

Diseño y validación de aspecto y contenido de una escala de riesgo de embarazo no deseado

Eva M^a Rueda García

Máster en Enfermería Oncológica. Unidad de Apoyo a la Investigación Enfermera. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

Fecha de recepción: 27 de abril de 2017. Aceptada su publicación: 17 de abril de 2018.

Resumen

Objetivo: diseñar y realizar la validación de aspecto y de contenido de un instrumento de valoración del riesgo de embarazo no deseado (END) en mujeres en edad fértil.

Método: estudio descriptivo transversal para la elaboración y validación del aspecto y contenido de una escala en tres fases. Se realizó una revisión bibliográfica para la selección de ítems que permitió elaborar un borrador de la escala, sometido a validación mediante panel de expertos y prueba piloto. Se llevó a cabo un estudio preliminar en el que se administró la versión definitiva de la escala a 60 mujeres en edad fértil. Se realizó estadística descriptiva en las distintas fases.

Resultados: la primera versión del cuestionario constaba de 17 ítems. Tras la valoración de los expertos y la prueba piloto se reformularon siete y se añadieron tres nuevos, conformando una segunda versión con 20 ítems. En la prueba piloto destacó como criterio mejor valorado el tiempo empleado para realizar el cuestionario con media de 4,6 sobre 5 (DE 0,47). Se modificaron seis ítems para ganar comprensión. En el estudio preliminar, el intervalo de valores obtenidos en la escala fue de 8-23 puntos. El 81,7% de la muestra se agrupó en los valores 12-18.

Conclusiones: se presenta una escala para la estimación del riesgo de END con adecuada validez de aspecto y de contenido, siendo sencilla y viable su administración en mujeres en edad fértil. Es pertinente continuar con el estudio para validar el resto de propiedades psicométricas de la herramienta y confirmar su fiabilidad.

Palabras clave

Embarazo no deseado; conducta sexual; anticoncepción; factores de riesgo; escala.

Abstract

Design and validation of the look and contents of a scale to measure the risk of unintended pregnancy

Objective: to design and conduct validation for the look and contents of a tool to assess the risk of unintended pregnancy (UIP) among women of childbearing age.

Method: a descriptive cross-sectional study for the preparation and validation of the look and contents of a scale in three stages. A bibliographic review was conducted in order to select items, which allowed to prepare a draft scale, submitted to validation through a board of experts and a pilot test. A preliminary study was conducted, where the final version of the scale was applied to 60 women of childbearing age. Descriptive statistics was conducted at the different stages.

Results: the first version of the questionnaire included 17 items. After the assessment by experts and the pilot test, seven were reworded, and three new items were added, leading to a second version with 20 items. In the pilot test, the best valued criterion was the time used to complete the questionnaire, with a mean 4.6 out of 5 (SD 0.47). Six items were modified in order to improve their understanding. In the preliminary study, the range of scores obtained in the scale was from 8 to 23 points; 81.7% of the sample was grouped in the 12 to 18 scores.

Conclusions: a scale was presented for the assessment of the risk of UIP, with adequate validation for design and contents, and easy and feasible to apply in women of childbearing age. It is relevant to continue the study in order to validate the rest of psychometric properties of the tool, and confirm its reliability.

Key words

Unintended pregnancy; sexual behaviour; contraception; risk factors; scale.

Introducción

Los embarazos no deseados (END) se asocian con consecuencias negativas de carácter biopsicosocial, familiar y económico para la salud de la mujer y de su hijo (1).

La tasa mundial de END en 2012 fue de 53 por cada mil mujeres de entre 15 y 44 años. De los 213 millones de embarazos mundiales en 2012, el 40% fue no deseado y, de estos, alrededor del 50% acabó en aborto. La proporción de abortos en países desarrollados es del 54% frente al 49% en países en desarrollo (1).

Aunque se considera que los abortos inducidos se corresponden con END, no significa que todos los embarazos a término sean deseados, por ello, se considera que el porcen-

taje de abortos voluntarios no supone una medida representativa del total de los END (2).

Según el Informe de Interrupción Voluntaria del Embarazo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del año 2015, pese a que la tasa de abortos en España ha ido disminuyendo progresivamente, pasando del 12,47 por cada 1.000 mujeres en el año 2011 al 10,40 en 2015, las cifras siguen siendo preocupantes. Del total de 94.188 abortos realizados en 2015, en 32.656 de ellos la mujer no había utilizado métodos anticonceptivos (3).

Estudios poblacionales acerca del uso de métodos anticonceptivos (4-6) calculan el riesgo de END sumando aquellas mujeres sexualmente activas que no usan ningún método

Dirección de contacto:

Eva M^a Rueda García. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Avda. Fernando Abril Martorell, 106. 46026 Valencia. Email: eva_rueda@ono.com

Cómo citar este artículo:

Rueda García EM. Diseño y validación de aspecto y contenido de una escala de riesgo de embarazo no deseado. *Metas Enferm* jun 2018; 21(5):26-32.

anticonceptivo y aquellas que los utilizan de forma inconsistente y no desean un embarazo. En 2011, del total de las 11.605.731 de mujeres en edad fértil (15-49 años) en España, el 16,8% estaría en riesgo de embarazo no deseado (4,5).

Los factores de riesgo de END se relacionan con conductas sexuales de riesgo, es decir, prácticas sexuales sin protección, implicando además riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS). Por ello, para evaluar el riesgo derivado de dichas conductas habría que considerar conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la sexualidad, las ITS, la anticoncepción y el embarazo (7,8).

El enfoque de la mayoría de los estudios es retrospectivo, basado en embarazos previos y realizados fundamentalmente sobre población adolescente (7-11). Las medidas retrospectivas pueden desestimar la tasa de END, ya que un niño nacido no suele ser reconocido como no deseado; mientras que las medidas prospectivas recogen datos de deseo de embarazo, número ideal de hijos y espaciado entre estos, pudiendo no coincidir en el momento de la concepción, lo que pueden llevar a sobreestimar los END.

La importancia de disponer de una herramienta prospectiva reside en la prevención del END (12). En la escala de evaluación de riesgo en salud sexual y reproductiva (13) se atribuye el riesgo de END según criterios de edad, inicio de relaciones sexuales, conocimiento y prácticas sobre sexualidad, ITS y planificación familiar en mujeres con hijos mediante un cuestionario de 60 ítems que clasifica el riesgo de END en bajo, medio y alto. Desde otro enfoque, el cuestionario de 54 ítems, desarrollado por Bendezú Guerra (14), busca una relación entre el estereotipo de género y el riesgo de END, recogiendo rasgos de caracterización de género y conocimientos, intenciones de embarazo, relaciones sexuales, uso de anticonceptivos y maternidad/paternidad, en adolescentes de ambos sexos.

Dado que el END abarca toda la etapa fértil de la mujer, para conseguir intervenir a nivel de prevención primaria, las actitudes, conocimientos y conductas de las mujeres deberían evaluarse antes del embarazo utilizando una herramienta de medición que permita una aplicación práctica (15).

Partiendo de que la mujer en riesgo de END sería aquella mujer fértil y sexualmente activa, que no utiliza método anticonceptivo, utiliza un método ineficaz o lo usa de forma inconsistente, pese a no desear quedar embarazada en este momento, se hace necesaria una herramienta práctica y sencilla que recoja los aspectos más relevantes del END para poder detectar el riesgo de END e intervenir de manera preventiva según las necesidades de cada mujer (16).

El objetivo del estudio fue diseñar y realizar una validación de aspecto y de contenido de un instrumento de valoración del riesgo de embarazo no deseado en mujeres en edad fértil.

Método

Estudio descriptivo transversal para el diseño y validación de aspecto y de contenido de una escala de riesgo de embarazo no deseado.

El estudio se llevó a cabo en tres fases: primera fase de selección de ítems y diseño de la escala a través de la revisión de la literatura, una segunda fase de validación de aspecto y de contenido mediante criterio de expertos y estudio piloto, y una tercera fase consistente en un estudio preliminar con la escala diseñada y validada.

1ª Fase. Revisión de la literatura, selección de ítems y diseño de la escala

Se realizó una revisión bibliográfica en *PubMed*, *Embase*, *BVS*, *Ovid-Medline*, *Cuiden* y *Biblioteca Cochrane Plus* sobre factores predominantes del riesgo de END, mediante los descriptores *pregnancy unwanted*, *sexual behavior*, *contraception*, *risk factors* y *scale*. Se revisó la literatura en relación a la metodología de elaboración y validación de cuestionarios, y se consultaron otras fuentes como páginas webs de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Centro de Control de Enfermedades, el Instituto Nacional de Estadística y de sociedades científicas relacionadas con el tema a estudio (1-3,6-30).

El riesgo de embarazo no deseado se definió, atendiendo a la literatura (12-19), como aquel riesgo de que se produzca un embarazo por ausencia, utilización incorrecta o fallo del método anticonceptivo en un momento inoportuno, o cuando ya no existe deseo de procrear. Su medición se efectuó a través de la construcción de la variable sintética de riesgo de END, que se contruyó a través de los ítems seleccionados de estudios sociodemográficos realizados en España sobre salud sexual y contracepción (4-6,29) y encuestas sociodemográficas y de salud sexual internacionales: *National Survey of Family Growth* (NSFG), *Pregnancy Risk Assessment Monitoring System* (PRAMS), *CDC-Assisted Reproductive Health Surveys*, *Natsal-3* (12).

De esta revisión se seleccionaron un total de 17 ítems para conformar la versión inicial de la escala, estos se agruparon en tres dominios:

- Dominio 1. Hábitos y conductas sexuales (cinco ítems): edad de inicio de relaciones sexuales (12); actividad sexual actual (19); frecuencia de relaciones sexuales (12); tipo de pareja (8,12); iniciativa en las relaciones sexuales (12).
- Dominio 2. Uso y conocimiento de métodos anticonceptivos (ocho ítems): uso de métodos anticonceptivos (18); frecuencia de uso (4,5,12); tipo de método (1); conocimiento sobre la eficacia de métodos anticonceptivos (19,20); elección del método (12); motivo del uso incorrecto del método (18); motivo del no uso (19); información sobre anticoncepción (19,20).
- Dominio 3. Intención y afrontamiento del embarazo (cuatro ítems): embarazos previos (12), historial de embarazos no deseados (7,8); susceptibilidad al embarazo (12), afrontamiento del embarazo no deseado (1,3,12).

La asignación inicial del riesgo por variable se realizó en función a la bibliografía y se sometió a la valoración por parte de los expertos. Así, a cada respuesta de cada ítem de la escala se le otorgó un valor ponderado máximo de 2 y mínimo de 0, siendo el 2 riesgo mayor (uno en las preguntas dicotómicas), 1 riesgo medio y 0 riesgo menor. Las respuestas no sabe/no contesta (NS/NC) y las respuestas en blanco no puntuaron sobre el valor final de la escala. En el caso de que la mujer dejara en blanco o respondiera NS/NC al 20% o más de las preguntas, suponía que el cuestionario no era válido y se consideraba como una pérdida. Teniendo en cuenta la suma total de las respuestas a los 17 ítems, la primera versión de la escala comprendía un rango de puntuación posible entre 0 (menor riesgo posible de END) y 27 puntos (mayor riesgo posible de END).

Se revisó la redacción del cuestionario, ofreciendo preguntas lo más claras e impersonales posibles y ordenándolo de forma aleatoria para intentar evitar los sesgos de cumplimentación. Se comunicó a los expertos que el cuestionario sería anónimo y autocumplimentado para evitar el sesgo del entrevistador y, dada la temática del mismo, evitar la incomodidad al responderlo y el sesgo de deseabilidad social.

2ª Fase. Criterio de expertos y estudio piloto

Valoración de expertos mediante técnica Delphi

Se contó con siete expertos, cinco ginecólogos y dos enfermeras, con experiencia de más de diez años en el tema a estudio, seleccionados por muestreo intencional. Los expertos procedían mayoritariamente del ámbito asistencial (Centros de Salud Sexual y Reproductiva, CSSR) y desarrollaban, además, actividad docente e investigadora, pertenecían a sociedades científicas vinculadas al tema de estudio y/o participaban en el desarrollo de programas de salud de atención a la salud de la mujer.

En una primera ronda se les facilitó por correo electrónico la escala propuesta, con los diferentes ítems y la ponderación de riesgo por ítem. 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.

La validez de contenido se valoró mediante la opinión de los expertos respecto al criterio de adecuación del ítem. Una valoración alta 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.

Se efectuó 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.

Tras el análisis de las respuestas de la primera ronda, se remitió a los expertos un informe resumen con el análisis de las valoraciones y los ítems susceptibles de modificación. Se llevó a cabo un segundo contacto por correo electrónico con los expertos, donde se les facilitó la escala modificada para que manifestaran su grado de conformidad con la inclusión de los ítems, con el objetivo de llegar a la versión final de la misma. Los criterios de evaluación de los ítems fueron los mismos que en la primera ronda.

Prueba piloto

Con el objetivo de determinar la viabilidad de la escala y continuar con el proceso de validación de aspecto de la herramienta, se realizó una prueba piloto a 20 mujeres en edad fértil (15 y 49 años), seleccionadas por muestreo intencional entre las usuarias del Centro de Salud Sexual y Reproductiva (CSSR) de Fuente de San Luis.

Además del cuestionario, se facilitó a cada participante una ficha para la evaluación de la escala, donde debían valorar con puntuaciones entre uno (peor valoración posible) y cinco puntos (mejor valoración posible) los siguientes criterios sobre la escala: presentación, tiempo empleado, claridad de las preguntas, incomodidad para responder y percepción general sobre su utilidad. Se incluyó también un apartado de observaciones en texto libre.

Los cuestionarios cumplimentados por las mujeres de la prueba piloto no se incluyeron en la muestra total del estudio preliminar posterior. Se utilizaron los mismos criterios de evaluación que en la ronda de expertos y se planificó modificar el cuestionario inicial en función a las respuestas y observaciones obtenidas de las participantes.

3ª Fase. Estudio preliminar

Se realizó un estudio preliminar descriptivo transversal entre las usuarias de los CSSR de Silla, Torrente y Moncada, y el Centro de Salud Fuente de San Luis de Valencia, pertenecientes a la Comunidad Valenciana, entre mayo y junio de 2015.

Los criterios de inclusión fueron: mujeres de 15 a 49 años, no embarazadas, no estériles por motivos fisiológicos o quirúrgicos y que supieran leer y escribir en castellano.

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.

El criterio de selección de la muestra fue por conveniencia, coincidiendo con otros estudios sobre salud sexual y repro-

ductiva (4-6). Tratándose de un estudio preliminar, se decidió acotar el tamaño muestral a 60 mujeres (21,22).

Se facilitó a las participantes la versión final de la escala REND (Riesgo de Embarazo No Deseado), en formato autoadministrado en papel, además de una hoja informativa con la justificación del estudio y las instrucciones para cumplimentarla.

La variable sintética REND se trató como una variable categórica, considerándose cada valor entre 0 y 27 puntos como una categoría. Como variables independientes socio-demográficas se recogieron la edad y el nivel de estudios de las participantes, como variables categóricas.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo de los datos presentados en frecuencias absolutas y porcentajes. Se utilizaron los paquetes estadísticos SPSS 20.0 y R *software* (version 3.4.3).

Consideraciones éticas

Previo al estudio se obtuvo el dictamen favorable del Comité Ético de Investigación Biomédica del Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. El comité no consideró necesario recoger el consentimiento informado por escrito, ya que el cuestionario era anónimo. Se obtuvo el consentimiento verbal de las participantes. En el caso de menores, se requirió el consentimiento de la menor y del tutor legal, además de su presencia durante la cumplimentación del cuestionario.

Resultados

Valoración del panel de expertos mediante técnica Delphi

Tras la primera ronda, según los criterios definidos para la desestimación y modificación de ítems, se procedió a la reformulación de siete de los 17 ítems iniciales con el fin de mejorar su comprensión y aceptabilidad. Además, nueve de los ítems fueron revisados para reajustar la asignación de riesgo.

En la segunda ronda tras la evaluación de las modificaciones realizadas, utilizando los mismos criterios que en la primera ronda, los expertos expresaron su grado de conformidad con cada ítem. Se obtuvo consenso por unanimidad para los ítems: nº 4 (pareja estable), nº 6 (uso de método anticonceptivo), nº 7 (frecuencia de uso), nº 11 (motivo de uso incorrecto), nº 12 (motivo de no uso), nº 15 (END previo) y nº 16 (susceptibilidad de END). Obtuvieron un alto grado de consenso (media de 4,6-4,8 puntos) los siguientes ítems: nº 1 (edad de inicio de relaciones sexuales), nº 2 (actividad sexual), nº 3 (frecuencia de relaciones sexuales) y nº 5 (iniciativa en relaciones sexuales). Únicamente dos ítems obtuvieron un nivel bajo de consenso, el nº 8 (tipo de método anticonceptivo) por falta de consenso en la asignación del riesgo, y el nº 14 (embarazo previo) por considerarlo repetitivo respecto al ítem nº 15 (END) previo. Se acordó mantenerlos para evaluar también la respuesta de las usuarias en la prueba piloto (Tabla 1).

Tras someterlo a valoración de los expertos, se acordó añadir tres nuevos ítems para mejorar la validez de contenido de la herramienta (uso anticonceptivo durante la primera relación sexual, utilidad de la información sobre anticonceptivos y origen de la información sobre anticonceptivos). La segunda versión de la escala quedó conformada, por tanto, por 20 ítems (Tabla 1).

Prueba piloto

Los resultados de las usuarias acerca de los criterios de viabilidad de la escala, expresados en medias y desviaciones estándar (DE) fueron: presentación: 4,39 (DE 0,99); claridad: 4,72 (DE 0,69); tiempo empleado: 4,67 (DE 0,47); percepción general de la utilidad del cuestionario: 4,36 (DE 0,94). Estos cuatro criterios obtuvieron un 90% de respuestas altas (valores 4-5). El criterio de incomodidad, con una media de 3,26 (DE 1,64) y un 70% de respuestas altas, requirió una nueva revisión de la escala por parte de los expertos. Destacó como mejor valorado el tiempo empleado para realizar el cuestionario, con un 100% de respuestas altas y una media de 4,6 (DE 0,47).

Según las aportaciones de las usuarias, se procedió a rectificar la redacción del enunciado de seis ítems con la finalidad de que se especificara la elección de una única respuesta. Tras estas modificaciones, se construyó la versión definitiva de la escala, compuesta por 20 ítems y una sola respuesta posible por cada uno de los ítems.

Estudio preliminar

Se administró la versión definitiva de la escala a 60 mujeres que participaron en el estudio preliminar. Por razones de espacio, no es posible mostrar la versión definitiva de la escala de END, que puede ser solicitada a la autora mediante contacto previo.

Según los datos demográficos recogidos, los grupos de edad más representados fueron los de 20-24 años con un 23,3% (n= 14) seguido de los grupos de 15-19 y 25-29 años con un 20% (n= 12) respectivamente. Las mujeres con estudios universitarios representaron el 40% (n= 24) de la muestra, seguido de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) con un 26,6% (n= 16) y Bachiller/Formación Profesional (FP) con un 21,7% (n= 13) (Tabla 2).

El intervalo de valores recogidos en la escala fue de 8 a 23 puntos. Los valores centrales, entre 12 y 18 puntos, agruparon al 81,7% (n= 49) de la muestra, siendo la puntuación más frecuente o moda el valor 16 representando, al 15% (n= 9) (Gráfico 1).

Discusión y conclusiones

La validación de aspecto y de contenido, realizada tras la revisión biográfica y la valoración de expertos mediante técnica Delhi, permitió elaborar una versión inicial de la escala recogiendo los componentes principales del contexto de estudio. Se obtuvo unanimidad respecto a ítems definitivos de END como: tipo de pareja (8,12), uso método

Tabla 1. Valoración de expertos mediante técnica Delphi

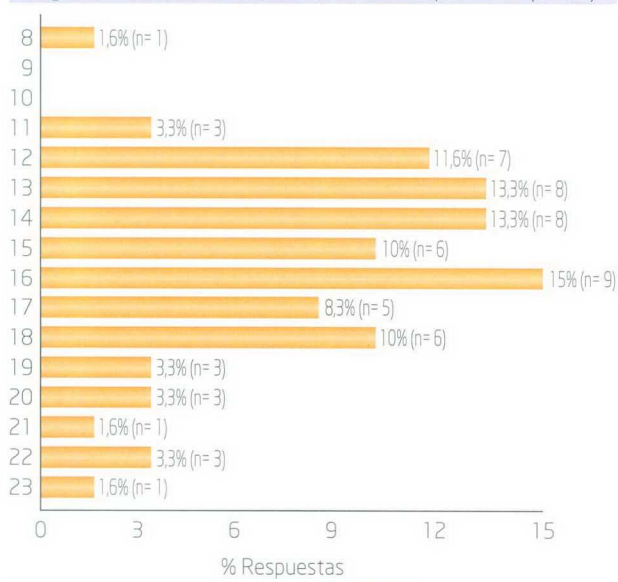
Ítem	Estadísticos	Adecuación		Ronda 1			Ronda 2
		Ítem	Riesgo	Comprensión	Extensión	Aceptabilidad	Grado de conformidad
1. Edad de inicio de relaciones sexuales	Media (DE)	5 (0)	3,79 (1,29)	3,69 (1,57)	5 (0)	4,32 (0,98)	4,84 (0,38)
	% 4-5 puntos	100	57,14	71,42	100	71,42	100
2. Tiene relaciones sexuales actualmente	Media (DE)	5 (0)	5 (0)	5 (0)	5 (0)	4,39 (1,13)	4,84 (0,38)
	% 4-5 puntos	100	100	100	100	85,71	100
3. Frecuencia de las relaciones sexuales	Media (DE)	4,69 (0,49)	4,32 (0,97)	3,58 (1,53)	5 (0)	3,95 (1,21)	4,69 (0,49)
	% 4-5 puntos	100	71,42	71,42	100	71,42	100
4. Tiene pareja estable	Media (DE)	4,65 (0,76)	4,08 (1,25)	5 (0)	5 (0)	4,65 (0,76)	5 (0)
	% 4-5 puntos	100	71,42	100	100	85,71	100
5. Quién toma la iniciativa en las relaciones sexuales	Media (DE)	4,84 (0,38)	4,08 (1,25)	4,50 (0,79)	5 (0)	3,95 (1,21)	4,84 (0,38)
	% 4-5 puntos	100	71,42	85,71	100	71,42	100
6. Utiliza método anticonceptivo actualmente	Media (DE)	5 (0)	4,65 (0,76)	4,25 (1,13)	4,84 (0,38)	4,50 (0,79)	5 (0)
	% 4-5 puntos	100	85,71	85,71	100	85,71	100
7. Frecuencia de uso de método anticonceptivo	Media (DE)	5 (0)	5 (0)	4,84 (0,38)	4,69 (0,49)	4,50 (0,79)	5 (0)
	% 4-5 puntos	100	100	100	100	85,71	100
8. Tipo de método anticonceptivo que utiliza	Media (DE)	5 (0)	2,73 (1,80)	4,39 (1,13)	4,84 (0,38)	4,84 (0,38)	4,08 (1,25)
	% 4-5 puntos	100	42,85	85,71	100	100	71,42
9. Conocimiento de la eficacia de métodos anticonceptivos	Media (DE)	4,50 (0,79)	2,93 (1,90)	4,08 (1,25)	4,50 (0,79)	4,36 (0,79)	4,25 (1,13)
	% 4-5 puntos	85,71	57,14	71,42	85,71	85,71	87,51
10. Quién decide sobre el método anticonceptivo a utilizar	Media (DE)	4,50 (0,79)	4,08 (1,25)	4,50 (0,79)	5 (0)	4,36 (0,79)	4,50 (0,79)
	% 4-5 puntos	85,71	71,42	85,71	100	85,71	87,51
11. Motivos de uso incorrecto de los anticonceptivos	Media (DE)	5 (0)	5 (0)	4,11 (1,11)	4,84 (0,38)	4,18 (0,95)	5 (0)
	% 4-5 puntos	100	100	85,71	100	71,42	100
12. Motivo de no uso de método anticonceptivo	Media (DE)	5 (0)	4,64 (0,76)	4,84 (0,38)	4,84 (0,38)	4,36 (0,79)	5 (0)
	% 4-5 puntos	100	85,71	100	100	85,71	100
13. Información sobre métodos anticonceptivos	Media (DE)	4,65 (0,76)	4,39 (1,13)	4,84 (0,38)	5 (0)	4,65 (0,76)	4,65 (0,76)
	% 4-5 puntos	85,71	85,71	100	100	85,71	87,51
14. Embarazo previo	Media (DE)	4,65 (0,76)	4,39 (1,13)	5 (0)	4,65 (0,76)	4,84 (0,38)	3,73 (1,07)
	% 4-5 puntos	85,71	85,71	100	85,71	100	42,85
15. Embarazo no deseado previo	Media (DE)	4,84 (0,38)	4,08 (1,25)	5 (0)	5 (0)	4,32 (0,98)	5 (0)
	% 4-5 puntos	100	71,42	100	100	71,42	100
16. Susceptibilidad al embarazo no deseado	Media (DE)	4,84 (0,38)	4,70 (0,49)	4,84 (0,38)	5 (0)	4,32 (0,98)	5 (0)
	% 4-5 puntos	100	100	100	100	71,42	100
17. Afrontamiento de un embarazo no deseado	Media (DE)	3,85 (1,50)	3,69 (1,57)	3,97 (1,51)	3,85 (1,50)	3,24 (1,70)	4,65 (0,76)
	% 4-5 puntos	85,71	71,42	85,71	85,71	57,14	85,71
*18. Uso de método anticonceptivo en primera relación sexual	Media (DE)	4,77 (0,56)	4,63 (0,72)	4,69 (0,70)	4,84 (0,51)	4,73 (0,46)	4,73 (0,48)
	% 4-5 puntos	93,75	87,5	87,5	93,75	100	92,38
*19. Utilidad de la información sobre sexualidad y anticoncepción	Media (DE)	4,78 (0,42)	4,71 (0,59)	4,64 (0,62)	4,63 (0,72)	4,94 (0,26)	4,73 (0,50)
	% 4-5 puntos	93,75	93,75	93,75	87,5	100	93,66
*20. Origen de la información sobre anticoncepción y sexualidad	Media (DE)	4,85 (0,36)	4,56 (0,74)	4,84 (0,52)	4,84 (0,52)	4,93 (0,26)	4,80 (0,48)
	% 4-5 puntos	93,75	87,50	93,75	93,75	100	93,66

*Los valores de los ítems 18,19 y 20 corresponden a la ronda 2, por incorporarse por acuerdo tras la ronda 1

Tabla 2. Características sociodemográficas de la muestra del estudio preliminar (n= 60)

	Frecuencia n (%)	
Edad	< 15	1 (1,7)
	15-19	12 (20)
	20-24	14 (23,3)
	25-29	12 (20)
	30-34	7 (11,7)
	35-39	4 (6,7)
	40-44	8 (13,3)
	45-49	2 (3,3)
	Sin estudios	1 (1,7)
Nivel de estudios	Ed. Primaria	6 (10)
	ESO	16 (26,6)
	Bachiller/FP	13 (21,7)
	Universitarios	24 (40)

ESO: Educación Secundaria Obligatoria; FP: Formación Profesional

Gráfico 1. Distribución de las puntuaciones de la Escala de riesgo de embarazo no deseado en el estudio preliminar (n= 60)

anticonceptivo (18), frecuencia de uso (4,5,12) y motivo de no uso (19) y de uso incorrecto (18), historial previo de embarazo no deseado (7,8) y susceptibilidad al END (12), coincidiendo con la bibliografía encontrada.

En la prueba piloto, la evaluación de las usuarias de los criterios de presentación, claridad, tiempo empleado, incomodidad y utilidad del cuestionario, permitió modificar algunos ítems de la escala elaborando la versión definitiva y confirmando su viabilidad.

En aquellas mujeres con una puntuación en el rango de 8 a 23 se deberían aplicar las categorías de los "criterios médicos de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos" de la OMS (30), lo que permitiría establecer la prioridad y el tipo de atención a prestar por los servicios sanitarios.

El reducido tamaño muestral no permite evaluar el resto de propiedades psicométricas necesarias para confirmar la fia-

bilidad de la escala pero, dado que se confirma su validez de aspecto y contenido, se considera pertinente continuar con el estudio. Se deberían incluir nuevas variables sociodemográficas para definir mejor el perfil de las mujeres en riesgo de END y administrarla a una muestra representativa de la población diana. Asimismo, se podría realizar un seguimiento de las mujeres a largo plazo mediante un estudio longitudinal para poder evaluar la capacidad predictiva de la escala.

El principal beneficio que aporta esta escala, frente a otras similares sobre medición de END (9), es su enfoque preventivo del embarazo no deseado, que permitiría adaptar la intervención a las necesidades de las usuarias durante toda su etapa fértil, no únicamente durante la adolescencia (7,8,10,14,23,25,26). Se trata de un instrumento sencillo y breve para facilitar su cumplimentación y aplicación en la práctica clínica.

Agradecimientos

A todas aquellas mujeres anónimas que voluntariamente accedieron a colaborar en este estudio, ya que sin ellas no hubiera sido posible llevarlo a cabo. A todos los expertos por su inestimable aportación para el desarrollo del estudio. Al Dr. Francisco Donat, tutor y revisor del trabajo, por su apoyo incondicional. A los profesionales del Centro de Salud Fuente de San Luis y de los CSSR de Silla, Torrent y Moncada, por su colaboración para facilitar la recogida de datos del estudio.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.


Bibliografía

- Sedgh G, Singh S, Hussain R. Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. *Studies Family Planning*. 2014; 45(3):301-14.
- Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A. Salud sexual y reproductiva, y crisis económica en España. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*. 2014; 28(S1):109-15.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2015 [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016. [citado 13 may 2018]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IIVE_2015.pdf
- Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo. VII Encuesta de Anticoncepción en España [internet]. Equipo Daphne Bayer Schering Pharma; 2011. [citado 13 may 2018]. Disponible en: <http://www.acaive.com/pdf/Encuesta-anticoncepcion-Equipo-Daphne-26-10-11-2.pdf>
- Sociedad Española de Contracepción. Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva; 2014. Estudio poblacional sobre el uso y opinión de los métodos anticonceptivos en España. Informe de Resultados [internet]. [citado 13 may 2018]. Disponible en: http://sec.es/descargas/EN_Resumida_DMA_2014.pdf
- Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales [internet]. Madrid. Instituto Nacional de Estadística (INE); 2009. [citado 13 may 2018]. Disponible en: http://www.ine.es/revistas/cifraine/cifraine_sida0704.pdf

7. Lima Serrano M, Sáez Bueno A, Cáceres Rodríguez B, Lima Rodríguez JS. 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 de Navarra*. 2013; 36(2):203-15.
8. Bello Villanueva AM, Palacio J, Rodríguez Díaz M, Oviedo Tres Palacios O. Medición de la Intención en la Actividad Sexual en Adolescentes: una aproximación de acuerdo al género del Caribe Colombiano. *Terapia Psicológica*. 2013; 31(3):343-53.
9. Bexhella H, Guthrie K, Cleland C, Trussell J. Unplanned pregnancy and contraceptive use in Hull and East Yorkshire. *Contraception*. 2016; 93:233-5.
10. Yago Simón T, Tomás Aznar C. Variables sociodemográficas relacionadas con embarazos no planificados en jóvenes de 13 a 24 años. *Rev Esp Salud Pública*. 2014; 88(3):395-406.
11. Melian MM. Intenciones reproductivas y factores asociados con los nacimientos no planeados, Paraguay, 1995-2008. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 33(4):245-51.
12. Wellings K, Jones KG, Mercer CH, Tanton C, Clifton S, Datta J, et al. 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*. 2013; 382:1807-16.
13. Pinto Z, Leal Ortega VN, Cruz Santos J, Serrano Alfonso M. Evaluación del riesgo en salud sexual y reproductiva. *Revista Ciencia y Cuidado*. 2008; 5(1):85-94.
14. Bendezú Guerra AV, Bustos Romero O (dirs.). Los estereotipos de géneros y el riesgo de embarazo no planeado en la adolescencia [tesis doctoral en internet]. Cuidad de México: Universidad Nacional Autónoma de México; 1998. [citado 13 may 2018]. Disponible en: <http://132.248.9.195/pdbis/268461/Index.html>
15. Paterno MT, Han HR. Development and Psychometric Testing of the Attitude Toward Potential Pregnancy Scale. *JOG-NN*. 2014; 43(6):710-8.
16. Ong J, Temple-Smith M, Wong W, McNamee K, Fairley C. Contraception matters: indicators of poor usage of contraception in sexually active women attending family planning clinics in Victoria, Australia. *BMC Public Health*. 2012; 12:1108.
17. Santelli J, Rochat R, Harfield-Timajchy B, Gilbert C, Curtis K, Cabral R, et al. The Measurement and Meaning of Unintended Pregnancy. *Perspective on Sexual and Reproductive Health*. 2003; 35(2):94-101.
18. Yeatman S, Sennott C. The Sensitivity of Measures of Unwanted and Unintended Pregnancy Using Retrospective and Prospective Reporting: Evidence from Malawi. *Maternal and Child Health Journal*. 2015; 19(7):1593-600.
19. Letel I, Bermejo R, Coll C, Dueñas JL, Doval JL, Martínez-Salmeán J, Parrilla JJ, Serrano I. Spanish population at risk of unwanted pregnancy: results of a national survey. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2003; 8:75-9.
20. Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiriri JE. Intervenciones para la prevención de embarazos no deseados en adolescentes (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. [citado 13 may 2018]. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 4 Art no. CD005215. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
21. Corral de Franco YJ. Diseño de cuestionarios para recolección de datos. *Revista Ciencias de la Educación*. 2010; 20(36):152-68.
22. Castañeda Hidalgo H, Acevedo Porras G, Garza Hernández R, Meléndez Méndez C, Rangel Torres S, Aguilera Pérez A. La construcción de instrumentos de investigación en salud. *Desarrollo Científico Enfermería*. 2010; 18(2):86-9.
23. Saura Sanjaume S, Fernández de Sanmamed Santos MJ, Vicens Vidal L, Puigvert Viu N, Mascort Nogué C, García Martínez J. Percepción del riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual en población joven. *Aten Primaria*. 2010; 42(3):143-8.
24. Mosher W, Jones J, Abma J. Nonuse of contraception among women at risk of unintended pregnancy in the United States. *Contraception*. 2015; 92:170-7.
25. Godfrey EM, Chin NP, Fielding SL, Fiscella K, Dozier A. Contraceptive methods and use by women aged 35 and over: A qualitative study of perspectives. *BMC Womens Health*. 2011; 11(1):5.
26. Secor-Turner M, McMorris B, Sieving R, Bearinger L. Life experiences of instability and sexual risk behaviors among high-risk adolescent females. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2013; 45(2):101-7.
27. López L, Tolley E, Grimes D, Chen-Mok M. Intervenciones teóricas para la anticoncepción (Revision Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 3*. Art. No.: CD007249.
28. Corral L, Mármol B, Vázquez B. Conocimientos, conductas y fuentes de información sobre salud sexual en adolescentes de un municipio gallego. *Metas Enferm* 2016; 19(1):60-7.
29. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. [citado 13 may 2018]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/eqidad/ENSSSR.pdf>
30. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. 5th ed. sitio de World Health Organization. 2015. [cited 13 may 2018]. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en

Si quieres ampliar más información sobre este artículo, consulta:

Introduce estos términos: Embarazo no deseado; conducta sexual; anticoncepción; factores de riesgo; escala.



Contacta con los autores en:
eva_rueda@ono.com



Copyright of Metas de Enfermería is the property of Difusion Avances de Enfermeria, S.L. and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.