilizarlo
- ☐ Por consumo de alcohol/drogas
- ☐ Por desconocimiento de la utilización correcta
- ☐ Por olvido



19. Tanto si usa anticonceptivos como si no, ¿Qué método anticonceptivo considera *más eficaz* para evitar el embarazo? Marque el que considere más seguro.

- ☐ Ninguno
- ☐ Natural (Ogino, marcha atrás, temperatura basal...)
- ☐ Barrera (Preservativo masculino, preservativo femenino, diafragma, esponja vaginal, crema espermicida...)
- ☐ Hormonal (píldora, minipíldora, anillo vaginal, parche, inyectable.)
- ☐ Doble método (preservativo masculino/femenino + otro método)
- ☐ Métodos reversibles de larga duración (DIU Cobre/ Hormonal, implante)
- ☐ Métodos irreversibles o quirúrgicos (vasectomía, ligadura/obstrucción de trompas)
- ☐ Otros (Anticoncepción de urgencia o píldora del día después)

20. Independientemente de usar o no método anticonceptivo, considera que la información sobre métodos anticonceptivos que usted tiene es

- ☐ Ninguna información
- ☐ Poca información
- ☐ Bastante información
- ☐ Mucha información

21. ¿Hasta qué punto cree Ud. que la información que ha recibido sobre sexualidad y anticoncepción le ha sido útil?

- ☐ Nada útil
- ☐ Poco útil
- ☐ Bastante útil
- ☐ Muy útil

22. ¿De dónde obtuvo la información sobre anticoncepción que usted tiene? Marque la respuesta que considere más importante.

- ☐ Amistades
- ☐ Profesorado
- ☐ Padres
- ☐ Medios de comunicación
- ☐ Internet/ Redes sociales
- ☐ Pareja
- ☐ Centro Sanitario
- ☐ Otros
- ☐ Nadie

Continúe en la página siguiente, por favor



DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Le recordamos que el cuestionario es anónimo por lo que ninguno de sus datos personales será revelado.

1. ¿Cuántos años tiene? _____

2. Indique cuál es su nivel máximo de estudio: (*marque una sola respuesta*)

- ☐ Sin estudios
- ☐ Estudios Primarios
- ☐ Educación Secundaria Obligatoria (ESO)
- ☐ Bachiller/Formación Profesional Grado medio
- ☐ Universitarios / Formación Profesional Grado superior
- ☐ Otros

3. Indique cuál es su situación laboral actual (*marque una sola respuesta*)

- ☐ Trabajadora por cuenta propia
- ☐ Trabajadora por cuenta ajena
- ☐ Pensionista
- ☐ Estudiante
- ☐ Desempleada o sin empleo
- ☐ Trabajo doméstico no remunerado
- ☐ Otros _____

4. Indique cuál es su estado civil actual (*marque una sola respuesta*)

- ☐ Soltera
- ☐ Casada/Unión de hecho
- ☐ Separada/Divorciada
- ☐ Viuda
- ☐ Otra _____

5. Indique cual es el tipo de convivencia actual (*marque una sola respuesta*)

- ☐ Sola con hijos
- ☐ Sola sin hijos
- ☐ En pareja con hijos
- ☐ En pareja sin hijos
- ☐ Con padres/familiares con hijos
- ☐ Con padres/familiares sin hijos
- ☐ Otras personas con hijos
- ☐ Otras personas sin hijos

6. ¿Cuál es su nacionalidad? _____

Gracias por su colaboración



13.4 CARTA PRESENTACIÓN EXPERTOS.

[Volver](#)

Valencia, 25 de abril de 2016

Estimado/a colaborador/a

Mi nombre es **Eva M^a Rueda García** y actualmente trabajo como supervisora de investigación en la Subdirección de Enfermería de Docencia del Hospital Universitario y Politécnico La Fe.

Estoy realizando el Programa de Doctorado de Enfermería Clínica y Comunitaria por la Universidad de Valencia y me hallo en periodo de desarrollo de mi Tesis Doctoral, que lleva por título: ***“Diseño y Validación psicométrica de una escala de riesgo de embarazo no deseado (REND)”***.

Esta tesis, cuyo director es el **Dr. Francisco Donat Colomer**, Ginecólogo y Catedrático de Enfermería Materno Infantil en la Universidad de Valencia (UV), consiste en elaborar y validar una escala de valoración del riesgo de embarazo no deseado en mujeres en edad fértil (15 a 49 años). Se pretende demostrar que la Escala REND podría detectar precozmente el riesgo de embarazo no deseado y en función del riesgo detectado, decidir la intervención más adecuada y poner al alcance de cada mujer los medios de prevención idóneos adaptados a sus necesidades.

Para evaluar la **validez de contenido** de dicha escala se utilizará la **Técnica de Delphi**, en la que es necesario contar con un grupo de profesionales que cuenten con experiencia en el tema en cuestión tanto clínica, como docente, e investigadora.

Es por ello que, considerando su trayectoria y prestigio profesional, me pongo en contacto con usted para proponerle la participación en un grupo de expertos para la valoración de la escala del estudio citado anteriormente.

En caso de no encontrarse en situación de colaborar en el estudio le agradecería que me lo comunicara a la mayor brevedad posible, a través del correo electrónico eva_rueda@ono.com o al teléfono 615265260.

Si decide colaborar, se le facilitará la documentación con las instrucciones para la valoración de la escala REND por correo electrónico.



Una vez analizadas las respuestas entregadas por el grupo de expertos en primera ronda, serán informados de los resultados mediante un informe que incluirá las valoraciones y modificaciones propuestas y se pasará a una segunda ronda de consenso.

Agradezco de antemano su colaboración y estoy a su disposición para resolver cualquier duda o ampliar la información sobre el trabajo.

Atentamente,

Eva Mª Rueda García

Doctoranda

Dr. Francisco Donat Colomer

Director de Tesis



13.5 CATEGORIZACION DE LA ESCALA DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE EMBARAZO NO DESEADO (REND).

[Volver](#)

DIMENSIONES	ENUNCIADOS	VALOR PONDERADO DE RIESGO	JUSTIFICACION
		Valor máximo riesgo 2, valor mínimo 0 (excepto variables dicotómicas: máximo 1, mínimo 0) RANGO= 0- 40	
CONDUCTA Y HáBITOS SEXUALES	1 ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?		
	<input type="checkbox"/> No ha tenido nunca (pase a la pregunta 5)	0	
	<input type="checkbox"/> Con menos de 15 años	2	El inicio precoz de relaciones sexuales se relaciona con riesgo de embarazo.
	<input type="checkbox"/> Entre 15-19 años	2	
	<input type="checkbox"/> Entre 20-24 años	1	
	<input type="checkbox"/> Con 25 años o más	0	
CONDUCTA Y HáBITOS SEXUALES	2. Durante su primera relación sexual, ¿Utilizó algún método anticonceptivo?		
	<input type="checkbox"/> Sí	0	
	<input type="checkbox"/> No	1	No utilizar método anticonceptivo en la primera relación sexual se considera pronóstico de conducta de riesgo.



CONDUCTA Y HÁBITOS SEXUALES	3. ¿Tiene relaciones sexuales actualmente?		
	<input type="checkbox"/> Sí	1	
	<input type="checkbox"/> No	0	Se entiende que si no hay actividad sexual no hay riesgo
CONDUCTA Y HÁBITOS SEXUALES	4. Habitualmente, ¿Con qué frecuencia mantiene relaciones sexuales?		
	<input type="checkbox"/> Menos de 1 vez por semana	1	
	<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces por semana	1	
	<input type="checkbox"/> Más de 2 veces por semana	2	Se entiende que a mayor frecuencia de relaciones sexuales mayor riesgo de embarazo.
CONDUCTA Y HÁBITOS SEXUALES	5. En su situación actual, ¿Cree que podría tener relaciones sexuales coitales en los próximos meses? (Contestar sólo si no ha tenido nunca o no tiene relaciones sexuales actualmente)		
	<input type="checkbox"/> Sí	1	
	<input type="checkbox"/> No	0	
CONDUCTA Y HÁBITOS SEXUALES	6. En los últimos tres meses, ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?		
	<input type="checkbox"/> Ninguna	0	
	<input type="checkbox"/> 1	1	
	<input type="checkbox"/> Más de 1	2	La promiscuidad o inestabilidad en la relación de pareja se considera conducta de riesgo sexual.



CONDUCTA Y HÁBITOS SEXUALES	7. Actualmente, ¿Tiene pareja estable?		
	<input type="checkbox"/> Si	0	
	<input type="checkbox"/> No	1 (0, si no tiene relaciones sexuales)	La promiscuidad o inestabilidad en la relación de pareja se considera conducta de riesgo sexual.
INTENCIÓN DE EMBARAZO (Motivación / Actitud)	8. En cuanto a tener relaciones sexuales, ¿Quién suele tomar la iniciativa con más frecuencia?		
	<input type="checkbox"/> Usted	0	Se considera que a mayor autoeficacia o capacidad de la mujer respecto a tomar decisiones sobre su sexualidad menor riesgo.
	<input type="checkbox"/> Su pareja (estable o no)	2	
	<input type="checkbox"/> Ambos	1	
INTENCIÓN DE EMBARAZO (Motivación / Actitud)	9. Si quedara embarazada sin desearlo, ¿Cómo cree que lo afrontaría?		
	<input type="checkbox"/> Lo aceptaría	1	El Afrontamiento efectivo supone la capacidad de la mujer para tomar decisiones adecuadas en situación de crisis.
	<input type="checkbox"/> Pediría consejo profesional	0	Desde un centro sanitario le pueden ofrecer la información y las opciones para que pueda tomar una decisión informada responsable de acuerdo con su situación
	<input type="checkbox"/> Abortaría	2	Se estima que la principal consecuencia de un embarazo no deseado es una interrupción voluntaria del embarazo, por lo que se le asigna el valor más alto de riesgo.
	<input type="checkbox"/> Lo daría en adopción	1	El Afrontamiento efectivo supone la capacidad de la mujer para tomar decisiones adecuadas en situación de crisis.
	<input type="checkbox"/> No sabe/ No Contesta	0	



INTENCIÓN DE EMBARAZO (Motivación / Actitud)	10. En su situación actual, ¿Desearía quedar embarazada?		
	<input type="checkbox"/> Sí	0	Deseo de embarazo
	<input type="checkbox"/> No me importaría	1	
	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	2	
INTENCIÓN DE EMBARAZO (Motivación / Actitud)	11. ¿Cree que, en su situación actual, sería el momento adecuado para quedar embarazada?		
	<input type="checkbox"/> Es un buen momento	0	Deseo de embarazo
	<input type="checkbox"/> No es el momento ideal	1	
	<input type="checkbox"/> Sería un mal momento	2	
INTENCIÓN DE EMBARAZO (Motivación / Actitud)	12. En caso de tener pareja, ¿Se han planteado su pareja y usted tener hijos?		
	<input type="checkbox"/> Sí, deseo tener hijos	0	Deseo de embarazo
	<input type="checkbox"/> Aún no lo hemos decidido	1	
	<input type="checkbox"/> No me lo he planteado	2	
INTENCIÓN DE EMBARAZO (Motivación / Actitud)	13. En caso de haber estado embarazada alguna vez, ¿el embarazo fue planeado?		
	<input type="checkbox"/> Sí	0	
	<input type="checkbox"/> No, pero no me importó	1	
	<input type="checkbox"/> No	2	Se considera riesgo, haber tenido embarazos no deseados previamente porque se puede relacionar con conductas o factores de riesgo sexuales mantenidos en el tiempo.



USO Y CONOCIMIENTO ANTICONCEPTIVOS (Conocimiento)	14. ¿Con qué frecuencia utiliza métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales?		
	<input type="checkbox"/> Nunca	2	El uso inconsistente de métodos anticonceptivos se relaciona con riesgo de embarazo no deseado
	<input type="checkbox"/> Casi nunca	2	
	<input type="checkbox"/> Algunas veces	1	
	<input type="checkbox"/> Casi siempre	1	
	<input type="checkbox"/> Siempre	0	
USO Y CONOCIMIENTO ANTICONCEPTIVOS (Conocimiento)	15. ¿Qué método anticonceptivo suele utilizar? Marque el que use usted con más frecuencia		
	<input type="checkbox"/> Ninguno	2	Se asigna el nivel de riesgo según eficacia del método por índice de Pearl, agrupando los métodos según criterios de OMS.
	<input type="checkbox"/> Natural (Ogino, marcha atrás, temperatura basal...)	2	
	<input type="checkbox"/> Barrera (Preservativo masculino, preservativo femenino, diafragma, esponja vaginal, crema espermicida...)	1	
	<input type="checkbox"/> Hormonal (píldora, minipíldora, anillo vaginal, parche, inyectable.)	1	
	<input type="checkbox"/> Doble método (preservativo masculino/femenino + otro método)	1	
	<input type="checkbox"/> Métodos reversibles de larga duración (DIU Cobre/ Hormonal, implante)	0	
	<input type="checkbox"/> Métodos irreversibles o quirúrgicos (vasectomía,	0	



	ligadura/obstrucción de trompas)		
	<input type="checkbox"/> Otros (Anticoncepción de urgencia o píldora del día después)	2	
USO Y CONOCIMIENTO ANTICONCEPTIVOS (Conocimiento)	16. En su caso ¿Quién decidió la elección del método anticonceptivo que utiliza?		
	<input type="checkbox"/> Usted, por su cuenta	1	A mayor autoeficacia o capacidad de la mujer para tomar la decisión respecto a la elección del método anticonceptivo menor riesgo.
	<input type="checkbox"/> Su pareja	2	
	<input type="checkbox"/> Por acuerdo entre ambos	1	
	<input type="checkbox"/> Usted, asesorada por un profesional sanitario	0	
USO Y CONOCIMIENTO ANTICONCEPTIVOS (Conocimiento)	17. En caso de no usar método anticonceptivo en la actualidad, indique la razón principal		
	<input type="checkbox"/> No tengo relaciones sexuales	0	Si no existe actividad sexual no hay riesgo de embarazo
	<input type="checkbox"/> Desconocimiento de métodos anticonceptivos	2	La no utilización de un método anticonceptivo supone riesgo de embarazo. El motivo de no uso, determinará la acción preventiva.
	<input type="checkbox"/> Mi pareja no quiere.	2	
	<input type="checkbox"/> Me lo prohíben mis creencias	2	
	<input type="checkbox"/> Son demasiado caros	2	
	<input type="checkbox"/> Temor a efectos secundarios.	2	
	<input type="checkbox"/> Me falló la última vez.	2	
	<input type="checkbox"/> Es incómodo.	2	
	<input type="checkbox"/> No sabe/No contesta	2	



USO Y CONOCIMIENTO ANTICONCEPTIVOS (Conocimiento)	18. Según su experiencia, ¿Cuál cree que sería el motivo más habitual del uso incorrecto del método anticonceptivo? (Marque solo una alternativa, la que crea más frecuente):		
	<input type="checkbox"/> Relación sexual imprevista.	2	Se considera que la utilización incorrecta del método anticonceptivo coloca a la mujer en la situación de riesgo independientemente de la causa, por el contrario esta determinará la actuación preventiva.
	<input type="checkbox"/> Por no interrumpir la relación sexual.	2	
	<input type="checkbox"/> Porque su pareja no quiso utilizarlo.	2	
	<input type="checkbox"/> Consumo de alcohol/drogas.	2	
	<input type="checkbox"/> Desconocimiento de la utilización correcta.	2	
	<input type="checkbox"/> Olvido	2	
USO Y CONOCIMIENTO ANTICONCEPTIVOS (Conocimiento)	19. Tanto si usa anticonceptivos como si no, ¿Qué método anticonceptivo considera más eficaz para evitar el embarazo?		
	<input type="checkbox"/> Natural (Ogino, marcha atrás, temperatura basal...)	2	La mujer contestará en una escala de nada seguro (1) a completamente seguro (4). Según la máxima puntuación otorgada se valorará el riesgo.
	<input type="checkbox"/> Barrera (Preservativo masculino, preservativo femenino, diafragma, esponja vaginal, crema espermicida...)	1	
	<input type="checkbox"/> Hormonal (píldora, minipíldora, anillo vaginal, parche, inyectable.)	1	



	<input type="checkbox"/> Doble método (preservativo masculino/femenino + otro método) <input type="checkbox"/> Métodos reversibles de larga duración (DIU Cobre/ Hormonal, implante) <input type="checkbox"/> Métodos irreversibles o quirúrgicos (vasectomía, ligadura/obstrucción de trompas) <input type="checkbox"/> Otros (Anticoncepción de urgencia o píldora del día después)	1 0 0 2	Se asigna el nivel de riesgo según eficacia del método por índice de Pearl, agrupando los métodos según criterios de OMS.
USO Y CONOCIMIENTO ANTICONCEPTIVOS (Conocimiento)	20. Independientemente de usar o no anticonceptivo, considera que la información sobre métodos anticonceptivos que usted tiene es:		
	<input type="checkbox"/> Ninguna información <input type="checkbox"/> Poca información <input type="checkbox"/> Bastante información <input type="checkbox"/> Mucha información	2 1 1 0	Aunque se considera que disponer de conocimientos sobre sexualidad y métodos anticonceptivos no es garantía de una conducta sexual adecuada, si es uno de los componentes necesarios para una conducta preventiva.
USO Y CONOCIMIENTO ANTICONCEPTIVOS (Conocimiento)	21. ¿Hasta qué punto cree Ud. que la información que ha recibido sobre sexualidad y anticoncepción le ha sido útil?		
	<input type="checkbox"/> Nada útil <input type="checkbox"/> Poco útil <input type="checkbox"/> Bastante útil <input type="checkbox"/> Muy útil	2 2 1 0	Se considera que la utilidad que la mujer percibe de la información sobre sexualidad y anticoncepción puede influir en su toma de decisiones al respecto. A mayor utilidad percibida mayor capacidad de decisión y menor riesgo.



USO Y CONOCIMIENTO ANTICONCEPTIVOS (Conocimiento)	22. ¿De dónde obtuvo la información sobre anticoncepción que usted posee?		
	<input type="checkbox"/> Amistades	1	Se considera un indicador de riesgo la calidad y procedencia de la información recibida sobre métodos anticonceptivos. A mayor credibilidad de la fuente menor riesgo.
	<input type="checkbox"/> Profesorado	0	
	<input type="checkbox"/> Padres	1	
	<input type="checkbox"/> Medios de comunicación	1	
	<input type="checkbox"/> Internet/redes sociales	1	
	<input type="checkbox"/> Pareja	1	
	<input type="checkbox"/> Centro Sanitario	0	
	<input type="checkbox"/> Otros	0	
	<input type="checkbox"/> Nadie	2	



13.6 EVALUACIÓN DE EXPERTOS. RONDA 1.

[Volver](#)

Definiciones:

- **Riesgo de embarazo no deseado**, entendido como aquel riesgo de que se produzca un embarazo en el desarrollo de una relación sexual no planificada correctamente, por ausencia, utilización incorrecta o fallo del método anticonceptivo, de acuerdo con el deseo de no procreación. También se contempla como aquel que ocurre en un momento poco favorable o inoportuno, o que se da cuando ya no existe deseo de procrear.
- **Relaciones Sexuales** como aquellas prácticas sexuales en las que interviene un varón y una mujer y en las que existe penetración y eyaculación vaginal, con o sin orgasmo, para que exista la posibilidad de embarazo.
- **Adecuación de Ítem:** Se entenderá como el grado de idoneidad y/o pertinencia de cada ítem para valorar el Riesgo de Embarazo No Deseado.
- **Adecuación de Riesgo:** Se entenderá como el grado de adecuación del valor de riesgo asignado a cada respuesta de cada ítem, según el razonamiento aportado por el investigador y respaldado por el marco teórico del estudio.
- **Comprensión:** Se entenderá como la estimación de la correcta redacción del ítem para la comprensión del mismo por las usuarias.
- **Extensión:** Se entenderá como la estimación de la idoneidad de la extensión de cada ítem.
- **Aceptabilidad:** Se entenderá como la estimación del grado de aceptabilidad de cada ítem por parte de las usuarias, es decir, la posibilidad de que el ítem sea rechazado por resultar incómodo o poco adecuado para la usuaria.



Se le solicita que realice la evaluación de todos los items de la escala en cuanto a su adecuación, nivel de comprensión, extensión y aceptabilidad, del 1 al 5. Siendo el 1 la peor valoración posible y el 5 la mejor. El nº de experto se asignará por el investigador.

En el apartado de observaciones puede sugerir las modificaciones que considere oportunas sobre cada ítem valorado.

Nº EXPERTO	Nº ITEM	ADECUACION		COMPRENSIÓN	EXTENSIÓN	ACEPTABILIDAD	OBSERVACIONES
		ITEM	RIESGO				
	1						
	2						
	3						



13.7 INFORME RESUMEN EXPERTOS. DELPHI 1ª RONDA.

[Volver](#)

En el presente informe se resumen las aportaciones realizadas por los expertos referentes a cada uno de los ítems propuestos para la escala. Se aportan, así mismo, los valores descriptivos respecto a la media, desviación estándar y porcentaje de respuestas con valores más altos. Este cálculo permite valorar objetivamente la evaluación de los ítems por los expertos y modificarlos, en base a los criterios de desestimación y modificación establecidos a tal fin.

Criterios de desestimación y modificación de los ítems:

Para plantear la desestimación de un ítem, se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

- Media < 3,5
- % valores 4-5 <80

Los criterios para realizar modificaciones son:

- Modificaciones mayores: media entre 3,5-3,9
- Modificaciones menores: media entre 4-4,4
- Sin modificación: media entre 4,5-5

De cualquier forma, se valorarán las observaciones cualitativas de los expertos en cuanto a la redacción de los ítems para mejorar su comprensión.

En última instancia queda a criterio de la doctoranda el mantener algún ítem hasta su confirmación por parte de las usuarias en la fase de estudio piloto.

VALORACIÓN DEL CUESTIONARIO

DIMENSIÓN 1. Conducta y hábitos sexuales

ITEM 1

1. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> No he tenido nunca	0
<input type="checkbox"/> Con menos de 15 años	2
<input type="checkbox"/> Entre 15-19 años	2
<input type="checkbox"/> Entre 20-24 años	1
<input type="checkbox"/> Con 25 años o más	0

Valores:

Media	DE	% Valores 4-5
4,7189244	0,2929557	86,90383

Observaciones:

- Varios expertos plantean cambiar la asignación de riesgo del grupo > 25 años a riesgo 1, ya que existen estudios que demuestran que mujeres mayores utilizan en menor proporción métodos anticonceptivos en su primera relación sexual.

Enlace: http://sec.es/descargas/EN_Web_SEC_2014.pdf

- No siempre se relaciona el inicio de R.S con el riesgo de embarazo.
- Varios expertos sugieren diferenciar el nivel de riesgo entre los dos grupos de menor edad, recurriendo a valores intermedios como 0,5 o 1,5.

(*) Tras consultar la bibliografía y por razones de tratamiento estadístico, se considera que para facilitar la cuantificación del valor de riesgo de la escala no se debería contemplar esta opción.

Como ya se comentó en la información previa, las preguntas de respuesta múltiple se valoran como 0 (riesgo bajo), 1 (riesgo medio) y 2 (riesgo alto) y las dicotómicas, tipo sí/no, (según la formulación de la pregunta, 0= riesgo menor y 1= riesgo mayor, o a la inversa).

- Añadiría definición de relación sexual y el término coital.

Modificaciones propuestas:

1. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual coital?

(Se entenderá por relaciones sexuales coitales aquellas prácticas sexuales en las que interviene un varón y una mujer y en las que existe penetración y eyaculación vaginal, con o sin orgasmo)

	Riesgo
<input type="checkbox"/> No he tenido nunca	0
<input type="checkbox"/> Con menos de 15 años	2
<input type="checkbox"/> Entre 15-19 años	2
<input type="checkbox"/> Entre 20-24 años	1
<input type="checkbox"/> Con 25 años o más	1

ITEM 2

2. En su primera relación sexual, ¿Utilizó algún método anticonceptivo?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Sí	0
<input type="checkbox"/> No	1

Valores:

Media	DE	% Valores 4-5
4,732200065	0,4846782	92,3829299

Observaciones:

- Considerar la no utilización de método anticonceptivo como Riesgo 2.
*** En las preguntas de respuesta dicotómica, el riesgo se valora como 0, no riesgo y 1, riesgo o a la inversa.**
- No deja claro que algunas conductas como el coitus interruptus no son métodos anticonceptivos y la mujer puede contestar que sí. Sería adecuado definir que se considera método anticonceptivo.
***En otras preguntas de la escala se pregunta sobre la efectividad de los métodos anticonceptivos. El coitus interruptus, como los métodos naturales, no serían considerados métodos fiables, pero en sí misma es una conducta de evitación del embarazo, aunque no sea efectiva.**
- Se podría añadir al enunciado de la pregunta: " durante toda la relación sexual y correctamente".

Modificaciones propuestas:

2. Durante su primera relación sexual coital, ¿Utilizó algún método anticonceptivo?

(Entendiéndose como método anticonceptivo, cualquier acto, dispositivo o medicación para impedir un embarazo)

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Sí	0
<input type="checkbox"/> No	1

ITEM 3

3. ¿Tiene relaciones sexuales actualmente?

Riesgo

- ☐ Si 1
- ☐ No 0

Valores:

Media	DE	% Valores 4-5
4,81573209	0,46034079	92,2884687

Observaciones:

Se considera oportuno incluir la definición de “relaciones sexuales” y añadir el término coitales

Ítem modificado según observaciones:

3. ¿Tiene relaciones sexuales coitales actualmente?

(Se entenderá por relaciones sexuales coitales aquellas prácticas sexuales en las que interviene un varón y una mujer y en las que existe penetración y eyaculación vaginal, con o sin orgasmo)

Riesgo

- ☐ Si 1
- ☐ No 0

ITEM 4

4. Habitualmente, ¿Con qué frecuencia mantiene relaciones sexuales?

Riesgo

- ☐ Menos de 1 vez por semana 1
- ☐ 1 o 2 veces por semana 1
- ☐ Más de 2 veces por semana 2

Valores:

Media	DE	% Valores 4-5
4,7254928	0,50665604	89,8564073

Observaciones:

(*) Hay algún experto que sugiere estratificar más el valor del riesgo, otorgando valores intermedios, como 0,5 o 1,5, pero tras consultar la bibliografía y por razones de tratamiento estadístico, se considera que para facilitar la cuantificación del valor de riesgo de la escala no se debería contemplar esta opción. Como ya se comentó en la información previa, las preguntas de respuesta múltiple se valoran como 0 (no riesgo), 1 (riesgo medio) y 2 (riesgo alto) y las dicotómicas, tipo sí/no, (según la formulación de la pregunta, 0= no riesgo y 1= riesgo, o a la inversa).

Modificaciones propuestas:

4. Habitualmente, ¿Con qué frecuencia mantiene relaciones sexuales coitales?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Nunca	0
<input type="checkbox"/> Menos de 1 vez por semana	1
<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces por semana	1
<input type="checkbox"/> Más de 2 veces por semana	2

ITEM 5

5. En su situación actual, ¿Cree que podría tener relaciones sexuales en los próximos meses? (Contestar sólo si no ha tenido nunca o no tiene relaciones sexuales actualmente)

Riesgo

<input type="checkbox"/> Sí	1
<input type="checkbox"/> No	0

Valores:

Media	DE	% Valores 4-5
3,56829111	0,37655226	89,8564073

Observaciones:

Se considera incluir tanto a las mujeres sexualmente activas como no activas, por entender que dicha condición se refleja en el momento de recoger la información del cuestionario, y ello no elimina la posibilidad de que cambie en un futuro próximo, especialmente en la población adolescente. (Rueda García, 2018)

ITEM 6

6. En los últimos tres meses, ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Ninguna	0
<input type="checkbox"/> 1	1
<input type="checkbox"/> Más de 1	2

Valores:

Media	DE	% Valores 4-5
4,15318831	0,5425793	93,6665181

Observaciones:

Esta opción evitaría la ambigüedad de la definición de pareja estable, sobre todo para los adolescentes y es más objetiva sobre la promiscuidad, recogida también como riesgo de embarazo no deseado, y también contemplaría la posibilidad de tener otras parejas ocasionales aparte de la estable.

ITEM 7

7. Actualmente, ¿Tiene pareja estable?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Sí	0
<input type="checkbox"/> No	1(0, si no tiene relaciones sexuales)

Valores:

Media	DE	% Valores 4-5
4,67509508	0,49730564	91,023765

Observaciones:

- *No sé hasta qué punto el tener pareja estable es 0 en riesgo de embarazo no deseado. Precisamente en el ámbito de la pareja puede haber exceso de confianza.*

- **No** de acuerdo en **valor 0** para **pareja estable**, precisamente un alto porcentaje de mujeres con pareja estable no utilizan método anticonceptivo eficaz con el consiguiente riesgo de embarazo no deseado. **Le asignaría valor 1.**
- Pareja estable, cuanto tiempo nos estamos refiriendo (meses o años). Ya que los jóvenes “pareja estable” lo asocian a semanas. El tener pareja estable no significa que no tenga riesgo de embarazo (riesgo 1)
- Falta definir qué se entiende por “pareja estable”.

Modificaciones propuestas:

* Debido a la ambigüedad del término “pareja estable”, pese a estar contemplado en diversos estudios, y a las sugerencias de varios expertos respecto a la existencia de riesgo de embarazo no deseado en el ámbito de la pareja estable. Se plantea añadir la pregunta 6.

DIMENSIÓN 2. Intención de embarazo (Motivación/ Actitud)

ITEM 8

8. En cuanto a tener relaciones sexuales, ¿Quién toma la iniciativa con más frecuencia?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Usted	0
<input type="checkbox"/> Su pareja (estable o no)	2
<input type="checkbox"/> Ambos	1

Valores:

Media	DE	% Valores 4-5
4,4390495	0,87751105	87,41053151

Observaciones:

- Considerar otorgar riesgo 0 a las respuestas Usted y ambos.
- En la mayoría de los casos, el que la mujer responda tener menor iniciativa que el hombre (será mayoritaria esta respuesta) responde más a un tema de deseo sexual (generalmente menor en la mujer que en el hombre) y tiene menos relación con la autonomía.

Modificaciones propuestas:

8. En cuanto a tener relaciones sexuales, ¿Quién toma la iniciativa con más frecuencia?

Riesgo

- ☐ Usted 0
- ☐ Su pareja 2
- ☐ Ambos 0

ITEM 9

9. Si quedara embarazada sin desearlo, ¿Cómo cree que lo afrontaría?

Riesgo

- ☐ Lo aceptaría 1
- ☐ Pediría consejo profesional 0
- ☐ Abortaría 2
- ☐ Lo daría en adopción 1
- ☐ NS/NC 0

Valores:

Media	DE	% Valores 4-5
4,47215434	0,59140784	85,9343997

Observaciones:

- La mitad de los embarazos no deseados acaban en aborto. La respuesta NS/NC se puede interpretar como un depende: situación familiar, laboral, pareja del momento... No excluye la posibilidad de aborto. Sugiero cambiarlo a riesgo 1.
- Aclarar si puede marcar varias respuestas.
- Plantearse la pertinencia de la contestación NS/NC
- Utilizaría otro sinónimo de "Afrontaría"
- Respecto al riesgo de embarazo, daría el mismo peso (igualmente como 2) a las opciones de abortar y dar en adopción.
- Creo que falta una respuesta que haga referencia a la pareja*

Modificaciones propuestas:

9. Si quedara embarazada sin desearlo, ¿Qué decisión tomaría?

(Elegir una única respuesta)

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Lo aceptaría	1
<input type="checkbox"/> Pediría consejo profesional	1
<input type="checkbox"/> Abortaría	2
<input checked="" type="checkbox"/> Lo daría en adopción	2
<input type="checkbox"/> NS/NC	0

*No se incluye alusión a la pareja, porque la mujer puede haber quedado embarazada sin tenerla.

ITEM 10

10. En su situación actual, ¿Desearía quedar embarazada?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Sí	0
<input type="checkbox"/> No me importaría	1
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	2

Valores:

Media	DE	% Valores 4-5
4,791600112	0,50123803	93,6665181

Observaciones:

- La respuesta "no me importaría" no se debería considerar un riesgo 1, ya que indica aceptabilidad del embarazo, aunque este no sea planificado. Se le debería asignar riesgo 0
- El deseo o no de embarazo no siempre va ligado a las precauciones.

Modificaciones propuestas:

10. En su situación actual, ¿Desearía quedar embarazada?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Sí	0
<input checked="" type="checkbox"/> No me importaría	0
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	2

ITEM 11

11. ¿Cree que, en su situación actual, sería el momento adecuado para quedar embarazada?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Es un buen momento	0
<input type="checkbox"/> No es el momento ideal	1
<input type="checkbox"/> Sería un mal momento	2

Valores:

Media	DE	%Valores 4-5
4,819833836	0,48650702	94,9679408

Observaciones:

Modificaciones propuestas: No procede

ITEM 12

12. En caso de tener pareja, ¿Se han planteado su pareja y usted tener hijos?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Sí, deseamos tener hijos	0
<input type="checkbox"/> Lo hemos hablado, pero aún no lo hemos decidido	1
<input type="checkbox"/> No nos lo hemos planteado	2

Valores:

Media	DE	%Valores 4-5
4,628278861	0,52516892	92,3829299

Observaciones:

- No queda claro si no ha de contestar en el caso de no tener pareja estable
- Cambiaría el enunciado por: "¿Se ha planteado tener hijos?". Actualmente mujeres sin pareja deciden tener hijos.
- Pueden estar en la decisión de tener hijos más adelante, pero mantener RS sin riesgo
- El hecho de no tener pareja, ¿descarta el riesgo de embarazo no deseado? Definir pareja.

Modificaciones propuestas:

12. Tenga o no pareja estable, ¿Ya se ha planteado usted tener hijos?

Riesgo

- ☐ Sí, deseo tener hijos 0
- ☐ Aún no lo he decidido 1
- ☐ No me lo he planteado 2

ITEM 13

13. En caso de haber estado embarazada alguna vez, ¿el embarazo fue planeado?

Riesgo

- ☐ Sí 0
- ☐ No, pero no me importó 1
- ☐ No 2

Valores:

Media	DE	% Valores 4-5
4,830600993	0,48450561	94,9679408

Observaciones:

Modificaciones propuestas: No procede

DIMENSIÓN 3. Uso y Conocimiento de Métodos Anticonceptivos (Conocimiento)

ITEM 14

14. ¿Con qué frecuencia utiliza métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales?

Riesgo

- ☐ Nunca 2
- ☐ Casi nunca 2
- ☐ Algunas veces 1
- ☐ Casi siempre 1
- ☐ Siempre 0

Valores:

Media	DE	% Valores 4-5
4,57604942	0,57268245	89,8564073

Observaciones:

- Varios expertos consideran que las respuestas “Casi nunca” y “Algunas veces”, en la práctica podrían ser equivalentes y dar lugar a confundir a la usuaria. Sugieren eliminar la respuesta “algunas veces”, y además cambiar la valoración del riesgo de la respuesta “casi siempre” y categorizarlo como riesgo 2.

Modificaciones propuestas:

14. ¿Con qué frecuencia utiliza métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Nunca	2
<input type="checkbox"/> Casi nunca	2
<input checked="" type="checkbox"/> Casi siempre	2
<input type="checkbox"/> Siempre	0

ITEM 15

15. ¿Qué método anticonceptivo suele utilizar? Marque el que use usted con más frecuencia (única respuesta).

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Ninguno	2
<input type="checkbox"/> Natural (Ogino, marcha atrás, temperatura basal...)	2
<input type="checkbox"/> Barrera (Preservativo masculino, preservativo femenino, diafragma, esponja vaginal, crema espermicida...)	1
<input type="checkbox"/> Hormonal (píldora, minipíldora, anillo vaginal, parche, inyectable.)	1
<input type="checkbox"/> Doble método (preservativo masculino/femenino + otro método)	1
<input type="checkbox"/> Métodos reversibles de larga duración (DIU Cobre/ Hormonal, implante)	0
<input type="checkbox"/> Métodos irreversibles o quirúrgicos (vasectomía, ligadura/obstrucción de trompas)	0
<input type="checkbox"/> Otros (Anticoncepción de urgencia o píldora del día después)	2

Valores:

Media	DE	%Valores 4-5
4,37784505	0,86157987	80,7657691

Observaciones:

- *Es difícil clasificar los MAC por su efectividad de forma sencilla, pero habría que reflexionar sobre asignar mismo riesgo 1 a métodos barrera y demás que a los hormonales cuando aquellos duplican en riesgo a estos últimos en uso típico que es donde más se aproximan. Repensar en base a clasificación efectividad OMS 2015 (Part II, pág 102)*
- *Lo desglosaría en dos Ítems para facilitar comprensión. Hormonal y doble método riesgo 1/0*
- *Atendiendo a la eficacia: Doble método lo valoraría como 0 (por la eficacia y porque los usuarios-as tienen un cumplimiento muy alto.) También los Ac Hormonales tienen una alta eficacia, más parecida a los LARC que a los preservativos. Solo dejaría con 1 los barrera.*
- *Por la extensión y términos utilizados puede resultar poco comprensible para algunas mujeres*
- *Definir "ogino". No todas las mujeres lo saben. Remarcar el signo + en el doble método*
- *El incluir la marcha atrás como método natural no es adecuado puesto que los métodos naturales están basados en el conocimiento de la propia biología de la mujer y en la abstención periódica. Si la elección de la pareja es este método no se puede datar del mismo nivel de riesgo que el no uso de método.*

Modificaciones propuestas:

15. ¿Qué método anticonceptivo suele utilizar? Marque el que use usted con más frecuencia (única respuesta).

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Ninguno	2
<input type="checkbox"/> Natural (método del calendario, marcha atrás, temperatura basal...)	2
<input type="checkbox"/> Barrera (Preservativo masculino, preservativo femenino, diafragma, esponja vaginal, crema espermicida...)	1
<input type="checkbox"/> Hormonal (píldora, minipíldora, anillo vaginal, parche, inyectable.)	1

- ☐ **Doble método (preservativo masculino/femenino más otro método)** 0
- ☐ Métodos reversibles de larga duración 0
(DIU Cobre/ Hormonal, implante)
- ☐ Métodos irreversibles o quirúrgicos 0
(vasectomía, ligadura/obstrucción de trompas)
- ☐ Otros (Anticoncepción de urgencia o píldora del día después) 2

ITEM 16

16. En su caso, ¿Quién decidió la elección del método anticonceptivo que utiliza?

- | | Riesgo |
|--|--------|
| <input type="checkbox"/> Usted, por su cuenta | 1 |
| <input type="checkbox"/> Su pareja | 2 |
| <input type="checkbox"/> Por acuerdo entre ambos | 1 |
| <input type="checkbox"/> Por asesoramiento de un profesional sanitario | 0 |

Valores:

Media	DE	% Valores 4-5
4,80640863	0,47868669	94,9679408

Observaciones:

Modificaciones propuestas: No procede

ITEM 17

17. En caso de no usar método anticonceptivo en la actualidad, indique la razón principal:

- | | Riesgo |
|---|--------|
| <input type="checkbox"/> No tengo relaciones sexuales | 0 |
| <input type="checkbox"/> Desconocimiento de métodos anticonceptivos | 2 |
| <input type="checkbox"/> Mi pareja no quiere | 2 |
| <input type="checkbox"/> Me lo prohíben mis creencias | 2 |
| <input type="checkbox"/> Son demasiado caros | 2 |
| <input type="checkbox"/> Temor a efectos secundarios | 2 |
| <input type="checkbox"/> Me falló la última vez | 2 |
| <input type="checkbox"/> Es incómodo | 2 |

Valores:

Media	DE	% Valores 4-5
4,75871632	0,48468633	92,4652678

Observaciones:

- *Aclarar que significa razón principal*
- *Única respuesta o varias*
- *No parece razonable el orden de esta pregunta, después de la 16. Creo que se debería adelantar*
- *Grado de sinceridad en la respuesta. Quizá en el cuestionario anónimo aumente, pero en la anamnesis cara a cara, detecto un elevado grado de falta de sinceridad al responder a esta pregunta en pacientes de todos los niveles.*

Modificaciones propuestas:

17. En caso de no usar método anticonceptivo en la actualidad, ¿Cuál es el motivo?

Indique una única respuesta.

	Riesgo
<input type="checkbox"/> No tengo relaciones sexuales	0
<input type="checkbox"/> Desconocimiento de métodos anticonceptivos	2
<input type="checkbox"/> Mi pareja no quiere	2
<input type="checkbox"/> Me lo prohíben mis creencias	2
<input type="checkbox"/> Son demasiado caros	2
<input type="checkbox"/> Temor a efectos secundarios	2
<input type="checkbox"/> Me falló la última vez	2
<input type="checkbox"/> Es incómodo	2
<input type="checkbox"/> No Sabe/No Contesta	0

ITEM 18

18. Según su experiencia, ¿Cuál cree que sería el motivo más habitual del uso incorrecto del método anticonceptivo? (Marque solo una alternativa, la que crea más frecuente):

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Relación sexual imprevista	2
<input type="checkbox"/> Por no disponer del método en el momento de la relación sexual	2
<input type="checkbox"/> Por no interrumpir la relación sexual	2
<input type="checkbox"/> Porque su pareja no quiso utilizarlo	2

- ☐ Por consumo de alcohol/drogas 2
- ☐ Por desconocimiento de la utilización correcta 2
- ☐ Por olvido 2

Valores:

Media	DE	% Valores 4-5
4,36734926	0,81954526	83,5098044

Observaciones:

- En esta pregunta no se da opción a que la mujer diga que en su experiencia nunca tendría relaciones sin método anticonceptivo. Se le dan opciones de respuesta cerradas que siempre puntúan como nivel de riesgo 2.
- Intentar concretar más (personal), aunque sería peor para la aceptabilidad.
- La pregunta me parece muy larga
- Cambiaría en la formulación la palabra "sería" por "fue"
- No disponer de método en el momento de la relación sexual y relación sexual imprevista, podría entenderse como equivalente. Aunque no habría problema que el riesgo es el mismo
- Es una pregunta que hay que leer 2 veces, creo. Y en las respuestas creo que falta "NO SE"
- Igualmente puede haber falta de sinceridad. No entiendo que todas las respuestas tengan el mismo riesgo. No queda claro si se pregunta de forma general o habla del caso particular de la encuestada.

Modificaciones propuestas:

18. En su caso, ¿Cuál ha sido el motivo más frecuente del uso incorrecto del método anticonceptivo? (Marque solo una alternativa):

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Relación sexual imprevista	2
<input type="checkbox"/> Por no disponer del método en el momento de la relación sexual	2
<input type="checkbox"/> Por no interrumpir la relación sexual	2
<input type="checkbox"/> Porque su pareja no quiso utilizarlo	2
<input type="checkbox"/> Por consumo de alcohol/drogas	2
<input type="checkbox"/> Por desconocimiento de la utilización correcta	2
<input type="checkbox"/> Por olvido	2
<input type="checkbox"/> Siempre lo he usado correctamente	0

**Se puntúan todas las respuestas con riesgo 2, excepto el uso correcto, porque se entiende que al usar el método incorrectamente existe riesgo de embarazo no deseado. Según la respuesta seleccionada por la usuaria aportará información para orientar la intervención a educación sobre métodos anticonceptivos, trabajo social, etc...*

ITEM 19

19. Tanto si usa anticonceptivos como si no, ¿Qué método anticonceptivo considera más eficaz para evitar el embarazo? *Indique su opinión en una escala de 1: Nada seguro a 4: Completamente seguro*

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Natural (Ogino, marcha atrás, temperatura basal...)	2
<input type="checkbox"/> Barrera (Preservativo masculino, preservativo femenino, diafragma, esponja vaginal, crema espermicida...)	1
<input type="checkbox"/> Hormonal (píldora, minipíldora, anillo vaginal, parche, inyectable.)	1
<input type="checkbox"/> Doble método (preservativo masculino/femenino + otro método)	1
<input type="checkbox"/> Métodos reversibles de larga duración (DIU Cobre/ Hormonal, implante)	0
<input type="checkbox"/> Métodos irreversibles o quirúrgicos (vasectomía, ligadura/obstrucción de trompas)	0
<input type="checkbox"/> Otros (Anticoncepción de urgencia o píldora del día después)	2

Valores:

Media	DE	% Valores 4-5
4,57085696	0,60447898	85,8425402

Observaciones:

- *Es difícil clasificar los MAC por su efectividad de forma sencilla, pero habría que reflexionar sobre asignar mismo riesgo 1 a métodos barrera y demás que a los hormonales cuando aquellos duplican en riesgo a estos últimos en uso típico que es donde más se aproximan. Repensar en base a clasificación efectividad OMS 2015 (Parte II, pág 102)*
- *Desde mi punto de vista la anticoncepción de emergencia no es un método anticonceptivo. (*)*
- *Atendiendo a la eficacia: Doble método lo valoraría como 0(por la eficacia y porque los usuarios-as son tienen un cumplimiento muy alto.*

- También los Ac Hormonales tienen una alta eficacia, más parecida a los LARC que a los preservativos. Solo dejaría con 1 los barrera
- Definir "ogino". Remarcar el signo + en el doble método.
- Se les va a hacer largo y más cuando ya llevan 18 preguntas contestadas.

Modificaciones propuestas:

19. Tanto si usa anticonceptivos como si no, ¿Qué método anticonceptivo **piensa que es más seguro** para evitar el embarazo? Indique su opinión en una escala de 1: Nada seguro a 4: Completamente seguro

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Ninguno	2
<input type="checkbox"/> Natural (método del calendario , marcha atrás, temperatura basal...)	2
<input type="checkbox"/> Barrera (Preservativo masculino, preservativo femenino, diafragma, esponja vaginal, crema espermicida...)	1
<input type="checkbox"/> Hormonal (píldora, minipíldora, anillo vaginal, parche, inyectable.)	1
<input type="checkbox"/> Doble método (preservativo masculino/femenino más otro método)	0
<input type="checkbox"/> Métodos reversibles de larga duración (DIU Cobre/ Hormonal, implante)	0
<input type="checkbox"/> Métodos irreversibles o quirúrgicos (vasectomía, ligadura/obstrucción de trompas)	0
<input type="checkbox"/> Otros (Anticoncepción de urgencia o píldora del día después)	2

**Precisamente se incluye la anticoncepción de urgencia dentro de la lista, porque hay usuarias que la utilizan como anticoncepción habitual*

ITEM 20

20. Independientemente de usar o no método anticonceptivo, considera que la información sobre métodos anticonceptivos que usted tiene es (indique su opinión en una escala de 1: ninguna información a 4: completa información)

	Riesgo
1. Ninguna información	2
2. Poca información	1
3. Bastante información	1
4. Completa información	0

Valores:

Media	DE	% Valores 4-5
4,63013555	0,46808655	92,3829299

Observaciones:

- En mi opinión debería otorgarse riesgo 0 a la respuesta “Bastante información”. No tiene lógica valorar mismo riesgo 1 que “Poca información”. Suprimir o reformular la respuesta “Completa información” porque en la práctica la completa información es rarísima. Alternativa: dejar la pregunta como figura asignando a “Poca información” riesgo 2 (similar a ítem 21)
- En lugar de completa creo que en la escala se utiliza más “mucha”. Respecto al riesgo asignaría 0,5 a “bastante información” para diferenciarlo de “poca”
- La pregunta me parece larga y las respuesta no están claras, cambiar el formato.
- Redactaría la pregunta con interrogación y de forma más clara/explicita. Ejemplo: marque su opinión de 1 ninguna, 2.....
- Aunque la pregunta es pertinente, no sé yo si la percepción que tenga la encuestada sobre “lo que sabe” se ajustará a la realidad

Modificaciones propuestas:

20. Use o no método anticonceptivo, ¿Cuánta información piensa usted que tiene sobre métodos anticonceptivos? (indique su opinión en una escala de 1: ninguna información a 4: mucha información)

	Riesgo
1. Ninguna información	2
2. Poca información	2
3. Bastante información	1
4. Mucha información	0

ITEM 21

21. ¿Hasta qué punto cree Ud. que la información que ha recibido sobre sexualidad y anticoncepción le ha sido útil? (indique su opinión en una escala de 1: nada útil a 4: muy útil)

	Riesgo
1. Nada útil	2
2. Poco útil	2
3. Útil	1
4. Muy útil	0

Valores:

Media	DE	% Valores 4-5
4,73719803	0,5025081	93,6665181

Observaciones:

- Acortaría la pregunta: "Valore la utilidad de la información que ha recibido sobre sexualidad y anticoncepción"
- La pregunta me parece muy extensa y la respuesta de un ítem
- Mismas limitaciones que el ítem anterior.

Modificaciones propuestas:

21. **Valore la utilidad de la información que ha recibido sobre sexualidad y anticoncepción.**

(indique su opinión en una escala de 1: nada útil a 4: muy útil)

	Riesgo
1. Nada útil	2
2. Poco útil	2
3. Útil	1
4. Muy útil	0

ITEM 22

22. ¿De dónde obtuvo la información sobre anticoncepción que usted posee? *Marque sólo la respuesta que considere más importante.*

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Amistades	1
<input type="checkbox"/> Profesorado	0
<input type="checkbox"/> Padres	1
<input type="checkbox"/> Medios de comunicación	1
<input type="checkbox"/> Internet/ Redes sociales	1
<input type="checkbox"/> Pareja	1
<input type="checkbox"/> Centro Sanitario	0
<input type="checkbox"/> Otros	0
<input type="checkbox"/> Nadie	2

Valores:

Media	DE	% Valores 4-5
4,80462143	0,47874451	93,6665181

Observaciones:

- *A lo mejor sería interesante abrirlo a 2 posibles respuestas priorizadas en lugar de solamente una.*
- *Darí a valor 1 para profesorado y centro sanitario. La procedencia o calidad de la información recibida no asegura el cumplimiento o uso de un método anticonceptivo.*
- *La respuesta especificar si es una. Le darí a valor riesgo 2 a “amistades”, hay muchos mitos y leyendas, que dan información errónea.*

Modificaciones propuestas:

22. ¿De dónde obtuvo la información sobre anticoncepción que usted posee? *Marque sólo la respuesta que considere más importante.*

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Amistades	2
<input type="checkbox"/> Profesorado	1
<input type="checkbox"/> Padres	1
<input type="checkbox"/> Medios de comunicación	1
<input type="checkbox"/> Internet/ Redes sociales	1
<input type="checkbox"/> Pareja	1
<input type="checkbox"/> Centro Sanitario	1
<input checked="" type="checkbox"/> Otros	0
<input type="checkbox"/> Nadie	2

CONCLUSIONES

Mediante este resumen, se ha intentado obtener la máxima información de las aportaciones de los expertos, tanto calculando estadísticos descriptivos como incorporando las modificaciones propuestas para mejorar el formato de la escala.

Según los criterios de exclusión/modificación, a partir de la bibliografía consultada, se ha intentado detectar aquellos ítems más débiles o conflictivos y mejorarlos.

En base a estos criterios y los valores estadísticos, se ha conseguido una versión modificada de la Escala REND, que en segunda ronda servirá para valorar el consenso entre expertos y obtener la versión definitiva.

13.8 EVALUACIÓN DE EXPERTOS. DELPHI RONDA 2.

[Volver](#)

Para la evaluación de esta segunda ronda se le solicita que asigne uno de los siguientes valores a cada pregunta de la escala REND modificada en primera ronda:

1. No relevante
2. Algo relevante
3. Bastante relevante
4. Muy relevante

Esta clasificación permitirá obtener el grado de acuerdo entre expertos, calculado mediante el Índice de Validez de Contenido.

****A cada pregunta sólo se le podrá asignar uno de los cuatro valores citados.***

Definiciones:

- **1. No relevante o prescindible:** aquel ítem que **no aporta información relevante** y si fuera eliminado de la escala no influiría de forma definitiva en su resultado.
- **2. Algo relevante o accesorio:** aquel ítem que **aporta información complementaria** y que si fuera eliminado influiría de forma menor en el resultado de la escala.
- **3. Bastante relevante o necesario:** Aquel ítem que se considera debe estar incluido en la escala para **aportar información importante** y si fuera eliminado supondría una pérdida de información importante para la escala.
- **4. Muy relevante o Imprescindible:** aquel ítem que se considera **esencial para definir el riesgo de embarazo no deseado** y que sin él la escala estaría incompleta.

Polit, D, Tatano, C. The Content Validity Index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. Research in Nursing and Health. 2006 (29), 489-497.



Se le solicita que realice la clasificación de todas las preguntas de la escala en cuanto al nivel de relevancia:

1- No relevante. 2- Algo relevante, 3- Bastante relevante y 4- Muy relevante

Cada pregunta SÓLO podrá recibir UN valor del 1 al 4. Marque con una X el valor seleccionado.

En el apartado de observaciones puede hacer las sugerencias que considere oportunas sobre cada pregunta valorada.

Nº ITEM	ENUNCIADO	VALORACIÓN		OBSERVACIONES
1	¿A qué edad tuvo su primera relación sexual coital? <i>(Se entenderá por relaciones sexuales coitales aquellas prácticas sexuales en las que interviene un varón y una mujer y en las que existe penetración y eyaculación vaginal, con o sin orgasmo)</i> Riesgo <input type="checkbox"/> No he tenido nunca 0 <input type="checkbox"/> Con menos de 15 años 2 <input type="checkbox"/> Entre 15-19 años 2 <input type="checkbox"/> Entre 20-24 años 1 <input type="checkbox"/> Con 25 años o más 1		1.No relevante	
			2.Algo relevante	
			3.Bastante relevante	
			4.Muy relevante	
2	Durante su primera relación sexual coital, ¿Utilizó algún método anticonceptivo? <i>(Entendiéndose como método anticonceptivo, cualquier acto, dispositivo o medicación para impedir un embarazo)</i> Riesgo <input type="checkbox"/> Sí 0 <input type="checkbox"/> No 1		1.No relevante	
			2.Algo relevante	
			3.Bastante relevante	
			4.Muy relevante	



Nº ITEM	ENUNCIADO	VALORACIÓN		OBSERVACIONES
3	<p>¿Tiene relaciones sexuales coitales actualmente? <i>(Se entenderá por relaciones sexuales coitales aquellas prácticas sexuales en las que interviene un varón y una mujer y en las que existe penetración y eyaculación vaginal, con o sin orgasmo)</i></p> <p>Riesgo</p> <p><input type="checkbox"/> Sí -----1</p> <p><input type="checkbox"/> No ----- 0</p>		1.No relevante	
			2.Algo relevante	
			3.Bastante relevante	
			4.Muy relevante	
4	<p>Habitualmente, ¿Con qué frecuencia mantiene relaciones sexuales coitales?</p> <p>Riesgo</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca 0</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de 1 vez por semana 1</p> <p><input type="checkbox"/> 1 o 2 veces por semana 1</p> <p><input type="checkbox"/> Más de 2 veces por semana 2</p>		1.No relevante	
			2.Algo relevante	
			3.Bastante relevante	
			4.Muy relevante	
5	<p>En su situación actual, ¿Cree que podría tener relaciones sexuales en los próximos meses? <i>(Contestar sólo si no ha tenido nunca o no tiene relaciones sexuales actualmente)</i></p> <p>Riesgo</p> <p><input type="checkbox"/> Sí 1</p> <p><input type="checkbox"/> No 0</p>		1.No relevante	
			2.Algo relevante	
			3.Bastante relevante	
			4.Muy relevante	



Nº ITEM	ENUNCIADO	VALORACIÓN	OBSERVACIONES
6	En los últimos seis meses, ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido? Riesgo <input type="checkbox"/> Ninguna 0 <input type="checkbox"/> 1 1 <input type="checkbox"/> Más de 1 2	1.No relevante	
		2.Algo relevante	
		3.Bastante relevante	
		4.Muy relevante	
7	Actualmente, ¿Tiene pareja estable? Riesgo <input type="checkbox"/> Sí 0 <input type="checkbox"/> No 1(0, si no tiene relaciones sexuales)	1.No relevante	
		2.Algo relevante	
		3.Bastante relevante	
		4.Muy relevante	
8	En cuanto a tener relaciones sexuales coitales, ¿Quién toma la iniciativa con más frecuencia? Riesgo <input type="checkbox"/> Usted 0 <input type="checkbox"/> Su pareja 2 <input type="checkbox"/> Ambos 0	1.No relevante	
		2.Algo relevante	
		3.Bastante relevante	
		4.Muy relevante	
9	Si quedara embarazada sin desearlo, ¿Qué decisión tomaría? <i>(Elegir una única respuesta)</i> Riesgo <input type="checkbox"/> Lo aceptaría 1 <input type="checkbox"/> Pediría consejo profesional 1 <input type="checkbox"/> Abortaría 2 <input type="checkbox"/> Lo daría en adopción 2 <input type="checkbox"/> No sabe /No Contesta 1	1.No relevante	
		2.Algo relevante	
		3.Bastante relevante	
		4.Muy relevante	



Nº ITEM	ENUNCIADO	VALORACIÓN	OBSERVACIONES
10	En su situación actual, ¿Desearía quedar embarazada? Riesgo <input type="checkbox"/> Sí 0 <input type="checkbox"/> No me importaría 0 <input type="checkbox"/> No, en absoluto 2	1.No relevante	
		2.Algo relevante	
		3.Bastante relevante	
		4.Muy relevante	
11	¿Cree que, en su situación actual, sería el momento adecuado para quedar embarazada? Riesgo <input type="checkbox"/> Es un buen momento 0 <input type="checkbox"/> No es el momento ideal 1 <input type="checkbox"/> Sería un mal momento 2	1.No relevante	
		2.Algo relevante	
		3.Bastante relevante	
		4.Muy relevante	
12	Tenga o no pareja estable, ¿Ya se ha planteado usted tener hijos? Riesgo <input type="checkbox"/> Sí, deseo tener hijos 0 <input type="checkbox"/> Aún no lo he decidido 1 <input type="checkbox"/> No me lo he planteado 2	1.No relevante	
		2.Algo relevante	
		3.Bastante relevante	
		4.Muy relevante	
13	En caso de haber estado embarazada alguna vez, ¿el embarazo fue planeado? Riesgo <input type="checkbox"/> Sí 0 <input type="checkbox"/> No, pero no me importó 1 <input type="checkbox"/> No 2	1.No relevante	
		2.Algo relevante	
		3.Bastante relevante	
		4.Muy relevante	



Nº ITEM	ENUNCIADO	VALORACIÓN		OBSERVACIONES
14	<p>¿Con qué frecuencia utiliza métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales coitales?</p> <p>Riesgo</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca 2</p> <p><input type="checkbox"/> Casi nunca 2</p> <p><input type="checkbox"/> Casi siempre 2</p> <p><input type="checkbox"/> Siempre 0</p>		1.No relevante	
			2.Algo relevante	
			3.Bastante relevante	
			4.Muy relevante	
15	<p>¿Qué método anticonceptivo suele utilizar? <i>Marque el que use usted con más frecuencia (Elegir una única respuesta).</i></p> <p>Riesgo</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno 2</p> <p><input type="checkbox"/> Natural (método del calendario, marcha atrás, temperatura basal...) 2</p> <p><input type="checkbox"/> Barrera (Preservativo masculino, preservativo femenino, diafragma, esponja vaginal, crema espermicida...) 1</p> <p><input type="checkbox"/> Hormonal (píldora, minipíldora, anillo vaginal, parche, inyectable.) 1</p> <p><input type="checkbox"/> Doble método (preservativo masculino/femenino más otro método) 0</p> <p><input type="checkbox"/> Métodos reversibles de larga duración (DIU Cobre/ Hormonal, implante) 0</p> <p><input type="checkbox"/> Métodos irreversibles o quirúrgicos (vasectomía, ligadura/obstrucción de trompas) 0</p> <p><input type="checkbox"/> Otros (Anticoncepción de urgencia o píldora del día después) 2</p>		1.No relevante	
			2.Algo relevante	
			3.Bastante relevante	
			4.Muy relevante	



Nº ITEM	ENUNCIADO	VALORACIÓN	OBSERVACIONES
16	En su caso, ¿Quién decidió la elección del método anticonceptivo que utiliza? Riesgo <input type="checkbox"/> Usted, por su cuenta 1 <input type="checkbox"/> Su pareja 2 <input type="checkbox"/> Por acuerdo entre ambos 1 <input type="checkbox"/> Por asesoramiento de un profesional sanitario 0	1.No relevante	
		2.Algo relevante	
		3.Bastante relevante	
		4.Muy relevante	
17	En caso de no usar método anticonceptivo en la actualidad, ¿Cuál es el motivo? <i>Indique una única respuesta</i> Riesgo <input type="checkbox"/> No tengo relaciones sexuales coitales 0 <input type="checkbox"/> Desconocimiento de métodos anticonceptivos 2 <input type="checkbox"/> Mi pareja no quiere 2 <input type="checkbox"/> Me lo prohíben mis creencias 2 <input type="checkbox"/> Son demasiado caros 2 <input type="checkbox"/> Temor a efectos secundarios 2 <input type="checkbox"/> Me falló la última vez 2 <input type="checkbox"/> Es incómodo 2 <input type="checkbox"/> NS/NC 2	1.No relevante	
		2.Algo relevante	
		3.Bastante relevante	
		4.Muy relevante	
18	En su caso, ¿Cuál ha sido el motivo más frecuente del uso incorrecto del método anticonceptivo? <i>(Marque solo una respuesta):</i> Riesgo <input type="checkbox"/> Por no disponer del método en el momento de la relación sexual 2 <input type="checkbox"/> Por no interrumpir la relación sexual 2 <input type="checkbox"/> Porque su pareja no quiso utilizarlo 2 <input type="checkbox"/> Por consumo de alcohol/drogas 2 <input type="checkbox"/> Por desconocimiento de la utilización correcta 2 <input type="checkbox"/> Por olvido 2 <input type="checkbox"/> Siempre lo he usado correctamente 0	1.No relevante	
		2.Algo relevante	
		3.Bastante relevante	
		4.Muy relevante	



Nº ITEM	ENUNCIADO	VALORACIÓN	OBSERVACIONES
19	<p>Tanto si usa anticonceptivos como si no, ¿Qué método anticonceptivo piensa que es más seguro para evitar el embarazo? <i>Indique su opinión en una escala de 1: Nada seguro a 4: Completamente seguro</i></p> <p style="text-align: right;">Riesgo</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno 2</p> <p><input type="checkbox"/> Natural (método del calendario, marcha atrás, temperatura basal...) 2</p> <p><input type="checkbox"/> Barrera (Preservativo masculino, preservativo femenino, diafragma, esponja vaginal, crema espermicida...) 1</p> <p><input type="checkbox"/> Hormonal (píldora, minipíldora, anillo vaginal, parche, inyectable.) 1</p> <p><input type="checkbox"/> Doble método (preservativo masculino/femenino más otro método) 0</p> <p><input type="checkbox"/> Métodos reversibles de larga duración (DIU Cobre/ Hormonal , implante) 0</p> <p><input type="checkbox"/> Métodos irreversibles o quirúrgicos 0</p> <p>(vasectomía, ligadura/obstrucción de trompas)</p> <p><input type="checkbox"/> Otros (Anticoncepción de urgencia o píldora del día después) 2</p>	1.No relevante	
		2.Algo relevante	
		3.Bastante relevante	
		4.Muy relevante	
20	<p>Use o no método anticonceptivo, ¿Cuánta información piensa usted que tiene sobre métodos anticonceptivos? <i>(indique su opinión en una escala de 1: ninguna información a 4: mucha información)</i></p> <p style="text-align: right;">Riesgo</p> <p>1. Ninguna información 2</p> <p>2. Poca información 2</p> <p>3. Bastante información 1</p> <p>4. Mucha información 0</p>	1.No relevante	
		2.Algo relevante	
		3.Bastante relevante	
		4.Muy relevante	



Nº	ENUNCIADO	VALORACIÓN	OBSERVACIONES
21	<p>Valore la utilidad de la información que ha recibido sobre sexualidad y anticoncepción. <i>(Indique su opinión en una escala de 1: nada útil a 4: muy útil)</i></p> <p style="text-align: right;">Riesgo</p> <p>5. Nada útil 2</p> <p>6. Poco útil 2</p> <p>7. Útil 1</p> <p>8. Muy útil 0</p>	1.No relevante	
		2.Algo relevante	
		3.Bastante relevante	
		4.Muy relevante	
22	<p>¿De dónde obtuvo la información sobre anticoncepción que usted posee? <i>Marque sólo la respuesta que considere más importante.</i></p> <p style="text-align: right;">Riesgo</p> <p><input type="checkbox"/> Amistades 2</p> <p><input type="checkbox"/> Profesorado 1</p> <p><input type="checkbox"/> Padres 1</p> <p><input type="checkbox"/> Medios de comunicación 1</p> <p><input type="checkbox"/> Internet/ Redes sociales 1</p> <p><input type="checkbox"/> Pareja 1</p> <p><input type="checkbox"/> Centro Sanitario 1</p> <p><input type="checkbox"/> Nadie 2</p>	1.No relevante	
		2.Algo relevante	
		3.Bastante relevante	
		4.Muy relevante	



13.9 INFORME RESUMEN EXPERTOS. DELPHI 2ª RONDA.

[Volver](#)

En el presente informe se resumen las aportaciones realizadas por los expertos en 2ª Ronda, referentes a cada uno de los ítems propuestos para la escala.

En base a los resultados de la clasificación de los ítems según las categorías propuestas:

1. No relevante
2. Algo relevante
3. Bastante relevante
4. Muy relevante

Se realizó el cálculo de grado de acuerdo entre expertos, mediante el Índice de Validez de Contenido por ítem (I-CVI) y del total de la escala (S-CVI)

I-CVI= % 3-4/ nº expertos

S-CVI= sumatorio I-CVI/nº preguntas

Criterios de desestimación o modificación de los ítems:

El valor del Índice de Validez de Contenido por ítem (I-CVI) y del total de la escala (S-CVI) para estimar el índice de acuerdo válido debe ser $\geq 0,8$.

PREGUNTAS

1. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual coital?

(Se entenderá por relaciones sexuales coitales aquellas prácticas sexuales en las que interviene un varón y una mujer y en las que existe penetración y eyaculación vaginal, con o sin orgasmo)

	Riesgo
<input type="checkbox"/> No he tenido nunca	0
<input type="checkbox"/> Con menos de 15 años	2
<input type="checkbox"/> Entre 15-19 años	2
<input type="checkbox"/> Entre 20-24 años	1
<input type="checkbox"/> Con 25 años o más	1

I-CVI: 0,73



2. Durante su primera relación sexual coital, ¿Utilizó algún método anticonceptivo? (*Entendiéndose como método anticonceptivo, cualquier acto, dispositivo o medicación para impedir un embarazo*)

Riesgo

- | | |
|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sí | 0 |
| <input type="checkbox"/> No | 1 |

I-CVI: 0.87

3. ¿Tiene relaciones sexuales coitales actualmente?

(*Se entenderá por relaciones sexuales coitales aquellas prácticas sexuales en las que interviene un varón y una mujer y en las que existe penetración y eyaculación vaginal, con o sin orgasmo*)

Riesgo

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Si ----- | 1 |
| <input type="checkbox"/> No ----- | 0 |

I-CVI: 1 (Unanimidad)

4. Habitualmente, ¿Con qué frecuencia mantiene relaciones sexuales coitales?

Riesgo

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nunca | 0 |
| <input type="checkbox"/> Menos de 1 vez por semana | 1 |
| <input type="checkbox"/> 1 o 2 veces por semana | 1 |
| <input type="checkbox"/> Más de 2 veces por semana | 2 |

I-CVI: 0,93

5. En su situación actual, ¿Cree que podría tener relaciones sexuales en los próximos meses? (*Contestar sólo si no ha tenido nunca o no tiene relaciones sexuales actualmente*)

Riesgo

- | | |
|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sí | 1 |
| <input type="checkbox"/> No | 0 |

I-CVI: 0,87



6. En los últimos seis meses, ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Ninguna	0
<input type="checkbox"/> 1	1
<input type="checkbox"/> Más de 1	2

I-CVI: 0,87

7. Actualmente, ¿Tiene pareja estable?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Sí	0
<input type="checkbox"/> No	1(0, si no tiene relaciones sexuales)

I-CVI: 0,93

8. En cuanto a tener relaciones sexuales, ¿Quién toma la iniciativa con más frecuencia?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Usted	0
<input type="checkbox"/> Su pareja	2
<input type="checkbox"/> Ambos	0

I-CVI: 0,67

9. Si quedara embarazada sin desearlo, ¿Qué decisión tomaría?

(Elegir una única respuesta)

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Lo aceptaría	1
<input type="checkbox"/> Pediría consejo profesional	1
<input type="checkbox"/> Abortaría	2
<input type="checkbox"/> Lo daría en adopción	2
<input type="checkbox"/> No sabe/No Contesta	1

I-CVI: 0,87



10. En su situación actual, ¿Desearía quedar embarazada?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Sí	0
<input type="checkbox"/> No me importaría	0
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	2

I-CVI: 1

11. ¿Cree que, en su situación actual, sería el momento adecuado para quedar embarazada?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Es un buen momento	0
<input type="checkbox"/> No es el momento ideal	1
<input type="checkbox"/> Sería un mal momento	2

I-CVI: 0,93

12. Tenga o no pareja estable, ¿Ya se ha planteado usted tener hijos?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Sí, deseo tener hijos	0
<input type="checkbox"/> Aún no lo he decidido	1
<input type="checkbox"/> No me lo he planteado	2

I-CVI: 0,87

13. En caso de haber estado embarazada alguna vez, ¿el embarazo fue planeado?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Sí	0
<input type="checkbox"/> No, pero no me importó	1
<input type="checkbox"/> No	2

I-CVI: 0,8



14. ¿Con qué frecuencia utiliza métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Nunca	2
<input type="checkbox"/> Casi nunca	2
<input type="checkbox"/> Casi siempre	2
<input type="checkbox"/> Siempre	0

I-CVI: 1 (Unanimidad)

15. ¿Qué método anticonceptivo suele utilizar? Marque el que use usted con más frecuencia (Elegir una única respuesta).

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Ninguno	2
<input type="checkbox"/> Natural (método del calendario, marcha atrás, temperatura basal...)	2
<input type="checkbox"/> Barrera (Preservativo masculino, preservativo femenino, diafragma, esponja vaginal, crema espermicida...)	1
<input type="checkbox"/> Hormonal (píldora, minipíldora, anillo vaginal, parche, inyectable.)	1
<input type="checkbox"/> Doble método (preservativo masculino/femenino más otro método)	0
<input type="checkbox"/> Métodos reversibles de larga duración (DIU Cobre/ Hormonal, implante)	0
<input type="checkbox"/> Métodos irreversibles o quirúrgicos (vasectomía, ligadura/obstrucción de trompas)	0
<input type="checkbox"/> Otros (Anticoncepción de urgencia o píldora del día después)	2

I-CVI: 1

16. En su caso, ¿Quién decidió la elección del método anticonceptivo que utiliza?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Usted, por su cuenta	1
<input type="checkbox"/> Su pareja	2
<input type="checkbox"/> Por acuerdo entre ambos	1
<input type="checkbox"/> Por asesoramiento de un profesional sanitario	0

I-CVI: 0,87



17. En caso de no usar método anticonceptivo en la actualidad, ¿Cuál es el motivo? *Indique una única respuesta.*

	Riesgo
<input type="checkbox"/> No tengo relaciones sexuales	0
<input type="checkbox"/> Desconocimiento de métodos anticonceptivos	2
<input type="checkbox"/> Mi pareja no quiere	2
<input type="checkbox"/> Me lo prohíben mis creencias	2
<input type="checkbox"/> Son demasiado caros	2
<input type="checkbox"/> Temor a efectos secundarios	2
<input type="checkbox"/> Me falló la última vez	2
<input type="checkbox"/> Es incómodo	2
<input type="checkbox"/> No Sabe/No Consta	2

I-CVI: 0,93

18. En su caso, ¿Cuál ha sido el motivo más frecuente del uso incorrecto del método anticonceptivo? *(Marque solo una alternativa):*

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Por no disponer del método en el momento de la relación sexual	2
<input type="checkbox"/> Por no interrumpir la relación sexual	2
<input type="checkbox"/> Porque su pareja no quiso utilizarlo	2
<input type="checkbox"/> Por consumo de alcohol/drogas	2
<input type="checkbox"/> Por desconocimiento de la utilización correcta	2
<input type="checkbox"/> Por olvido	2
<input type="checkbox"/> Siempre lo he usado correctamente	0

I-CVI: 0,93

19. Tanto si usa anticonceptivos como si no, ¿Qué método anticonceptivo piensa que es más seguro para evitar el embarazo?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Ninguno	2
<input type="checkbox"/> Natural (método del calendario, marcha atrás, temperatura basal...)	2
<input type="checkbox"/> Barrera (Preservativo masculino, preservativo femenino, diafragma, esponja vaginal, crema espermicida...)	1



- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hormonal (píldora, minipíldora, anillo vaginal, parche, inyectable.) | 1 |
| <input type="checkbox"/> Doble método (preservativo masculino/femenino más otro método) | 0 |
| <input type="checkbox"/> Métodos reversibles de larga duración
(DIU Cobre/ Hormonal , implante) | 0 |
| <input type="checkbox"/> Métodos irreversibles o quirúrgicos
(vasectomía, ligadura/obstrucción de trompas) | 0 |
| <input type="checkbox"/> Otros (Anticoncepción de urgencia o píldora del día después) | 2 |

I-CVI: 1

20. Use o no método anticonceptivo, ¿Cuánta información piensa usted que tiene sobre métodos anticonceptivos? (indique su opinión en una escala de 1: ninguna información a 4: mucha información)

- | | Riesgo |
|---|--------|
| <input type="checkbox"/> Ninguna información | 2 |
| <input type="checkbox"/> Poca información | 2 |
| <input type="checkbox"/> Bastante información | 1 |
| <input type="checkbox"/> Mucha información | 0 |

I-CVI: 0,87

21. Valore la utilidad de la información que ha recibido sobre sexualidad y anticoncepción. (Indique su opinión en una escala de 1: nada útil a 4: muy útil)

- | | Riesgo |
|------------------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> Nada útil | 2 |
| <input type="checkbox"/> Poco útil | 2 |
| <input type="checkbox"/> Útil | 1 |
| <input type="checkbox"/> Muy útil | 0 |

I-CVI: 0,87



22. ¿De dónde obtuvo la información sobre anticoncepción que usted posee?

Marque sólo la respuesta que considere más importante.

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Amistades	2
<input type="checkbox"/> Profesorado	1
<input type="checkbox"/> Padres	1
<input type="checkbox"/> Medios de comunicación	1
<input type="checkbox"/> Internet/ Redes sociales	1
<input type="checkbox"/> Pareja	1
<input type="checkbox"/> Centro Sanitario	1
<input type="checkbox"/> Nadie	2

I-CVI: 1

CONCLUSIONES

El valor del Índice de Validez de Contenido del total de la escala (S-CVI) es de 0,86, superando el valor de corte de 0,80.

Las preguntas que obtuvieron la máxima puntuación (I-CVI= 1) y por unanimidad entre los expertos han sido:

- 3. relaciones sexuales actuales
- 10. Deseo de embarazo
- 14. Frecuencia uso MAC
- 15. Tipo MAC utilizado
- 19. Conocimiento eficacia MAC
- 22. Fuente información MAC

En general todas las preguntas han superado el valor de corte de 0,80, salvo dos de ellas, en que el nivel de acuerdo es < 0,80

- 1. Edad de inicio de las relaciones sexuales coitales. I-CVI= 0,73
- 8. Iniciativa en relaciones sexuales. I-CVI= 0,66

Se considerará mantener estas dos preguntas hasta conocer la valoración de las usuarias en la prueba piloto.



13.10 EVALUACIÓN USUARIAS DE LA ESCALA REND.

[Volver](#)

Se le solicita que realice la evaluación de la escala que acaba de realizar respecto a su presentación, claridad de las preguntas, tiempo empleado en realizarla, incomodidad para responder y percepción general sobre el uso del cuestionario, del 1 al 5. Siendo el 1 la peor valoración posible y el 5 la mejor.

Puede sugerir las observaciones o modificaciones que considere oportunas.

Nº ENCUESTA	PRESENTACIÓN	CLARIDAD DE PREGUNTAS	TIEMPO EMPLEADO	INCOMODIDAD	PERCEPCIÓN GENERAL SOBRE USO DEL CUESTIONARIO	OBSERVACIONES

Gracias por su colaboración



13.11 ESCALA DEFINITIVA DE RIESGO DE EMBARAZO NO DESEADO (REND).

[Volver](#)

Este cuestionario es **voluntario y anónimo** y pretende valorar el **nivel de riesgo de embarazo no deseado** en mujeres en edad fértil (15-49 años).

Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas; es importante contestar con sinceridad y **procurar no dejar ninguna pregunta en blanco.**

1. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual coital?

(Se entenderá por **relaciones sexuales coitales** aquellas prácticas sexuales en las que interviene un varón y una mujer y en las que existe penetración y eyaculación vaginal, con o sin orgasmo)

	Riesgo
<input type="checkbox"/> No he tenido nunca	0
<input type="checkbox"/> Con menos de 15 años	2
<input type="checkbox"/> Entre 15-19 años	2
<input type="checkbox"/> Entre 20-24 años	1
<input type="checkbox"/> Con 25 años o más	1

2. Durante su primera relación sexual coital, ¿Utilizó algún método anticonceptivo? (Entendiéndose como **método anticonceptivo**, cualquier acto, dispositivo o medicación para impedir un embarazo)

	Riesgo
<input type="checkbox"/> No he tenido nunca relaciones sexuales coitales	0
<input type="checkbox"/> Sí	0
<input type="checkbox"/> No	1

3. ¿Tiene relaciones sexuales coitales actualmente?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Si	1
<input type="checkbox"/> No	0

4. Habitualmente, ¿Con qué frecuencia mantiene relaciones sexuales coitales?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> No he tenido nunca relaciones sexuales coitales	0
<input type="checkbox"/> Menos de 1 vez por semana	1
<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces por semana	1
<input type="checkbox"/> Más de 2 veces por semana	2



5. En los últimos seis meses, ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Ninguna	0
<input type="checkbox"/> 1	1
<input type="checkbox"/> Más de 1	2

6. Actualmente, ¿Tiene pareja estable?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Sí	0
<input type="checkbox"/> No	1

7. Si quedara embarazada sin desearlo, ¿Qué decisión tomaría? (Elija una única respuesta)

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Lo aceptaría	1
<input type="checkbox"/> Pediría consejo profesional	1
<input type="checkbox"/> Abortaría	2
<input type="checkbox"/> Lo daría en adopción	2
<input type="checkbox"/> No sabe/No contesta	1

8. En su situación actual, ¿Desearía quedar embarazada?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Sí	0
<input type="checkbox"/> No me importaría	0
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	2

9. ¿Cree que, en su situación actual, sería el momento adecuado para quedar embarazada?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Es un buen momento	0
<input type="checkbox"/> No es el momento ideal	1
<input type="checkbox"/> Sería un mal momento	2



10. En caso de haber estado embarazada alguna vez, ¿el embarazo fue planeado?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Nunca he estado embarazada	0
<input type="checkbox"/> Sí	0
<input type="checkbox"/> No, pero no me importó	1
<input type="checkbox"/> No	2

11. ¿Con qué frecuencia utiliza métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales coitales?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Nunca	2
<input type="checkbox"/> Casi nunca	2
<input type="checkbox"/> Casi siempre	2
<input type="checkbox"/> Siempre	0

12. ¿Qué método anticonceptivo suele utilizar con más frecuencia? (Elija una sola respuesta)

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Ninguno	2
<input type="checkbox"/> Natural (Método del calendario, marcha atrás, temperatura basal...)	2
<input type="checkbox"/> Barrera (Preservativo masculino, preservativo femenino, diafragma, esponja vaginal, crema espermicida...)	1
<input type="checkbox"/> Hormonal (píldora, minipíldora, anillo vaginal, parche, inyectable.)	1
<input type="checkbox"/> Doble método (preservativo masculino/femenino + otro método)	0
<input type="checkbox"/> Métodos reversibles de larga duración (DIU Cobre/ Hormonal , implante)	0
<input type="checkbox"/> Métodos irreversibles o quirúrgicos (vasectomía, ligadura/obstrucción de trompas)	0
<input type="checkbox"/> Otros (Anticoncepción de urgencia o píldora del día después)	2

13. En su caso, ¿Quién eligió del método anticonceptivo que utiliza?

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Usted, por su cuenta	1
<input type="checkbox"/> Su pareja	2
<input type="checkbox"/> Por acuerdo entre ambos	1
<input type="checkbox"/> Por asesoramiento de un profesional sanitario	0
<input type="checkbox"/> No utilizo ninguno	2



14. Tanto si usa anticonceptivos como si no, ¿Qué método anticonceptivo considera más seguro para evitar el embarazo? (Elija una sola respuesta).

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Ninguno	2
<input type="checkbox"/> Natural (Método del calendario, marcha atrás, temperatura basal...)	2
<input type="checkbox"/> Barrera (Preservativo masculino, preservativo femenino, diafragma, esponja vaginal, crema espermicida...)	1
<input type="checkbox"/> Hormonal (píldora, minipíldora, anillo vaginal, parche, inyectable.)	1
<input type="checkbox"/> Doble método (preservativo masculino/femenino + otro método)	0
<input type="checkbox"/> Métodos reversibles de larga duración (DIU Cobre/ Hormonal , implante)	0
<input type="checkbox"/> Métodos irreversibles o quirúrgicos (vasectomía, ligadura/obstrucción de trompas)	0
<input type="checkbox"/> Otros (Anticoncepción de urgencia o píldora del día después)	2

15. Valore la utilidad de la información que ha recibido sobre sexualidad y anticoncepción.

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Nada útil	2
<input type="checkbox"/> Poco útil	2
<input type="checkbox"/> Bastante útil	1
<input type="checkbox"/> Muy útil	0

16. ¿De dónde obtuvo la información sobre anticoncepción que usted tiene? Marque la respuesta que considere más importante (Elija una sola respuesta).

	Riesgo
<input type="checkbox"/> Amistades	2
<input type="checkbox"/> Profesorado	1
<input type="checkbox"/> Padres/familiares	1
<input type="checkbox"/> Medios de comunicación	1
<input type="checkbox"/> Internet/ Redes sociales	1
<input type="checkbox"/> Pareja	1
<input type="checkbox"/> Centro Sanitario	1
<input type="checkbox"/> Nadie	2

(Continúe en la página siguiente, por favor)



DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Le recordamos que el cuestionario es anónimo por lo que ninguno de sus datos personales será revelado.

1. ¿Cuántos años tiene? _____

2. Indique cuál es su nivel máximo de estudios finalizados (*marque una sola respuesta*):

- ☐ Sin estudios
- ☐ Estudios Primarios
- ☐ Educación Secundaria Obligatoria (ESO)
- ☐ Bachiller/Formación Profesional Grado medio
- ☐ Universitarios / Formación Profesional Grado superior
- ☐ Otros

3. Indique cuál es su situación laboral actual (*marque una sola respuesta*):

- ☐ Trabajadora por cuenta propia
- ☐ Trabajadora por cuenta ajena
- ☐ Pensionista
- ☐ Estudiante
- ☐ Desempleada o sin empleo
- ☐ Trabajo doméstico no remunerado
- ☐ Otros _____

4. Indique cuál es su estado civil actual (*marque una sola respuesta*):

- ☐ Soltera
- ☐ Casada/Unión de hecho
- ☐ Separada/Divorciada
- ☐ Viuda
- ☐ Otra _____



5. Indique cual es el tipo de convivencia actual (*marque una sola respuesta*)

- ☐ Sola sin hijos
- ☐ Sola con hijos
- ☐ En pareja sin hijos
- ☐ En pareja con hijos
- ☐ Con padres/familiares sin hijos
- ☐ Con padres/familiares con hijos
- ☐ Otras personas sin hijos
- ☐ Otras personas con hijos

6. ¿Cuál es su nacionalidad? _____

Gracias por su colaboración



Tablas



14. TABLAS

14.1 VARIABLES Y PREGUNTAS UTILIZADAS EN ESTUDIOS SOBRE INTENCIÓN DE EMBARAZO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

[Volver](#)

ESTUDIO	VARIABLES DEMOGRAFICAS	VARIABLES EMBARAZO	PREGUNTAS
Instrumento de planificación del embarazo utilizado para mujeres no embarazadas. (Morin y otros, 2003)		Deseo de embarazo	¿Cómo te sentirías acerca de un posible embarazo? No quiero un bebe; No estoy segura de querer un bebé; Quiero un bebé.
		Intención de embarazo	¿Cómo describirías tus conversaciones con tu compañero sobre un posible embarazo? Le digo que no quiero quedar embarazada; Nunca hablo sobre quedarme embarazada; Le hablo sobre tal vez quedar embarazada en unos pocos años; Hablo de tal vez quedarme embarazada en un año más o menos; Le digo que quiero quedar embarazada y discutimos qué podríamos hacer ¿Cómo describirías tu decisión sobre un futuro embarazo? He decidido no quedarme embarazada; No voy a decidir nada todavía. Sucederá naturalmente; Yo mismo decidiré quedarme embarazada; Mi compañero y yo decidiremos juntos; No lo se



		Factores contextuales	¿Pensaría en alguno de los siguientes factores antes tomar su decisión sobre un posible embarazo?: Su edad Sí /No/ No lo sé; Su trabajo Sí/ No/ No lo sé; Sus finanzas Sí/ No/ No lo sé; Si su espacio vital es adecuado Sí/ No/ No lo sé; Su relación con su compañero Sí /No/ No lo sé
		Planificación del embarazo	<p><u>Sincronización:</u> ¿Cuál sería el mejor momento para quedar embarazada? No quiero quedar embarazada ahora o en cualquier momento en el futuro (0 puntos); Me gustaría quedar embarazada en unos años (1 punto); No lo sé (2 puntos); Me gustaría quedar embarazada en un año más o menos (3 puntos); Me gustaría quedar embarazada ahora (4 puntos)</p> <p><u>Procepción:</u> ¿Cómo describirías tu comportamiento propositivo en el tiempo presente? Uso algún tipo de anticonceptivo cada vez que tengo sexo para evitar quedar embarazada (0 puntos); Uso algún tipo de anticonceptivo cuando pienso que hay un riesgo de quedar embarazada (1 punto); No uso ningún tipo de anticonceptivo y estaría descontento por quedar embarazada (2 puntos); No uso ningún tipo de método anticonceptivo, pero no intento quedar embarazada (3 puntos); No uso ningún tipo de método anticonceptivo y estoy intentando quedar embarazada (4 puntos)</p> <p><u>Comportamiento general:</u> ¿Cómo describirías tu comportamiento general con respecto a un posible embarazo? Intento evitar quedarme embarazada (0 puntos); No hago nada para evitar quedarme embarazada, pero no hago</p>



			<p>nada especial para quedar embarazada (2 puntos); Estoy tratando de quedar embarazada(4 puntos); El puntaje puede variar de cero a 12, el último representa la planificación más organizada e intensa.</p>
<p>APPS- Escala de Actitud hacia el Embarazo Potencial (Paterno y Han, 2014)</p>		Actitud hacia el embarazo	<p>¿Cuánto desea quedar embarazada en este momento? 1- De ningún modo a 5-Mucho ¿Cuánta importancia tiene para usted evitar quedar embarazada en este momento? 1- Ninguna a 5-Muchísima ¿Cuánta preocupación le supondría quedar embarazada ahora? 1- En absoluto a 5-Muchísima ¿Cómo de triste estaría si estuviera embarazada ahora? 1- nada triste a 5-Muy triste ¿Cómo de feliz estaría si estuviera embarazada ahora? 1- Muy infeliz a 5-Muy feliz Los ítems 2, 3 y 4 tienen puntuación inversa. La puntuación total es la suma de los cinco elementos. Los puntajes más altos corresponden a actitudes más positivas frente al embarazo. La hipótesis es que el aumento de puntaje en las APPS estaría asociado con menores probabilidades de ser un usuario de anticonceptivo altamente efectivo</p>



<p>LMUP -London Measure Unplanned Pregnancy. (Barrett, Smith, & Wellings, 2004)</p>		<p>Intención de embarazo</p>	<p>1) En el mes en que quedé embarazada...No usé/usamos anticonceptivos; Usé/usamos anticonceptivos, pero no en cada ocasión; Siempre usé/usamos anticonceptivos, pero fallaron por lo menos una vez; Siempre usé/usamos anticonceptivos;</p> <p>2) En lo que respecta a ser madre (por primera vez u otra vez), pienso que quedé embarazada... en el momento adecuado ;en un buen momento, pero no en el ideal; en un mal momento;</p> <p>3) Justo antes de quedar embarazada... planeaba quedar embarazada; cambiaba de opinión constantemente al respecto; no planeaba quedar embarazada</p> <p>4) Justo antes de quedar embarazada... quería tener un hijo; tenía sentimientos contradictorios al respecto; no quería tener un hijo</p> <p>5) Antes de quedar embarazada,... Mi pareja y yo nos pusimos de acuerdo en que queríamos que quedara embarazada; Mi pareja y yo habíamos hablado de tener hijos juntos, pero llegamos a decidir que queríamos que quedara embarazada; Nunca habíamos hablado de tener hijos juntos</p> <p>6) Antes de quedar embarazada, ¿hizo algo de lo siguiente para mejorar su salud en anticipación para el embarazo? Tomé ácido fólico; dejé de fumar cigarrillos o fumaba menos; dejé de beber o bebía menos alcohol; empecé a comer de una manera más saludable; pedí consejo médico/de salud; tomé otras medidas (explique); No hice nada de lo de arriba mencionado antes de mi embarazo. La escala comprende puntajes crecientes de cero a 12, que representan que a mayor</p>
--	--	------------------------------	---



			puntuación mayo planificación/intención del embarazo y no hay puntos de corte en la escala; cada puntaje proporciona información adicional. En términos de producción de estimaciones de población, se sugiere la división de puntajes en tres grupos, 10-12 (planeado), 4-9 (ambivalente); y 0-3 (no planeado).
Valoración prospectiva de intención de embarazo. (Kavanaugh y Schwarz, 2009)		Intención de embarazo	<p>¿Cuál de las siguientes situaciones describe mejor su situación actual respecto al embarazo? Trato de quedar embarazada, no me importaría quedar embarazada (ambivalente), no me importaría evitar el embarazo (ambivalente), tratando de evitar el embarazo, no sé (ambivalente).</p> <p>Si recibiera un resultado positivo en una prueba de embarazo ¿Qué haría? Abortar, darlo en adopción, tener el niño, no sé.</p> <p>pLMUP (Prospective London Measure Unplanned Pregnancy)</p> <p>1)Frecuencia de uso de anticonceptivos desde la última menstruación: Siempre; A veces; Nunca</p> <p>2)Sentimiento sobre el momento oportuno para convertirse en madre: Momento incorrecto, Bien, pero no el momento correcto; Momento correcto;</p> <p>3)Intenciones de quedar potencialmente embarazada: No intencional; Intenciones cambiantes; Intencional</p> <p>4)Discusiones con la pareja sobre embarazo potencial: No discusión; Discusión pero no</p>



			<p>acuerdo; Acuerdo sobre embarazo</p> <p>5) Acciones preparatorias para el embarazo, desde la última menstruación: Sin acciones preparatorias; 1 acción; 2 o más acciones</p> <p>Los encuestados obtuvieron 0-2 para cada una de las cinco preguntas; por lo tanto, el puntaje final varió de un total de 0 (menos previsto) a 10 (más previsto). Los puntajes se distribuyen en tres grupos: 0-3 (no planificado), 4-7 (ambivalente) y 8-10 (planificación)</p>
Sensibilidad de medidas de embarazo no deseado. (Yeatnab y Sennot, 2015)		Deseo de embarazo. Recuerdo retrospectivo	¿El embarazo era deseado en el momento de la concepción? Sí/No. ¿El embarazo era deseado en este momento o en un momento posterior?
		Tamaño ideal familia	<p>Si pudiera tener exactamente la cantidad de hijos que desea, ¿Cuántos hijos tendrías o quieres tener? ¿Desearía tener un (otro) hijo? / ¿Te gustaría tener otro hijo después de que nazca el que estás esperando?</p> <p>¿Cuánto tiempo te gustaría esperar antes de tener tu primer/ siguiente hijo? Lo más pronto posible; <2; 2-3; 3-4; 4-5, +5, no tengo preferencia, no quiero otro hijo, no sabe</p>



Factores de Incumplimiento en usuarios de terapia hormonal combinada. (Martínez-Astorquiza-Ortiz de Zárate, Díaz-Martín, & Martínez-Astorquiza-Corral, 2013)	<p>Edad, historia ginecológica (partos, abortos espontáneos, inducidos, nº hijos), pareja estable (si/no), nivel educativo (primaria, secundaria, universitarios), situación laboral (trabajo ajeno, ama de casa, estudiante, desempleada),</p>	<p>Intención de embarazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tiempo de uso anticonceptivos, • información sobre anticonceptivos (muy informada, normal, no muy informada, no interesada), • comprensión de información e instrucciones sobre métodos anticonceptivos (no interesada, nada, no entiende muchas cosas, entiende casi todo, comprende todo), • apoyo pareja (siempre, ausencia pareja, indiferente, a veces), • interés en quedar embarazada (muy interesada, interesada, preferiría no quedarme , no me importa), • rutina de uso MAC(a la misma hora, diariamente, no organizado, no interesado, otro), • dificultades para tomar/usar MAC (en fin de semana, en viajes cortos, después de salir de noche) 	
Medición de actividad sexual, anticoncepción y medidas relacionadas. (Abma & Martínez, 2017)	<p>Edad, raza, situación familiar actual, edad madre al nacimiento del primer hijo, nivel educativo de madre</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad sexual actual, - Edad de la primera relación sexual, - Tipo de pareja en primera relación sexual (salían de vez en cuando, pareja estable, convivencia, comprometido, casado), - Razones para no tener relaciones sexuales(motivos religiosos/morales, no querer quedar embarazada, no querer contraer ITS, encontrar persona adecuada, momento adecuado), - Uso continuo MAC (píldora, condón, vasectomía, inyectable, coitus 	



		<p>interruptus, métodos naturales, parche, anillo, AE, implante, diafragma, condón femenino, espuma o crema espermicida, capuchón cervical, esponja anticonceptiva, DIU y otro)</p> <p>- Uso MAC en primera relación sexual y tipo de método utilizado</p> <p>- Uso MAC en última relación sexual y tipo de método utilizado</p> <p>Si quedaras embarazada ahora, ¿Cómo te sentirías? Muy molesto, poco molesto, poco contento, muy contento</p>	
<p>Uso consistente de anticonceptivos. (Jones, Tapales, Lindberg, & Frost, 2015)</p>	<p>Edad, raza o etnia, nivel ingresos y nº hijos</p>	<p>Actividad sexual</p> <p>Planificación embarazo</p> <p>Uso de métodos anticonceptivos:</p> <p>Consistencia uso:</p> <p>Embarazo no deseado</p>	<p>En los últimos 30 ¿tuvo relaciones con un hombre al menos una vez? Si/No (No= sexualmente inactivo, no riesgo)</p> <p>¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor sus planes actuales para tener otro bebé? Trato de quedar embarazada ahora (no riesgo), no estoy tratando de quedar embarazada ahora pero espero intentarlo en un futuro, no quiero tener ningún (más) hijos, no estoy segura de si quiero o no tener un bebé (más)</p> <p>En los últimos 30 días, usted o sus parejas han usado cualquiera de los 12 métodos (píldora, parche, anillo, inyectable, métodos naturales, vasectomía y espermicida u otro método barrera)?</p> <p>¿Con qué frecuencia ha utilizado método anticonceptivo en sus relaciones sexuales? Cada vez, más de la mitad de las veces, la mitad de las veces, menos de la mitad.</p> <p>¿Alguna vez quedó embarazada cuando no lo planeaba o no lo deseaba? Si/No</p>



		<p>Percepción de fatalismo</p> <p>Conocimiento anticonceptivo</p> <p>Tipo de pareja</p> <p>Prevención embarazo</p>	<p>No importa si uso anticonceptivos o no, cuando sea el momento de quedar embarazada sucederá: Muy desacuerdo, desacuerdo (no fatalista), de acuerdo, muy de acuerdo (fatalista)</p> <p>¿Qué método anticonceptivo es más efectivo para prevenir el embarazo el condón o la píldora? ¿Qué método es más efectivo para prevenir el embarazo las píldoras o el DIU? : ¿Hay alguien a quien vea o salga de formas más o menos regular?</p> <p>¿Cómo de importante es para usted evitar quedar embarazada ahora? Nada importante (1) a muy importante (6). Evitación embarazo débil= 1-2, neutral=3-4, evitación fuerte=5-6.</p>
<p>Cuestionario ad hoc de factores de riesgo de embarazo no deseado y aborto. (Lidaka, Viberga, & Stokenberga, 2015)</p>	<p>Edad primera relación sexual, embarazos anteriores</p>	<p>- Hábitos sexuales: nº parejas sexuales de por vida: 1,2,3,4 o +, frecuencia relaciones sexuales: al menos una vez/mes, menos de una vez/mes</p> <p>- Hábitos anticonceptivos: perfil eficacia anticonceptiva: bajo(ningún tipo MAC), intermedio (al menos una vez métodos ineficaces), alto (siempre MAC eficaces), motivación para elegir método anticonceptivo (sabe por qué lo eligió, no sabe)</p> <p>- Evaluación conocimientos sobre anticoncepción y fuentes de información (no doctores, doctores, no maestros, maestros, no libros, libros)</p> <p>Son 16 preguntas respuesta múltiple y una pregunta abierta sobre causas de embarazo no deseado</p>	



Prevalencia del embarazo no deseado acabado en nacimiento. (Goossens y otros,2016)	Edad, nacionalidad, etnia, religión, educación, ocupación, situación de vida, ingresos netos hogar, pobreza subjetiva hogar, estado civil, duración relación, ocupación y nivel educativo pareja	Intención embarazo	Escala LMUP
		Sentimiento embarazo actual	Mi embarazo actual era...querido, primero no deseado, pero luego querido, no deseado, primero querido pero luego no deseado
		Comportamiento (preparación embarazo, hábitos tóxicos: tabaquismo, consumo drogas y alcohol)	Antes de quedar embarazada, ¿hizo algo para mejorar su salud en preparación para el embarazo?



14.2 VARIABLES UTILIZADAS EN ENCUESTAS POBLACIONALES SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

[Volver](#)

ENCUESTA	VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS	VARIABLES EMBARAZO	PREGUNTAS
Encuestas Demográficas y de Salud (DHS) y Encuesta Nacional de Crecimiento Familiar (NSFG)_CDC (2013-2015)	Edad parturienta, paridad, idioma materno, años de educación, monoparentalidad (solo vs cohabitación con conyuge/pareja), estado ocupacional (actualmente trabajando vs a no trabajar), ingresos familiares anuales y un historial de enfermedades mentales.	Embarazo planeado, no deseado, inesperado	<p>Pensando en el pasado, ¿Planeaba quedar embarazada en ese momento?</p> <p>e) Quería estar embarazada antes y en ese momento (planeado)</p> <p>f) Quería quedar embarazada en ese momento (planeado)</p> <p>g) No quería quedar embarazada en ese momento, pero quería otro hijo en el futuro (inesperado)</p> <p>h) No quería quedar embarazada ni en ese momento ni en el futuro (no deseado)</p>



Australian National Survey. Rowe y otros (2016)	Edad (18-25, 26-40 y +40 años), sexo, identidad sexual (heterosexual u otra), tipo relación (matrimonio u otro), educación postgrado (si/no), afiliación religiosa (si/no), país nacimiento (Australia u otro), seguro privado (si/no), residencia (rural u otra)	Intención embarazo	¿Cuántas veces sabe que usted o usted junto con su pareja, tuvieron un embarazo accidental? (inoportuno, imprevisto o no planificado)
		Experiencias de anticoncepción y embarazo	Acceso a anticonceptivos, uso y satisfacción con MAC, nº embarazos, embarazos no deseados
		Experiencias coacción sexual	¿Alguna vez te has sentido forzado o asustado por alguien (mujer, hombre, extraño o alguien que conoces) a hacer algo sexual que no querías hacer? Si, una vez; Si, más de una vez; No ¿Fue este sexo deseado por... Alguien que no conocía antes; Un conocido casual; Alguien que conocía bien pero no era su pareja sexual; Su pareja sexual habitual en ese momento?



PRAMS-CDC (2016)	Mujeres que acaban de dar a luz recientemente.		<p>¿Qué método anticonceptivo estaba utilizando cuando se quedó embarazada? Pildora anticonceptiva, Condomes, Inyectable, Implante, Parche o anillo vaginal, DIU, Métodos naturales, Otro</p> <p>Cuando se quedó embarazada ¿estaba buscando un embarazo? si/no</p> <p>Cuando se quedó embarazada, su pareja o usted estaban utilizando algún método para evitar el embarazo? si/no</p> <p>Por qué razones usted o su pareja no estaban tomando medidas para evitar un embarazo?</p> <ul style="list-style-type: none">- No creí que me pudiera quedar embarazada- No me importaba quedarme embarazada- El método anticonceptivo que estaba utilizando tenía efectos secundarios- Tuve problemas en obtener
-------------------------	--	--	--



			<p>anticonceptivos cuando los necesité</p> <ul style="list-style-type: none">- Mi pareja no quería usar ningún método anticonceptivo- Olvidé usarlo <p>Cuánto tiempo hubiera querido esperar antes de quedar embarazada? Menos de un año, entre uno y dos años, entre 2-3 años, entre 3-5 años, más de 5 años</p> <p>Pensando justo antes de quedar embarazada, ¿Cómo cree que se sentía su pareja respecto a un posible embarazo? Quería que me quedara embarazada pronto, quería que me quedara embarazada después, quería que me quedara embarazada entonces, no quería que me quedara embarazada en ese momento ni en el futuro, no lo se, no tengo pareja.</p> <p>¿Cómo se sintió usted cuando se enteró de que estaba esperando un bebé? Muy infeliz, infeliz, no estoy segura, feliz, muy feliz</p>
--	--	--	---



NATSAL-3. National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles. Londres. Wellings y otros, 2013)	Edad, estado civil, nivel educativo, estado socioeconómico (ingresos, empleo), nº niños	Uso anticoncepción en primera relación sexual, competencia en primera relación sexual (autonomía en toma de decisiones, uso métodos anticonceptivos eficaces), fuente educación sexual, frecuencia relaciones sexuales, hábitos tóxicos, depresión actual Escala LMUP- intención embarazo	
Estudio FECOND. Encuesta poblacional sobre prácticas anticonceptivas e intenciones de embarazo. Francia, 2010 Moreau, Bohet, Le Guen, Loilier, & Bajos, 2014	Historial reproductivo: nacidos vivos, abortos electivos, abortos espontáneos, embarazos ectópicos, abortos terapéuticos, muerte fetal intrauterina, duración embarazo, relación pareja (estable o no), situación financiera	Intenciones de embarazo: Planificación de embarazo Deseo de embarazo Usos anticonceptivos Sentimiento embarazo	¿Había planeado este embarazo? ¿Tu pareja había planeado este embarazo? ¿Había deseado este embarazo? ¿Su pareja había deseado este embarazo? No lo pensé, nada en absoluto, más tarde (embarazo no deseado/no planificado), antes y en ese momento (embarazo deseado/buscado) ¿Estaba haciendo algo para evitar un embarazo en el mes previo a quedar embarazada? Si/no ¿Qué método estaba usando? ¿Por qué piensa que ocurrió el embarazo? ¿Por qué no estaba usando ningún anticonceptivo? Quería un



			hijo, pensó que no podía quedar embarazada, no esperaba tener relaciones sexuales, nunca había usado MAC antes, no tenía ningún método disponible, pensó que su pareja ya usaba, otros ¿Cómo de feliz estaba usted cuando se enteró del embarazo: 1- nada contento a 10-muy contento
Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de la SEC (2016)		Edad comienzo RRSS, uso método anticonceptivo 1ª relación sexual, uso actual método anticonceptivo, tipo de método, motivo no uso(embarazo/puerperio, deseo gestación, esterilidad, menopausia, problemas salud, efectos secundarios, incomodidad, intolerancia, negativa pareja, conflictos ideológicos, coste), frecuencia uso anticonceptivo (siempre, frecuentemente, ocasionalmente, nunca), influencia en decisión método (personal sanitario, familia/amigos, medios, RRSS, otros), conocimiento métodos	



		anticonceptivos(doble método, píldora día después, LARC)	
Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales. INE 2003	Edad, sexo, nivel estudios, comunidad autónoma	<p>Edad primera relación sexual Nº y tipo de parejas (estable, ocasional, nueva pareja), Uso de preservativo</p> <p>Información sexual</p>	<p>¿Ha tenido alguna vez en su vida relaciones sexuales? ¿usaron preservativo en la primera relacion sexual? La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿Usó preservativo? ¿Con qué frecuencia ha usado preservativo con parejas ocasionales? ¿Quién llevaba el preservativo consigo? ¿Podría decir cual o cuales fueron las razones por las que no uso preservativo la primera vez que tuvo relaciones sexuales con su pareja?</p> <p>¿En qué medida le resultó satisfactoria la comunicación con su padres sobre temas sexuales? Si usted hubiera podido elegir, ¿de qué fuente de información (persona o medio) habría preferido aprender acerca de</p>



			temas sexuales? En la práctica, ¿Cuál fue la fuente de información sobre temas sexuales más importante para usted?
Encuesta Nacional de Salud Sexual. Ministerio de Sanidad y Política Social. España. 2009	Pareja estable, nº hijos, tipo de convivencia (sólo, solo con hijos, conyuge/pareja solos, conyuge/pareja con hijos, padres/parientes, otra), Estado civil, Nivel mayor de estudios oficiales cursados (menos 5 años escolarización, Ed. Primaria LOGSE, ESO o Bachiller elemental, FP grado medio, Bachillerato LOGSE, FP grado superior, Diplomado, Licenciado, Estudios postgrado/especialización), situación laboral (trabaja, jubilado/pensionista, en paro con trabajo anterior, en paro primer trabajo, estudiante, trabajo doméstico no remunerado, otra), Nacionalidad (española, española y otra, otra,NC)	Información sexualidad Edad primera relación sexual Uso método anticonceptivo 1ª relación sexual y tipo Iniciativa relaciones sexuales (siempre, casi siempre, algunas veces, nunca) Frecuencia relaciones sexuales (diaria, cada 2-3 días, una vez/semana, una vez/2-3 semanas, una vez/mes, menos de 1 vez/mes, otra) Frecuencia uso método Anticonceptivo (siempre, algunas veces, casi nunca, nunca, no fue necesario, NS/NC) Tipo de MAC utilizado Decisión MAC (usted, su pareja, ambos, NC) Utilización MAC última relación sexual y tipo.	



Informe de Juventud en España 2016	Jóvenes 15 a 29 años Tipo de centro de estudios (público/privado, religioso/no Independencia económica: exclusivamente ingresos propios, ingresos de otras personas, con algunos ingresos propios. Convivencia: con padres, por cuenta propia,	Actividad sexual: relaciones sexuales completas (penetración), incompletas, no relaciones sexuales de ningún tipo, NC Creencias religiosas: católico practicante, católico no practicante, creyente de otra religión, no creyente, indiferente, ateo, agnóstico Edad primera relación sexual Utilización MAC última relación sexual Tipo pareja: estable/no Tipo MAC utilizado (condón, píldora, DIU, otros, NC) Razón para no usar preservativo últimos 12 meses (solo sexo oral, la pareja no quería usarlo, ausencia sensación riesgo, no hablar del tema antes de tener relaciones, intentaba tener hijos, no disponía de preservativo, confiaba en la otra persona, utilizaron otro método, NC) Edad primer END	
---	---	---	--



Encuesta HABITS 2012. Hábitos sexuales y uso anticonceptivos entre mujeres y profesionales sanitarias en España. MSD a través de AMBER Marketing Research. Lete Lasa I, Pérez Campos E.	Mujeres de 23 a 49 años		<p>¿Qué métodos anticonceptivos conoce usted? Mencione los que conozca aunque no los haya utilizado.</p> <p>De los siguientes métodos ¿Cuáles conoce, aunque nunca los haya utilizado?</p> <p>Pildora anticonceptiva, preservativo o condón, DIU, parche anticonceptivo, Implante subcutáneo, Ligadura de trompas, vasectomía, coito interrumpido.</p> <p>¿Cómo valora cada uno de los anticonceptivos nombrados del 0 al 10?</p> <p>Pensando en su método anticonceptivo ideal, ¿Con qué frecuencia piensa que se debería administrar? Esporádicamente, cuando se necesite, semanalmente, mensualmente, cada 3 meses, cada 3 años, cada 5 años</p>
--	-------------------------	--	---



14.3 CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.

[Volver](#)

Término	Sinónimo	Aspectos a considerar	Técnicas de análisis
Viabilidad	Feasibility	Tiempo empleado Claridad de preguntas Registro, codificación Interpretación de resultados	Estudio piloto
Fiabilidad	Reliability	Consistencia interna Intraobservador Interobservador	Alfa de Cronbach CCI, Índice Kappa, método gráfico de Bland y Altman
Validez	Validity	Lógica/aparente De contenido De constructo De criterio	Redacción de preguntas Opinión de expertos Análisis factorial Pruebas diagnósticas
Sensibilidad al cambio	Responsiveness	Intrínseca Extrínseca	En función del diseño y del tipo de cambio previsible

Fuente: García de Yebenes Prous, Rodríguez Salvanés, & Carmona Ortells, 2009



14.4 ASPECTOS PSICOMÉTRICOS PARA LA VALIDACIÓN DE UNA ESCALA.

[Volver](#)

ASPECTOS PSICOMÉTRICOS			DESCRIPCIÓN
Fiabilidad	Consistencia Interna	Alfa de Cronbach	Mide el grado de correlación interna entre los ítems
		Mitad y Mitad	Compara las correlaciones entre las dos mitades de un instrumento
		Kuder-Richardson	Obtiene el grado de correlación entre variables dicotómicas
		Correlación Interenunciados	Obtiene el grado de correlación entre cada variable y la puntuación total
		Omega de McDonald	
	Estabilidad	Test-retest	Mide la constancia de las respuestas obtenidas en repetidas ocasiones con los mismos sujetos
	Equivalencia		Determina la consistencia de las puntuaciones de los instrumentos
	Armonía interjueces		Mide el grado de concordancia entre observadores que miden el mismo fenómeno
Validez	Validez aparente		Determina el grado en el que los ítems parecen medir lo que se proponen
	Validez de contenido	Método Delphi	Método cualitativo para obtener la opinión de un panel de expertos



		Modelo de estimación de magnitud	Determina la intensidad percibida de un estímulo físico o social
		Modelo de Fehring	Explora cuantitativamente si el instrumento mide el concepto que quiere medir con la opinión de un grupo de expertos
		Metodología Q	Mide la validez de contenido con un grupo de expertos
	Validez de criterio	Validez concomitante	Mide el grado de correlación entre un instrumento y otra magnitud que mida el mismo criterio/ o entre dos medidas del mismo concepto al mismo tiempo en los mismo sujetos
		Validez predictiva	Mide el grado de correlación entre la medida de un concepto y una medida posterior del mismo. Mide como un instrumento predice una evolución
	Validez de constructo	Convergente-divergente	Mide si el instrumento correlaciona con variables esperables y no correlaciona con las que no se esperan
		Análisis factorial	Reduce un número de variables a factores de variables para distinguir las dimensiones subyacentes que establecen las relaciones entre los ítems



		Validez discriminante	Mide el grado del instrumento para distinguir entre individuos que se espera que sean diferentes
Sensibilidad			Habilidad del instrumento para reflejar cambios en el estado de salud debido a una intervención conocida
Viabilidad/Factibilidad		Porcentaje de respuestas Tiempo de cumplimentación Percepción de los pacientes y profesionales	Mide si el cuestionario es asequible para utilizarlo en el campo que quiere utilizar

Fuente: Carvajal, Centeno, Watson, Martínez, & Sanz Rubilales, 2011



14.5 RESUMEN DE EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA DE ESCALAS DE SALUD.

[Volver](#)

CRITERIO	PROPIEDAD	DEFINICIÓN	ESTADÍSTICOS	RESULTADO SATISFACTORIO
Reproducibilidad	Fiabilidad	Variación u homogeneidad en las mediciones	Coeficiente alfa de Crombach,	$\geq 0,7$
	Consistencia Interna	Correlación entre los ítems de una dimensión (aplica para escalas multidimensionales e índices)	Correlación de Pearson o Spearman, Kuder-Richardson	$\geq 0,4$ (en caso de ser $\geq 0,9$ indicaría que las mediciones son iguales)
	Poder discriminante	Correlación entre los ítems de una escala y las dimensiones a las cuales no pertenecen (sólo en escalas multidimensionales)	Correlación de Pearson, Spearman,	Menor a la correlación del ítem con su dimensión ($<0,3$)
	Fiabilidad intra-observador o test-retest	Concordancia en evaluadores diferentes con los mismos sujetos, igual instrumentos y ocasión	Correlación de Pearson, Spearman o Intraclass	$\geq 0,80$ ó $0,85$
	Fiabilidad inter-observador	Concordancia en evaluadores diferentes con los mismos sujetos, igual instrumento y ocasión	Correlación de Pearson, Spearman o Intraclass	$\geq 0,80$ ó $0,85$
Validez	De apariencia (lógica)	Grado en que los ítems mide de forma lógica un constructo dado	Ninguno. Aplicabilidad y aceptabilidad	No aplica
	De contenido	Los ítems del instrumento representan adecuadamente el constructo que pretende medir	Análisis factorial exploratorio	Coeficientes o cargas factoriales $\geq 0,3$



	De criterio (concurrente y/o predictiva)	Grado de similitud en los puntajes de la escala comparados con un estándar o patrón de referencia (criterio)	Coeficientes de correlación de Pearson o de Spearman	$\geq 0,80$
	Convergente/ divergente	Correlaciona los puntajes obtenidos con escalas diferentes	Correlación de Pearson o de Spearman	Entre 0,4 y 0,70
	De constructo	Grado en el que el instrumento refleja adecuadamente la teoría subyacente del fenómeno o constructo que se quiere medir	Análisis factorial confirmatorio o Pruebas de Hipótesis para comparar grupos teóricamente diferentes	Coeficientes $\geq 0,3$, estadísticos de bondad de ajuste $\geq 0,05$. En pruebas de hipótesis $V_p < 0,05$
Sensibilidad	Capacidad de un instrumento para detectar cambios a través del tiempo		Pruebas diagnósticas	$V_p < 0,5$
Utilidad	La escala es de fácil aplicación, poca complejidad y bajo coste		Ninguno	No aplica

Fuente: Luján-Tangarife & Cardona-Arias, 2015



14.6 PREGUNTA PICO.

[Volver](#)

	Descriptores lenguaje natural	MeSH	DeCS	Fuentes
Paciente	Women, Adolescent Adult 19-44 years	Women (Adolescent and Adult)	Mujeres (Adolescente,adulto)	PubMed MEDLINE IBECs Cochrane JBI Cinhal Cuiden
Intervención	Assessment tool Questionnaires Tests Outcome measurements Validity Validation Health measurement scales Instruments	Surveys and questionnaires; Contraceptive prevalence surveys; Validation studies	Encuestas y cuestionarios Encuestas de Prevalencia Anticonceptiva Estudios de validación	
Comparación	Risk factors Contraception behavior Sexual behavior Family planning	Contraception, Sexual behavior, Risk factors	Anticoncepción Conducta sexual Factores de riesgo	
Resultado	Unintended, Unwanted, Unplanned, unexpected Místimed Pregnancy, childbirth	Pregnancy, unwanted Pregnancy, unplanned	Embarazo no deseado Embarazo no planeado	



14.7. EJEMPLO FICHA BIBLIOGRÁFICA.

[Volver](#)

Nº	REFERENCIA /TITULO	AMBITO	TIPO DISEÑO	PALABRAS CLAVE	MUESTRA/ PARTICIPANTES	ESCALA/ INTERVENCIÓN	VARIABLES/ DIMENSIONES	METODOLOGIA	RESULTADOS
2	Barrett, G., Wellings, K.(2002).What is a 'planned' pregnancy? empirical data from a British study.Social Science & Medicine, 55, 545-557	London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London, Health Promotion Research Unit, Keppel Street, London WC1E 7HT,UK	aproximación cualitativa	Unplanned pregnancy; Unintended pregnancy; Unwanted pregnancy	mujeres embarazadas de 16 a +40 años	LMUP, elaborada ad hoc	Guía de temas de la "ronda principal": (1) antecedentes / información sociodemográfica; (2) situación actual de embarazo Circunstancias de reclutamiento; (3) la conciencia más temprana de embarazo; (4) confirmar el embarazo; (5) anticoncepción alrededor del momento del embarazo;(6) sentimientos de estar embarazada; (7) decisión sobre el embarazo; (8) orientación a la maternidad; (9) tiempo de nacimiento; (10) naturaleza de la asociación; (11) comprensión de los términos (planificado / no	Se llevaron a cabo dos rondas de entrevistas en profundidad: (1) una ronda principal de entrevistas con mujeres embarazadas; y (2) entrevistas de seguimiento después del nacimiento, con mujeres que continuaron con sus embarazos	Las mujeres en edad fértil, en particular las adolescentes (de 15 a 19 años) y las jóvenes (de 20 a 24 años). Aproximadamente el 50% de los embarazos no son intencionales. Se observa una mayor proporción de embarazos no deseados entre los siguientes grupos: adolescentes y mujeres jóvenes, mujeres pertenecientes a minorías raciales o étnicas y mujeres con bajos niveles de educación e ingresos . Los anticonceptivos que se usan de manera incorrecta o inconsistente pueden conducir a embarazos no deseados y a altos costos evitables. Si el 10% de las mujeres de 20-29 años cambiaran de anticonceptivos orales a LARC, los costos totales del sector



							planificado / intencionado / involuntario / deseado / no deseado).		de la salud se reducirían en 288 millones de dolares por año. El embarazo no deseado conlleva consecuencias sanitarias y económicas significativas y afecta desproporcionadamente a las mujeres pobres y mujeres de color
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---



14.9 RESULTADOS RONDA 1 EXPERTOS MEDIANTE ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS.

[Volver](#)

Nº ITEM	CRITERIOS VALORACIÓN	Media	DE	Nº 4-5	% 4-5
1 Edad 1ª Relación Sexual	Adecuación ítem	4,62574869	0,72374686	14	87,5
	Adecuación riesgo	4,08763061	0,8837151	11	68,75
	Comprensión	4,84288836	0,51639778	15	93,75
	Extensión	4,77581595	0,56061191	15	93,75
	Aceptabilidad	4,72870805	0,45773771	16	93,75
	GLOBAL	4,60372786	0,49291166		86,90383
2 Uso Métodos Anticonceptivos 1ª Relación Sexual	Adecuación ítem	4,77581595	0,56061191	15	93,75
	Adecuación riesgo	4,62574869	0,72374686	14	87,5
	Comprensión	4,69071353	0,70373155	14	87,5
	Extensión	4,84288836	0,51639778	15	93,75
	Aceptabilidad	4,72870805	0,45773771	16	100
	GLOBAL	4,73220006	0,4846782		92,3829299
3 Relaciones Sexuales actuales	Adecuación ítem	5	0	15	93,75
	Adecuación riesgo	4,67078816	0,70373155	13	81,25
	Comprensión	4,77581595	0,56061191	15	93,75
	Extensión	4,84288836	0,51639778	15	93,75
	Aceptabilidad	4,79511886	0,41403934	16	100
	GLOBAL	4,81573209	0,46034079		92,2884687
4 Frecuencia Relaciones Sexuales	Adecuación ítem	4,77581595	0,56061191	15	93,75
	Adecuación riesgo	4,41834488	0,83380939	13	81,25
	Comprensión	4,84288836	0,51639778	15	93,75
	Extensión	4,84288836	0,51639778	15	93,75
	Aceptabilidad	4,76123284	0,57893422	14	87,5
	GLOBAL	4,7254928	0,50665604		89,8564073



5	Previsión Relaciones Sexuales Futuras	Adecuación ítem	2,91295063	0,75592895	4	93,75
		Adecuación riesgo	3,77469776	0,56061191	12	87,5
		Comprensión	4,03984844	0,45773771	15	81,25
		Extensión	3,96786055	0,53452248	14	93,75
		Aceptabilidad	3,28219674	0,48795004	5	93,75
		GLOBAL	3,56829111	0,37655226		89,8564073
6	Nº parejas sexuales	Adecuación ítem	4,15411795	0,56061191	15	93,75
		Adecuación riesgo	4,27161965	0,6172134	15	87,5
		Comprensión	4,53494343	0,51639778	16	93,75
		Extensión	4,47213595	0,51639778	16	93,75
		Aceptabilidad	3,43360113	0,98561076	8	100
		GLOBAL	4,15318831	0,5425793		93,6665181
7	Pareja estable	Adecuación ítem	4,62166098	0,63332369	14	87,5
		Adecuación riesgo	4,41834488	0,83380939	13	81,25
		Comprensión	4,70967247	0,59361684	15	93,75
		Extensión	4,84288836	0,51639778	15	93,75
		Aceptabilidad	4,79511886	0,41403934	16	100
		GLOBAL	4,67509508	0,49730564		91,023765
8	Iniciativa Relaciones Sexuales	Adecuación ítem	4,77581595	0,56061191	15	93,75
		Adecuación riesgo	4,41834488	0,83380939	13	81,25
		Comprensión	4,37944254	1,12122382	14	87,5
		Extensión	4,37944254	1,12122382	14	87,5
		Aceptabilidad	4,2589749	1,12546287	14	87,5
		GLOBAL	4,4390495	0,87751105		87,4105315
9	Afrontamiento END	Adecuación ítem	4,4803969	0,83380939	13	81,25
		Adecuación riesgo	4,1724233	0,83380939	12	75
		Comprensión	4,49850578	0,74322335	14	87,5
		Extensión	4,64444506	0,6172134	15	93,75
		Aceptabilidad	4,58012103	0,63245553	15	93,75
		GLOBAL	4,47215434	0,59140784		85,9343997



10 Deseo embarazo	Adecuación ítem	4,84288836	0,51639778	15	93,75
	Adecuación riesgo	4,50999781	0,91025899	14	87,5
	Comprensión	4,84288836	0,51639778	15	93,75
	Extensión	4,84288836	0,51639778	15	93,75
	Aceptabilidad	4,93075165	0,25819889	16	100
	GLOBAL	4,79160011	0,50123803		93,6665181
11 Momento adecuado embarazo	Adecuación ítem	4,77581595	0,56061191	15	93,75
	Adecuación riesgo	4,84288836	0,51639778	15	93,75
	Comprensión	4,77581595	0,56061191	15	93,75
	Extensión	4,84288836	0,51639778	15	93,75
	Aceptabilidad	4,86246236	0,35186578	16	100
	GLOBAL	4,81983384	0,48650702		94,9679408
12 Planteamiento Hijos	Adecuación ítem	4,38593892	0,91547542	14	87,5
	Adecuación riesgo	4,55341693	0,63245553	15	93,75
	Comprensión	4,60181869	0,72374686	14	87,5
	Extensión	4,76123284	0,56061191	15	93,75
	Aceptabilidad	4,85342887	0,35186578	16	100
	GLOBAL	4,62827886	0,52516892		92,3829299
13 Embarazo Planeado	Adecuación ítem	4,84288836	0,51639778	15	93,75
	Adecuación riesgo	4,84288836	0,51639778	15	93,75
	Comprensión	4,84288836	0,51639778	15	93,75
	Extensión	4,84288836	0,51639778	15	93,75
	Aceptabilidad	4,7817625	0,42581531	16	100
	GLOBAL	4,83060099	0,48450561		94,9679408
14 Frecuencia uso MAC	Adecuación ítem	4,77581595	0,56061191	15	93,75
	Adecuación riesgo	4,38593892	0,91547542	14	87,5
	Comprensión	4,1999895	0,91547542	13	81,25
	Extensión	4,84288836	0,51639778	15	93,75
	Aceptabilidad	4,70967247	0,59361684	15	93,75
	GLOBAL	4,57604942	0,57268245		89,8564073



15 Método Anticonceptivo Utilizado	Adecuación ítem	5	0	15	93,75
	Adecuación riesgo	4,60181869	0,57893422	13	81,25
	Comprensión	3,9362341	1,23145585	11	68,75
	Extensión	4,07259136	1,20438758	12	75
	Aceptabilidad	4,35964041	1,08940956	14	87,5
	GLOBAL	4,37784505	0,86157987		80,7657691
16 Elección Método Anticonceptivo	Adecuación ítem	4,77581595	0,56061191	15	93,75
	Adecuación riesgo	4,77581595	0,56061191	15	93,75
	Comprensión	4,84288836	0,51639778	15	93,75
	Extensión	4,84288836	0,51639778	15	93,75
	Aceptabilidad	4,79511886	0,41403934	16	100
	GLOBAL	4,80640863	0,47868669		94,9679408
17 Motivo no uso MAC	Adecuación ítem	4,77581595	0,56061191	15	93,75
	Adecuación riesgo	4,77581595	0,56061191	15	93,75
	Comprensión	4,77581595	0,56061191	15	93,75
	Extensión	4,77581595	0,56061191	15	93,75
	Aceptabilidad	4,69092784	0,61124985	14	87,5
	GLOBAL	4,75871632	0,48468633		92,4652678
18 Motivo Uso Incorrecto MAC	Adecuación ítem	4,41834488	0,83380939	13	81,25
	Adecuación riesgo	4,44753583	0,91547542	14	87,5
	Comprensión	3,94018952	1,18723368	12	75
	Extensión	4,4803969	0,83380939	13	81,25
	Aceptabilidad	4,58012103	0,63245553	15	93,75
	GLOBAL	4,36734926	0,81954526		83,5098044
19 Conocimiento eficacia MAC	Adecuación ítem	4,84288836	0,51639778	15	93,75
	Adecuación riesgo	4,41834488	0,7367884	13	81,25
	Comprensión	4,32912544	1,01634986	12	75
	Extensión	4,50999781	0,91025899	14	87,5
	Aceptabilidad	4,77581595	0,56061191	15	93,25
	GLOBAL	4,57085696	0,60447898		85,8425402



20 Cantidad información MAC	Adecuación item	4,77581595	0,56061191	15	93,75
	Adecuación riesgo	4,38593892	0,6172134	14	87,5
	Comprensión	4,49850578	0,74322335	14	87,5
	Extensión	4,64444506	0,6172134	15	93,75
	Aceptabilidad	4,86246236	0,35186578	16	100
	GLOBAL	4,63013555	0,46808655		92,3829299
21 Utilidad Información MAC	Adecuación item	4,7817625	0,42581531	15	93,75
	Adecuación riesgo	4,70967247	0,59361684	15	93,75
	Comprensión	4,64444506	0,6172134	15	93,75
	Extensión	4,62574869	0,72374686	14	87,5
	Aceptabilidad	4,93075165	0,25819889	16	100
	GLOBAL	4,73719803	0,5025081		93,6665181
22 Procedencia información MAC	Adecuación item	4,85342887	0,36313652	15	93,75
	Adecuación riesgo	4,5616836	0,7367884	14	87,5
	Comprensión	4,84288836	0,51639778	15	93,75
	Extensión	4,84288836	0,51639778	15	93,75
	Aceptabilidad	4,93075165	0,25819889	16	100
	GLOBAL	4,80462143	0,47874451		93,6665181



14.10 RESULTADOS RONDA2 EXPERTOS. ÍNDICE DE VALIDEZ DE CONTENIDO.

[Volver](#)

Nº ITEM	VALORACIÓN	Total	I-CVI (nº 3-4/15 expertos)
1 Edad Inicio Relaciones Sexuales	No relevante	1	
	Algo relevante	3	
	Bastante relevante	4	
	Muy relevante	7	
	TOTAL 3-4	11	0.73
2 Método Anticonceptivo. 1ª Relaciones Sexuales	No relevante	0	
	Algo relevante	2	
	Bastante relevante	2	
	Muy relevante	11	
	TOTAL 3-4	13	0,87
3 Relaciones Sexuales Actualidad	No relevante	0	
	Algo relevante	0	
	Bastante relevante	0	
	Muy relevante	15	
	TOTAL 3-4	15	1
4 Frecuencia Relaciones Sexuales	No relevante	0	
	Algo relevante	1	
	Bastante relevante	5	
	Muy relevante	9	
	TOTAL 3-4	14	0,93



5	Previsión Relaciones Sexuales Futuras	No relevante	0	
		Algo relevante	2	
		Bastante relevante	8	
		Muy relevante	5	
		TOTAL 3-4	13	0,87
6	Nº Parejas Sexuales	No relevante	0	
		Algo relevante	2	
		Bastante relevante	6	
		Muy relevante	7	
		TOTAL 3-4	13	0,87
7	Pareja Estable	No relevante	0	
		Algo relevante	1	
		Bastante relevante	6	
		Muy relevante	8	
		TOTAL 3-4	14	0,93
8	Iniciativa Relaciones Sexuales	No relevante	3	
		Algo relevante	2	
		Bastante relevante	7	
		Muy relevante	3	
		TOTAL 3-4	10	0,67
9	Afrontamiento END	No relevante	0	
		Algo relevante	2	
		Bastante relevante	4	
		Muy relevante	9	
		TOTAL 3-4	13	0,87



10 Deseo Embarazo	No relevante	0	
	Algo relevante	0	
	Bastante relevante	2	
	Muy relevante	13	
	TOTAL 3-4	15	1
11 Momento Adecuado Embarazo	No relevante	0	
	Algo relevante	1	
	Bastante relevante	5	
	Muy relevante	9	
	TOTAL 3-4	14	0,93
12 Deseo Hijos	No relevante	1	
	Algo relevante	2	
	Bastante relevante	7	
	Muy relevante	6	
	TOTAL 3-4	13	0,87
13 Embarazo Planeado	No relevante	1	
	Algo relevante	2	
	Bastante relevante	7	
	Muy relevante	5	
	TOTAL 3-4	12	0,8
14 Frecuencia Uso MAC	No relevante	0	
	Algo relevante	0	
	Bastante relevante	0	
	Muy relevante	15	
	TOTAL 3-4	15	1



15 Método Anticonceptivo Utilizado	No relevante	0	
	Algo relevante	0	
	Bastante relevante	1	
	Muy relevante	14	
	TOTAL 3-4	15	1
16 Elección Método	No relevante	0	
	Algo relevante	2	
	Bastante relevante	6	
	Muy relevante	7	
	TOTAL 3-4	13	0,87
17 Motivo No Uso Anticonceptivo	No relevante	1	
	Algo relevante	0	
	Bastante relevante	2	
	Muy relevante	12	
	TOTAL 3-4	14	0,93
18 Motivo Uso Incorrecto MAC	No relevante	1	
	Algo relevante	0	
	Bastante relevante	4	
	Muy relevante	10	
	TOTAL 3-4	14	0,93
19 Conocimiento Eficacia Método Anticonceptivo.	No relevante	0	
	Algo relevante	0	
	Bastante relevante	3	
	Muy relevante	12	
	TOTAL 3-4	15	1



20	No relevante	1	
Valoración Información MAC	Algo relevante	1	
	Bastante relevante	4	
	Muy relevante	9	
	TOTAL 3-4	13	0,87
21	No relevante	1	
Utilidad Información MAC	Algo relevante	1	
	Bastante relevante	8	
	Muy relevante	5	
	TOTAL 3-4	13	0,87
22	No relevante	0	
Origen Información MAC	Algo relevante	0	
	Bastante relevante	7	
	Muy relevante	8	
	TOTAL 3-4	15	1
S-CVI (suma I-CVI/22 items)			0,86



14.11 VALORACIÓN USUARIAS. PRETEST COGNITIVO.

[Volver](#)

Nº ENCUESTA	PRESENTACIÓN	CLARIDAD DE PREGUNTAS	TIEMPO EMPLEADO	INCOMODIDAD	PERCEPCIÓN GENERAL SOBRE USO DEL CUESTIONARIO	MEDIA	DE	% 4-5	OBSERVACIONES
1	5	5	4	5	4	4,573	0,547	100	
2	3	2	4	4	4	3,287	0,894	60	Posibilidad de responder varias opciones en algunas preguntas
3	5	5	5	5	5	5	0	100	Me ha parecido muy interesante, sobre todo lo de los métodos anticonceptivos
4	5	5	5	1	5	3,624	1,788	80	Valorar esa información en niños con discapacidad
5	5	5	5	5	5	5	0	100	Es una escala sencilla, fácil de completar sobre un tema interesante, que podría ayudar a muchos jóvenes, ya que en las relaciones sexuales muchas veces la ignorancia fomenta embarazos no deseados y afectando a las chicas sintiéndose abandonadas o solas ante tal situación. Considero que este proyecto debería proporcionarse con los pros y contras de cada modelo de métodos existentes sin necesidad de que acudan a planificación familiar, lo que



									puede causar vergüenza a los jóvenes.
6	5	5	5	2	1	3,0171	1,949	60	
7	5	5	5	1	5	3,624	1,788	80	
8	4	5	4	5	5	4,573	0,547	100	
9	1	5	5	5	5	3,624	1,788	80	
10	5	5	5	1	5	3,6238	1,7888	80	
11	5	5	5	5	5	5	0	100	
12	5	5	5	1	5	3,6238	1,788	80	
13	4	4	4	4	4	4	0	100	Me parece muy bien que hagan estos tipos de cuestionarios. Muchos jóvenes no saben y deberían explicarles sin ningún tipo de vergüenza, ya que no es nada raro, al contrario es una gran ayuda.
14	5	5	4	4	4	4,373	0,5477	100	
15	5	5	5	5	5	5	0	100	Cuando pregunta el método anticonceptivo más eficaz, depende de que expectativas futuras tengas, si no quieres tener hijos los irreversibles son los mejores.
16	5	5	5	5	5	5	0	100	
17	5	5	5	5	5	5	0	100	
18	5	5	5	5	5	5	0	100	
19	5	5	5	5	4	4,783	0,447	100	
20	5	5	4	3	5	4,3173	0,894	80	
21	5	5	5	5	5	5	0	100	



22	5	5	5	5	5	5	0	100	
23	5	5	5	1	5	3,6238	1,788	80	
24	5	5	5	1	5	3,6238	1,788	80	
25	5	4	5	5	4	4,573	0,547	100	
26	5	5	5	5	5	5	0	100	
27	5	5	5	1	5	3,624	1,788	80	
28	5	5	5	5	3	4,514	0,894	80	
29	3	2	4	4	4	3,287	0,894	60	No se indica en la encuesta si se pueden o no responder dos opciones. Se realizan muchas veces preguntas muy abiertas en las que las opciones pueden ser varias
30	3	4	5	1	5	3,129	1,673	60	
TOTAL MEDIA	4,436	4,599	4,746	3,0129	4,422				
TOTAL DE	0,9322	0,794	0,430	1,751	0,858				
TOTAL % 4-5	86,66	93,33	100	66,66	93,33				

