



# UNIVERSIDAD DE GRANADA

**PROGRAMA DE DOCTORADO:**

MEDICINA CLÍNICA Y SALUD PÚBLICA (B12 56 1)

**TÍTULO DE LA TESIS:**

ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ENCUESTA PARA VALORAR LA  
ACEPTABILIDAD SEXUAL DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

**AUTORA:**

DOÑA. ISABEL LAHOZ PASCUAL

**DIRECTORES:**

- 1 ANA ROSA JURADO LOPEZ
- 2. NICOLAS MENDOZA LADRON DE GUEVARA

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales  
Autor: María Isabel Lahoz Pascual  
ISBN: 978-84-1195-257-6  
URI: <https://hdl.handle.net/10481/90839>

***Dedicada a:...***

***Mis padres, Francisco y Vicenta.***

***Por su esfuerzo, sacrificio y apoyo incansable.***

***Soy lo que soy y seré gracias a ellos. Mi recompensa, el orgullo que siempre han mostrado.***

***Mi gratitud y amor para siempre.***

...La salud reproductiva y sexual es fundamental para las personas, las parejas y las familias así, como para el desarrollo social y económico de las comunidades y naciones...

*OMS, Consejo ejecutivo, 18 Diciembre 2003.*

#### **AGRADECIMIENTOS:**

**En mi primer lugar agradecer a mi marido Manfred, su amor y apoyo incondicional. El mejor compañero en el viaje de la vida que podría tener, eres tú.**

**A mis hijos Miguel y Pablo por su comprensión cuando mis proyectos les roban tiempo y atención. Sois el motor de mi vida.**

**A mi familia, por la suerte que tengo de tenerlos conmigo.**

**A mis directores de tesis por acompañarme y animarme en este viaje.**

**A Elena Ariño por haber estado dispuesta a ayudarme con una sonrisa que nunca ha perdido.**

**A José Vicente González y Sira Repolles por haber confiado en mí en esta andadura de la anticoncepción. Os estaré siempre agradecida.**

**Muchas gracias a todos por haber hecho posible llegar hasta aquí. Continuaremos juntos.**

.....

## **RESUMEN**

La contracepción en las mujeres a lo largo de la historia, ha tenido como objetivo, tanto desde el punto de vista de investigación como desde el de asesoramiento, un enfoque exclusivamente médico. Se ha centrado en buscar la mayor eficacia y seguridad de los métodos anticonceptivos.

Sin embargo, todos los avances que se consigan en este ámbito, si no satisfacen las necesidades de la usuaria, serán infructuosos porque no serán usados o se interrumpirá su uso.

La sexualidad femenina, es un concepto biopsicosocial, que abarca mucho más allá de lo puramente fisiológico.

El término de aceptabilidad sexual, entendido como el uso voluntario y prolongado de un determinado método anticonceptivo en presencia de otras alternativas, surge precisamente para paliar los déficits que en este sentido existen en el ámbito de la contracepción. No debemos olvidar que las mujeres utilizan la contracepción para poder tener relaciones sexuales placenteras, minimizando el riesgo de embarazo no planificado, y no al revés. No practican sexo para usar métodos anticonceptivos.

En este trabajo, se ha diseñado un estudio no realizado hasta este momento, en el cual se busca, a través del cuestionario ASMA, realizar un asesoramiento individualizado en anticoncepción, teniendo en cuenta las variables que están implicadas en la aceptabilidad sexual de las usuarias. Variables reflejadas muchas de ellas en estudios previos que muestra la bibliografía revisada al respecto.

Solo asociando todas estas variables, a nivel macro, de pareja e individuales, a las particularidades más puramente biológicas y fisiológicas de cada usuaria, conseguiremos una adecuada aceptabilidad del método, consiguiendo el fin último de la contracepción, relaciones sexuales satisfactorias protegidas ante embarazos no deseados, porque las usuarias usarán de un modo correcto y sin interrupciones el método que más se haya ajustado a su perfil desde un punto de vista holístico.

## **INDICE**

<b>I INTRODUCCION</b>	<b>6</b>
-----------------------	----------

---

Justificación del estudio.	15
<b>II HIPÓTESIS:</b>	<b>17</b>
<b>III OBJETIVOS DEL ESTUDIO</b>	<b>18</b>
Objetivos generales:	18
Objetivos Específicos:	18
<b>IV. MATERIAL Y MÉTODO.</b>	<b>19</b>
<b>DISEÑO</b>	<b>19</b>
Tipo de diseño	19
Tamaño muestral.	19
Metodología de recogida de datos	20
Aspectos éticos	22
<b>V. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.</b>	<b>22</b>
<b>VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO</b>	<b>22</b>
<b>ESTADISTICA DESCRIPTIVA</b>	<b>23</b>
<b>ANÁLISIS CLUSTER.</b>	<b>24</b>
<b>OTRAS CONSIDERACIONES DEL ANÁLISIS.</b>	<b>25</b>
<b>VI. RESULTADOS.</b>	<b>26</b>
<b>VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO.</b>	<b>26</b>
Validez de constructo	26
Validez de criterio	29
Consistencia interna del instrumento	29
Fiabilidad test-retest	30
Utilidad del instrumento	31
Análisis confirmatorio de la estructura del cuestionario	32
<b>DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.</b>	<b>34</b>
Variables demográficas	34
Variables relacionadas con la pareja y tipo de relación sexual	39
<b>ANÁLISIS MULTIVARIANTE: Análisis cluster</b>	<b>41</b>
<b>VII DISCUSIÓN</b>	<b>49</b>
<b>LIMITACIONES Y PUNTOS FUERTES</b>	<b>53</b>
<b>UTILIDAD FUTURA DEL INSTRUMENTO</b>	<b>53</b>
<b>VIII CONCLUSIONES</b>	<b>55</b>
Sobre la validación del cuestionario	55
Sobre la identificación de perfiles de mujeres	55
<b>IX. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>56</b>
<b>ANEXO 1: Cuestionario final</b>	<b>61</b>
<b>ANEXO 2: DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA LA PARTICIPANTE</b>	<b>71</b>
<b>ANEXO 3: DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	<b>76</b>



## I INTRODUCCION

### DEFINICIÓN DE SALUD SEXUAL

“Estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es mera ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coacción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos”<sup>1</sup>.

### ESTADO ACTUAL

El derecho de las mujeres a poder desligar reproducción y sexo hoy se considera básico. Sin embargo, a pesar de los intentos realizados, para intentar conseguirlo, no fue hasta la comercialización de la primera píldora tras ser aprobada por la FDA, a mediados de los 60, cuando por fin se alcanzó este objetivo.

Hoy en día, el acceso a una contracepción de calidad, segura y efectiva no solo es un imperativo para las organizaciones en defensa de los derechos de las mujeres, sino que también lo es para los servicios de salud pública de todos los países del mundo.

Y es que una vivencia sexual plena en la vida de la mujer forma parte importante de lo que se considera una correcta salud. El no disponer de una adecuada asistencia en materia de anticoncepción puede acarrear no solo una merma en la salud sexual de la mujer. Un déficit a este nivel se asocia a embarazos no deseados, mayor porcentaje de nacimientos de niños con problemas graves de salud y mayores tasas de morbi-mortalidad en estas gestaciones si las comparamos con gestaciones correctamente planificadas y buscadas<sup>2</sup>.

En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo notificó un total de 94.123 IVES durante el año 2017, que supone una tasa de 10,51 por mil de entre mujeres de 15 a 44 años, durante el año 2022 la cifra ha ascendido alcanzando

98.316 IVES, que corresponderían a una tasa de 11,68 por mil en el mismo rango de edad. Aunque desde el 2011 la tendencia ha sido hacia la disminución de estas tasas, y la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad informa que es un dato acorde con las fluctuaciones de las tasas entre el 10 y el 12 por mil de los últimos años, son cifras en todos los casos preocupantes. Son fruto de una planificación no adecuada de las gestaciones, excluyendo por supuesto los casos debidos a malformaciones fetales o problemas de salud maternos que contraindican la gestación. Estos 2 supuestos, no obstante, solo suponen un 8,77% de los IVES declarados<sup>3</sup>.

La anticoncepción no solo proporciona independencia y libertad a la mujer a la hora de decidir cuándo disfrutar de su sexualidad. Le ha permitido no condicionar su vida entera a la maternidad. Le ha posibilitado, el acceso a la educación, formar parte del mundo laboral y gozar de una vida social más allá del entorno familiar. Todo esto, ha hecho posible que la mujer de hoy en día sea independiente sexual, económica y socialmente.

Pero la anticoncepción tiene un aspecto que ha pasado por alto, que es la aceptabilidad sexual de los distintos métodos anticonceptivos o lo que es lo mismo, no ha indagado suficientemente en cómo afectan a la vida sexual de las mujeres.

No deja de ser curioso, que, aunque los métodos anticonceptivos se hayan creado única y exclusivamente pensando en la actividad sexual de las mujeres, sea precisamente el aspecto que menos se haya estudiado de ellos. Y la verdad es que sabemos muy poco de cómo les afectan en sus relaciones sexuales<sup>4</sup>.

Los anticonceptivos se consideran un instrumento médico para evitar embarazos, pero no se les asocia a objetos al servicio del sexo.

Métodos anticonceptivos femeninos y erótica no van de la mano. No se les cataloga como instrumentos al objeto del placer.

Sin embargo, no ocurre lo mismo con los métodos masculinos. El preservativo masculino es un instrumento relacionado íntimamente con la erótica del sexo. Muchos han sido los esfuerzos para aumentar la aceptabilidad mejorando grosor, sabor, olor...incluso haciendo a la mujer participe de su colocación para así aumentar la fase de excitación.



Anuncios en medios de comunicación resaltan el placer como aspecto príncipes cuando los publicitan. No ocurre así, con los métodos anticonceptivos femeninos, de los cuales lo único que parece importar es su eficacia y seguridad, pero ni la más mínima reseña a un posible papel activo de los mismos en el entorno puramente sexual<sup>5</sup>.

No debemos olvidar jamás que las mujeres tienen sexo por distintas razones personales, sociales, reproductivas, de divertimento, entre otras. El motivo de tener sexo es ese y no para usar anticonceptivos. Los anticonceptivos son la herramienta que facilita la acción, no el fin de la misma.

### RESPUESTA SEXUAL FEMENINA

Para entender todo este proceso hay que conocer cómo se desarrolla la respuesta sexual femenina.

La respuesta sexual femenina es el resultado de una serie de complejos cambios hormonales, fisiológicos y anatómicos que afectan a la totalidad del cuerpo, como reacción a una serie de estímulos externos e internos de carácter sexual. Todo ello va a estar condicionado por una serie de factores que forman parte de la esencia más íntima de la persona<sup>6</sup>.

Debemos de tener en cuenta, que no hay un único modelo de respuesta sexual y lo es más importante, que la respuesta sexual femenina difiere en ocasiones de la respuesta sexual masculina. Basson<sup>7</sup> aboga por un modelo cíclico biopsicosocial, frecuente en mujeres que tienen parejas de larga evolución, alejado del modelo lineal de Master y Johnson<sup>8</sup> y Kaplan<sup>9</sup>. Mientras estos autores, defienden un modelo sexual lineal en 4 fases: deseo, excitación, orgasmo y resolución, esta autora es partidaria de que las mujeres sin pasar por la fase de deseo sexual previo son activadas por la vivencia de una adecuada intimidad y ya una vez iniciada la actividad sexual pasan a las fases de excitación y deseo. Si el resultado obtenido es positivo, independientemente de que alcanzar o no el orgasmo, se siente satisfecha sexualmente y aumenta su motivación y consecuentemente mejora su intimidad, cerrándose así el ciclo<sup>7</sup>.

Son estos algunos de los aspectos de la sexualidad femenina que no debemos olvidar, si queremos proporcionarle instrumentos que faciliten una vivencia más plena y satisfactoria.

Así pues, tenemos que investigar más acerca de cómo afecta a la sexualidad los diferentes métodos anticonceptivos y de cómo la vivencia sexual de cada mujer va a hacer que se sienta mejor con uno u otro método.

### CONSEJO ANTICONCEPTIVO

En Anticoncepción es difícil separar conceptos en este campo tan unidos como lo son el asesoramiento y el consejo. Sería inadecuado limitarnos a aportar simplemente información que es la base del asesoramiento, sino que el papel del profesional debe ir más allá, debe ayudar y acompañar a la usuaria en el proceso de elección de un método que se ajuste a su perfil y que favorezca así la máxima adherencia al método<sup>10</sup>. Por eso, se debe de promocionar el uso manejo del consejo anticonceptivo como principal herramienta entre todos aquellos profesionales que trabajen en el campo de la contracepción.

El Consejo anticonceptivo debe perseguir distintos objetivos:

- Objetivo Principal: Conseguir que la usuaria realice una elección de método, adecuado a su condición física<sup>11</sup>, que conlleve un uso correcto y consistente y que le cause un alto nivel de satisfacción.
- Objetivos secundarios:
  - Promocionar la educación en anticoncepción y salud sexual. Debemos aprovechar este momento para erradicar falsos mitos y creencias, así como indagar en prácticas sexuales, orientación, detectar posibles disfunciones a este nivel, investigar sobre posibles problemas de pareja y promover una sexualidad plena y saludable. Deberemos basarnos en todo momento en la evidencia científica disponible a nuestro alcance.
  - Mejorar la efectividad del método: La efectividad es la eficacia del método en condiciones de uso real. La eficacia de un método se mide por el Índice de Pearl<sup>12</sup> que se define por el número de embarazos que se producen durante un año por cada 100 mujeres que utilizan dicho método. Aumenta conforme mejora el conocimiento sobre el método y su uso y alcanza el máximo en

condiciones de uso perfecto. Disminuye considerablemente con el uso incorrecto y con la falta de adherencia al mismo.

- Disminuir la tasa de embarazos no deseados e indirectamente las tasas de interrupciones voluntarias de embarazo. Se promueve de esta forma, la maternidad responsable, y se minimizan riesgos de salud que un embarazo no deseado muchas veces acarrea. Se amplían igualmente de este modo, las oportunidades que a nivel educativo, social y laboral quedan mermadas tras un embarazo no deseado para la mujer, lo cual se traduce en una mayor autonomía aún que su opción de vida sea la convivencia en pareja.
- Minimizar el riesgo de enfermedades de transmisión sexual. Una buena educación sexual y un conocimiento adecuado de la anticoncepción lleva consigo una disminución en la ejecución de prácticas sexuales de riesgo ya no solo de cara a un posible embarazo si no a posibles consecuencias negativas para la salud, algunas de ellas de consecuencias muy graves.
- Y por último y no por ello menos importante, aumentar la satisfacción sexual de la usuaria y fomentar la libertad de decisiones respecto a sus deseos reproductivos.

Así pues, tenemos que fomentar un consejo anticonceptivo que, no solo enfatice en el punto de vista puramente médico, haciendo hincapié exclusivamente en la eficacia y en la seguridad del método, sino que también tenga en cuenta en una primera línea de enfoque en la elección del método, la sexualidad de la usuaria. Enfoque médico y sexológico a un mismo nivel de prioridad.

### ACEPTABILIDAD SEXUAL EN ANTICONCEPCIÓN

Y de este modo, ha surgido el término de “aceptabilidad sexual de los métodos anticonceptivos”.

Pero ¿A qué se refiere el concepto de aceptabilidad sexual? Severy and Newcomer<sup>13</sup>, en 2005, lo definieron como “El uso prolongado y voluntario de un determinado método anticonceptivo en el contexto de otras alternativas”. Ellos avalaban la idea de que los métodos anticonceptivos deberían ser diseñados

para adaptarse a las necesidades de las mujeres. No ocurre esto en la realidad, las mujeres son las que deben adaptarse al método anticonceptivo que se les haya asignado, si quieren sentirse protegidas y seguras en sus relaciones sexuales. No indagamos lo suficiente para poder ajustar el método a su perfil sexual.

Hay 2 tipos de modelos de aceptabilidad sexual.

Severy and Newcomer<sup>13</sup> defendieron un primer modelo de aceptabilidad sexual, que se basaba en parámetros como la efectividad, la estética (viscosidad, olor, sabor, color) su forma de aplicación o de uso, su presencia o ausencia durante el sexo y su efecto sobre la intimidad y el placer sexual.

En 2016 surge un segundo modelo propuesto por Higgings y Smith<sup>14</sup> usando como base el modelo previo, realza otros factores: socioculturales, relacionales e individuales.

A. Factores socioculturales:

- Grado de autonomía sexual. Existen mujeres que prefieren ser ellas las que controlen la anticoncepción, incluso sin que su pareja conozca de su uso.
- La responsabilidad sobre la anticoncepción tiene un efecto negativo en las relaciones sexuales de algunas mujeres. La sensación de estar muy protegida en este aspecto tiene como consecuencia que la mujer se abandone al placer mucho más que en el caso contrario.
- El grado de empoderamiento sexual. Se ha comprobado que las mujeres que expresan su deseo y sus necesidades de placer son mucho más cumplidoras en materia de anticoncepción<sup>15</sup>, concretamente presentan mayores tasas de adherencia al uso continuado de la píldora.
- Los aspectos culturales que marcan aspectos tan importantes como, la educación sexual, vergüenza a la hora de ser la ella la que aporte el preservativo, temor al rechazo masculino si exige el uso de protección, el mito de que las relaciones sexuales para las mujeres es sinónimo de amor y entrega absoluta a su pareja...pueden condicionar el uso de anticoncepción. A mayor educación y concienciación se tiende a usar métodos mucho más efectivos.

- El nivel socioeconómico también es un determinante a la hora de poder separar reproducción y vida sexual. La dificultad en el acceso a una correcta educación sexual, la ausencia de autonomía de la mujer tanto económica como social, son factores claves en clases sociales más desfavorecidas. Se priorizan otras necesidades más esenciales dejando la satisfacción sexual propia fuera de un primer plano.
- La cultura y la raza establecen diferencias también en cuanto a la visión del sexo y del mismo modo en cuanto a preferencias en materia de contracepción<sup>16</sup>.

#### B. Factores relacionales:

- La motivación para tener relaciones sexuales guarda una estrecha relación con la adherencia al método anticonceptivo. Si el sexo se produce en un marco dominado por la intimidad y el enamoramiento, frecuente en mujeres de menor edad, la adherencia al uso continuado no es la correcta<sup>17</sup>. En estos grupos de edad sería más recomendado métodos que no tengan que ser usados durante el momento del sexo.
- La comunicación con la pareja es factor asociado al uso de una contracepción responsable.
- La duración de la pareja también va de la mano de un mejor cumplimiento en la duración del uso.
- El rol de género lleva a la mujer a buscar durante la relación sexual el placer de su pareja. Se nos ha inculcado la subordinación a la figura masculina. Tanto a nivel social como religioso se nos ha enseñado la obligación de la mujer de complacer en todos los aspectos a su pareja. El máximo exponente serían las relaciones de dominación que pueden acarrear consecuencias no solo en el terreno de la contracepción sino más allá, incluso con consecuencias físicas deplorables.

#### C. Factores individuales:

- Se ha relacionado uso de anticoncepción y disminución de la libido y de las fantasías sexuales. La mayoría de los estudios reflejan que los anticonceptivos orales se asocian a disminución de la libido en un 5-48%<sup>18</sup>. Esta variabilidad refleja la dificultad de los estudios debida a los múltiples factores individuales que conlleva la respuesta sexual

femenina. Parece achacable a una disminución en la testosterona bien por una menor producción bien debido al aumento de la SHBG que se produce durante la toma de estos fármacos. Es un tema en constante controversia. Este mismo efecto se le achaca al AMP-depot de forma más consistente y a los DIUs aunque las opiniones varían más con estos dispositivos. Los anticonceptivos hormonales también se han asociado a una disminución de las fantasías sexuales en algunas mujeres<sup>19</sup>

- Hay estudios que asocian mayores tasas de dispareunia en mujeres usuarias de anticonceptivos orales frente a mujeres no usuarias o usuarias de anillo vaginal<sup>20</sup>. El preservativo también se relaciona con dispareunia como consecuencia de la disminución de lubricación que puede producir.
- Otra cuestión muy importante a la hora de elegir un método anticonceptivo es la posible disminución del placer que pueda ocasionar su uso. En este aspecto el preservativo masculino es el que sale peor valorado, tanto en hombres como en mujeres. De hecho, el deseo de tener relaciones sin disminuir el placer deriva en tasas altas de sexo sin protección especialmente entre la población joven<sup>21</sup>. En positivo, la posible estimulación del clítoris que puede llevar consigo el uso del preservativo femenino y que algunas mujeres describen como placentero<sup>22</sup>.
- La orientación/identidad sexual parece que también influyen en la adherencia de uso de los métodos anticonceptivos. Las mujeres bisexuales y los hombres transexuales acuden menos a los centros de planificación familiar<sup>23</sup>, presentan mayores tasas de embarazos no deseados y asimismo, de sexo sin protección.
- El efecto en la humedad vaginal que algunos métodos anticonceptivos ocasionan debe ser un aspecto a tener en cuenta. Las mujeres norteamericanas prefieren sentirse húmedas durante las relaciones, sin embargo, muchas mujeres sudafricanas y sus parejas prefieren todo lo contrario<sup>24</sup>. La progesterona inyectable y el uso de espermicidas se han asociado a aumento de la humedad vaginal durante su uso, mientras que el resto de anticoncepción hormonal, a excepción del anillo y los preservativos masculinos se relacionan con sequedad vaginal<sup>25</sup>. Un

exceso de humedad puede resultar molesto, desagradable e incluso disminuir el placer, así como un defecto de la misma, puede conllevar dispareunia, y una sensación de no mostrar el suficiente deseo hacia la pareja o de incluso pérdida de juventud.

- Los métodos también son juzgados por sus propiedades físicas de color, sabor, tacto y olor, sobre todo aquellos que son utilizados durante el mismo encuentro sexual<sup>13</sup>. Debido a las múltiples quejas en este aspecto con los preservativos masculinos, durante los últimos años se ha trabajado mucho en este sentido, orientando los esfuerzos en no solo aumentar la sensibilidad de los mismos si no también en hacerlos mas atractivos en lo que respecta a estos puntos, comercializándose preservativos mas finos, en distintos colores, sabores<sup>26</sup>... Algo similar ha ocurrido con los espermicidas aunque en un grado mucho menor dado que su uso es mínimo en comparación con el preservativo.
- El momento de uso del método anticonceptivo en relación con el encuentro sexual es una preferencia que varía de unas mujeres a otras. La mayoría prefieren un método que no vaya asociado a la relación sexual, pero hay otras que prefieren su uso en ese mismo momento, en unos casos porque les da mayor seguridad, en otros por tener encuentros muy esporádicos<sup>27</sup>. Incluso hay mujeres que muestran sus inclinaciones hacia métodos que puedan usarse exclusivamente tras la relación sexual.
- La espontaneidad/desinhibición a la hora de elegir el momento del encuentro sexual sin tener que supeditarlo a disponer en ese momento de un determinado método o tener que hacer un stop para su inserción, son aspectos muy valorados por un alto porcentaje de mujeres<sup>28</sup>. Así, métodos definitivos como la ligadura de trompas, la vasectomía o el uso de métodos LARC y hormonales en general, aumentan considerablemente la satisfacción sexual en este punto. La menstruación también supone una barrera a la hora de tener sexo espontáneo, por lo que estas mujeres podrían beneficiarse de métodos que produzcan amenorrea.
- Los efectos secundarios marcan la elección del método, la falta de adherencia, el mal uso, los cambios frecuentes, y de forma consecuente

el aumento en las tasas de sexo sin protección, de embarazos no deseados, y de abortos. El aumento de peso, los cambios de humor, la tensión mamaria, la aparición o el agravamiento del acné, el dolor pélvico...aparecen en ocasiones, como consecuencia del uso de estos métodos.

- Los sangrados afectan a la sexualidad desde distintos puntos de vista. Existen mujeres a las cuales el sangrado vaginal interfiere negativamente en su actividad sexual<sup>29</sup> porque interrumpen sus relaciones durante estos periodos, sea una decisión propia, por incomodidad, rechazo, higiene... o de sus parejas, algo instaurado en algunas culturas como las musulmanas. Este hecho va en detrimento de la espontaneidad y la desinhibición que debería ir de la mano del placer sexual. Métodos anticonceptivos que causan sangrados frecuentes, irregulares y prolongados deberían de descartarse en mujeres que quieren disfrutar de esa sexualidad espontánea y que estos períodos anulan esta posibilidad. Sería una opción en estos casos usar métodos asociados a amenorrea o a sangrados escasos e infrecuentes como patrón de sangrado. Sin embargo, hay otras mujeres que desean sangrados mensuales porque les aporta seguridad o porque tienen un deseo de que su método se adapte lo más perfectamente posible a la fisiología natural de su organismo.
- Las mujeres con un deseo firme de evitar un posible embarazo usan métodos de elevada eficacia y de forma consistente. Sin embargo, existe un no despreciable porcentaje de mujeres que son ambivalentes en cuanto a sus deseos de embarazo. Aunque no busquen gestación, tampoco les importaría. Otras, incluso aun no deseando embarazo, el riesgo que supone el poder quedarse embarazadas es algo que les causa gran excitación durante el encuentro sexual<sup>30</sup>.

### **Justificación del estudio.**

Los estudios en materia de contracepción van encaminados a conseguir la máxima eficacia y seguridad con su uso. Cuando se habla de métodos anticonceptivos se informa exclusivamente de estos dos aspectos. Se



consideran productos médicos más que instrumentos al servicio de una sexualidad plena.

Sin embargo, hay aspectos no contemplados cuando prescribimos un método anticonceptivo a una usuaria, muy importantes. ¿Cómo vive su sexualidad?... ¿Cómo va a afectarle sexualmente ese método? ¿Y cómo va a aceptar ella ese método dentro de su vivencia sexual?

El preservativo masculino contempla la aceptabilidad sexual del usuario hacia el método. Son muchos los esfuerzos realizados para que este método de barrera sea sexualmente aceptado por los varones. Sin embargo, esto no ocurre con los métodos anticonceptivos femeninos. El consejo anticonceptivo en las mujeres se centra únicamente en la eficacia, tolerabilidad y seguridad del método para la salud.

Cuando se lleva a cabo el consejo anticonceptivo a las mujeres o parejas, se informa acerca de efectos adversos, eficacia..., sin tener en cuenta la aceptabilidad sexual de los mismos.

Un mayor conocimiento de las preferencias individuales desde la perspectiva de su sexualidad ante las distintas opciones contraceptivas nos permitirá ayudar a que la usuaria realice una elección mucho más acorde a sus preferencias. Conseguiremos así, un mayor grado de satisfacción sexual durante el uso del método, lo que nos garantizará de forma indirecta, una mayor adherencia, y en consecuencia, una mayor eficacia del mismo. Del mismo modo, evitaremos gestaciones no deseadas, interrupciones voluntarias de embarazos y ayudaremos a fomentar una maternidad saludable.

Para ello, tenemos que estudiar los factores que pueden influir en las prácticas sexuales de cada mujer: socioculturales, relacionales e individuales.

En la actualidad, no disponemos de ningún cuestionario que permita evaluar la aceptabilidad sexual de los métodos anticonceptivos. Por ello, el objetivo de este trabajo va a ser la realización y validación de un cuestionario que los profesionales podamos usar como herramienta para proporcionar a la usuaria un consejo anticonceptivo que se adapte perfectamente a su perfil, atendiendo no solo a sus necesidades de contracepción sino también consiguiendo que se adapte a sus preferencias sexuales.

## **II HIPÓTESIS:**

1. Un buen asesoramiento anticonceptivo que englobe la eficacia, seguridad y la aceptabilidad sexual, permitirá una elección más acorde con las preferencias de la mujer/pareja, y alcanzará un mayor grado de satisfacción sexual.
2. El mayor conocimiento de las preferencias individuales desde la perspectiva de su sexualidad asegurará una mayor adherencia, y por consiguiente, una mayor eficacia del método utilizado.
3. El conocimiento de las preferencias individuales permitirá evitar gestaciones no deseada, interrupciones voluntarias de embarazos y finalmente se fomentará la maternidad saludable.

### **III OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

#### **Objetivos generales:**

1. Crear un cuestionario para valorar la aceptabilidad sexual de los métodos anticonceptivos.
2. Validar el cuestionario previamente creado.

#### **Objetivos Específicos:**

1. Identificar patrones de preferencias de diversos anticonceptivos y relacionarlos con variables epidemiológicas de las voluntarias del estudio mediante el análisis cluster.

## **IV. MATERIAL Y MÉTODO.**

### **DISEÑO**

#### **Tipo de diseño**

Estudio descriptivo transversal basado en encuestas.

#### **Tamaño muestral.**

La fase de creación y diseño del cuestionario se realizó en una muestra de 216 personas que cumplieran los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Sexo femenino
- Edad: 16-50 años
- Tener relaciones sexuales con riesgo de embarazo actualmente.
- Dominio adecuado del español oral y escrito.
- Deseo manifiesto de utilizar medidas anticonceptivas.

Criterios de exclusión:

- Menopausia establecida.
- Enfermedades o infecciones que contraindiquen determinados métodos anticonceptivos en ese momento.

El tamaño muestral se basa en las recomendaciones de Sánchez-Villegas, A et al (2014)<sup>31</sup>, donde se recomienda para el tamaño muestral un número de entre 5 y 10 encuestas por cada pregunta de la parte de aceptabilidad sexual del método anticonceptivo (por lo que no se incluyeron en el tamaño muestral las preguntas epidemiológicas de la paciente).

Para la fase de validación como el cuestionario final contenía 24 preguntas (anexo 1), se necesitaba coger un tamaño muestral de al menos 108 pacientes

para analizar la test-retest (50-60% del tamaño muestral primero)<sup>31</sup>. Finalmente se consiguió una muestra de 166 pacientes (77% de la muestra inicial) a las cuales se les realizó de nuevo la encuesta tras un periodo de 2 meses después de cumplimentar la primera. Se hizo una selección de las mismas entre las 216 usuarias del tamaño muestral inicial usando la función aleatoria del programa Excel.

### **Metodología de recogida de datos**

En primer lugar se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en Pudmed usando los siguientes términos: (contraception OR contraceptive OR contraceptive device OR contraceptive devices) AND (pleasure OR libido OR “sexual function” OR “sexual functioning” OR sexuality NOT [“sexual behaviour” OR “sexual health”]).

El estudio se limitó a artículos publicados en inglés y español, durante el periodo 2005-2023.

Para la creación de la primera versión del cuestionario se plantearon una batería de preguntas surgidas de la doctoranda junto con especialistas en el tema con objeto de no dejar ningún aspecto sin medir, concretamente seis expertos reconocidos a nivel nacional e internacional todos ellos en materia de anticoncepción y sexualidad.

Posteriormente, este cuestionario inicial fue revisado por otros nueve expertos en esta área (7), y en el ámbito de la creación, utilización y validación de cuestionarios (2). En esta revisión se tuvo como objetivo la eliminación de preguntas y la modificación en la redacción de algunas preguntas para que fuesen comprensibles por cualquier persona independientemente de su nivel cultural, social y económico. Tras dicha revisión quedaron 28 preguntas de datos epidemiológicos y 38 preguntas sobre el tema de estudio, la anticoncepción y sexualidad. En total, 66 preguntas.

El cuestionario aparecía con respuestas ya prefijadas para que la usuaria solo tuviera que marcar la que más se adecuara a su situación. El cuestionario era anónimo, en ningún momento aparecen los datos personales de la encuestada para preservar estrictamente su intimidad. Las participantes fueron

seleccionadas de forma aleatoria cuando acudían a visita en la consulta de planificación familiar del CME Inocencio Jiménez de Zaragoza. Previamente a rellenar el cuestionario, a la usuaria se le hacía entrega de un documento informativo (anexo 2) explicando la razón del estudio y en qué iba a consistir. Si aceptaba participar en el estudio, debía firmar un consentimiento informado (anexo 3).

Una vez realizados estos trámites, y tras finalizar la consulta, la enfermera le acompañaba a un despacho adyacente, para que pudiera responder de forma íntima y tranquila al cuestionario. En ningún caso se realizaba acompañada por familiares o cualquier otra persona de su entorno. A los acompañantes se les invitaba a pasar a la sala que el centro dispone como sala de espera. Al finalizar, la misma usuaria volvía a la consulta para entregar el cuestionario personalmente preguntando el tiempo aproximado de cumplimentación del instrumento.

Este primer cuestionario fue respondido por las 216 usuarias de nuestro tamaño muestral.

En este primer análisis, el objetivo que se plantea es, fijado un valor techo, eliminar aquellos ítems que sean contestados en un porcentaje por encima de dicho valor (habitualmente se suele utilizar un techo del 95%, de forma que, si el 95% de la muestra tiene una respuesta similar, se elimina la pregunta – no tiene varianza). También se obtendrán las correlaciones de las respuestas de los ítems, para evaluar la eliminación de ítems con coeficientes de correlación muy altos – ítems redundantes. En esta fase se eliminan tres preguntas por hallar poca varianza en la respuesta (poca variabilidad en la contestación de las usuarias) quedando 28 preguntas de datos epidemiológicos y 35 preguntas sobre el tema de estudio, la anticoncepción y sexualidad.

El cuestionario fue enviado de nuevo, a un panel de siete personas expertas, en este tipo de estudio, para valorar si las preguntas era o no relevante para nuestro estudio. En el Anexo 4 podemos observar el resultado obtenido. Se eliminan en esta fase 11 preguntas por no superar el 30% de la adecuación al instrumento (dicho de otra forma, más del 70% del Panel opinó que no son

adecuadas o relevantes para el estudio) quedando 28 preguntas de datos epidemiológicos y 24 preguntas sobre el tema de estudio, la anticoncepción y sexualidad y se consideró cuestionario definitivo de este estudio (anexo 1).

### **Aspectos éticos**

El estudio se llevó a cabo de acuerdo a los principios de la Declaración de Helsinki (actualización 2008; disponible en la página de la Asociación Médica Mundial - World Medical Association - <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>) y de acuerdo con las normas de buena práctica clínica, tal y como se describe en las Normas Tripartitas Armonizadas de la ICH para Buena Práctica Clínica (1996), y en las guías para una Buena Práctica Epidemiológica (<http://www.ieaweb.org/GEP07.htm>).

Este estudio fue evaluado y aprobado por el comité de investigación clínica de Aragón- CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 18/11/2020, Acta N° 22/2020.

## **V. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.**

### ***VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO***

La validación del cuestionario se realizó siguiendo el siguiente esquema:

1. Validez de constructo, donde se estudiaron las propiedades psicométricas del cuestionario. Este análisis se llevó a cabo utilizando el Análisis Factorial Exploratorio.
2. Validez de Criterio, cuyo objetivo es averiguar si lo que se mide con el cuestionario es realmente lo que se quiere medir. En este aspecto se realizó una búsqueda bibliográfica de cuestionarios similares para poder aplicarlos en nuestra muestra, junto con el cuestionario a validar y mediante el uso de coeficientes de correlación, analizar si los resultados

coincidirían. Dicho de otra forma, el objetivo es analizar si tienen el mismo criterio o miden el mismo concepto.

3. Consistencia interna del cuestionario, donde se analizó la consistencia de la estructura obtenida en el punto primero. En este sentido usamos el Alpha de Crombach que toma valores entre 0-1. Cuanto más se acerque a la unidad, más consistente es el cuestionario.
4. Fiabilidad test-retest que nos permitió conocer que el cuestionario funcionó similarmente en diferentes condiciones o instantes temporales. Para ello se utilizó el coeficiente de correlación no paramétrico Rho de Spearman. Estos coeficientes toman valores entre -1 y 1. Cuanto más se acerque a los extremos mejor es la relación entre ellos.
5. Utilidad del cuestionario, donde no se aplican conceptos estadísticos sino más bien, tiempo de respuesta, facilidad de uso...etc.
6. Análisis confirmatorio, nuestro último punto de la validación y donde, mediante la utilización de ecuaciones estructurales nos permitió ver la bondad de ajuste de la estructura propuesta a nuestro cuestionario. Se dieron medidas de ajuste como los valores de la chi-cuadrado, el índice ajuste normado (Normed Fit Index – NFI) que toma valores entre 0 y 1 y es mejor cuanto más se acerque a la unidad, el índice de la raíz cuadrada media del error de la aproximación (RMSEA) es una magnitud subjetiva y se suele considerar que un valor menor a 0.10 es indicador de un buen ajuste y el índice de ajuste comparativo (CFI) mide el ajuste del modelo, oscilando entre 0 (modelo mal ajustado) y 1 (modelo bien ajustado).

## ***ESTADISTICA DESCRIPTIVA***

La descripción de los valores cuantitativos se realizó mediante los estadísticos descriptivos de la media y desviación típica. Dado que es posible que las distribuciones de los datos no sigan una distribución Gaussiana, se indicarán también otros estadísticos robustos como la mediana, y el intervalo intercuartílico, así como los valores máximo y mínimo. La distribución normal se contrastará utilizando el test no paramétrico de Shapiro Wilks.



La descripción gráfica de las variables cuantitativas se realizó por medio de gráficos de cajas y bigotes (Gráficos de Box plot), indicándose la información que se muestra en la figura 1.

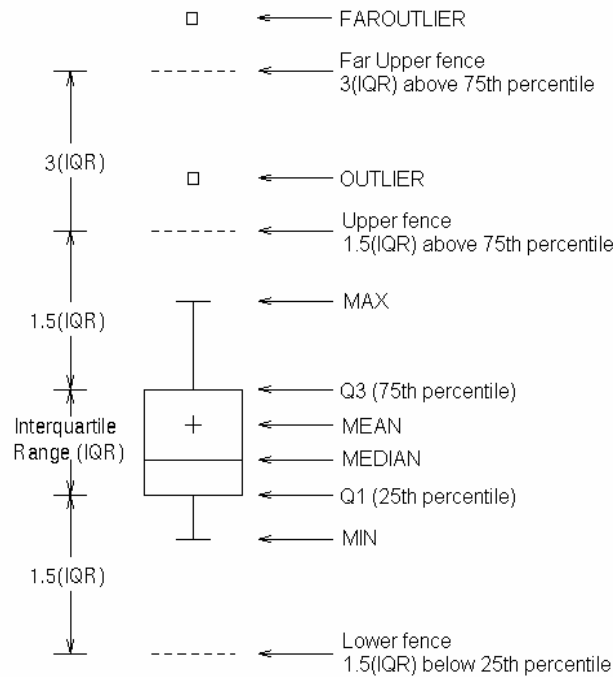


Figura 1: Descripción gráfica de los gráficos Box-Plot

Las variables cualitativas las describimos mediante una tabla de frecuencias y gráficamente, utilizaremos diagrama de sectores.

### ***ANÁLISIS CLUSTER.***

El análisis cluster es una técnica multivariante utilizada para clasificar a un conjunto de individuos en grupos homogéneos, por ello dicho análisis nos permitió identificar diferentes perfiles de mujeres en relación a sus preferencias ante sus relaciones sexuales y métodos anticonceptivos.

Dentro de las diferentes metodologías que puede utilizar el análisis cluster, se eligió un cluster jerárquico que permite en diferentes iteraciones ir uniendo mujeres con la misma similitud en función a las variables seleccionadas, en este sentido se eligió el método del vecino más próximo. Para clasificar a los individuos y determinar cuánto de similares son, se utilizó la distancia euclídea al cuadrado.

El resultado del análisis cluster se presenta en forma de tabla, donde se describe las principales características de cada uno de los grupos.

### ***OTRAS CONSIDERACIONES DEL ANÁLISIS.***

Se utilizó para los análisis estadísticos el programa estadístico STATA/SE v16.0 y se consideraron todos los contrastes a dos colas siendo significativos aquellos valor de p por debajo de 0.05.

## VI. RESULTADOS.

### VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO.

La validación del cuestionario se realizó pasando el cuestionario en una fase test-retest a un total de 166 usuarias seleccionadas con la función aleatoria del programa Excel, de entre las 216 que habían cumplimentado el cuestionario en la primera fase. Los resultados de la validación se muestran a continuación.

#### ***Validez de constructo***

En este primer punto se realizó un análisis factorial confirmatorio para corroborar las dimensiones del cuestionario y analizar la distribución de los ítems dentro de cada dimensión.

#### Adecuación del uso del análisis factorial

Una de las formas de medir la adecuación del análisis factorial es la propuesta por Kayes, Meyer y Olkin (KMO). El KMO toma valores entre cero y uno, y al igual que cualquier correlación cuanto mayor sea este valor mejor será el análisis factorial. ***En nuestro caso, el KMO, como se observa en la tabla es de 0.7873, lo cual es un buen valor y hace adecuado el uso de esta técnica multivariante.*** La tabla 1 también muestra los KMO de cada uno de los ítems.

Tabla 1: Medida de Kayes, Meyer y Olkin (KMO) de cada pregunta para analizar la adecuación del análisis factorial.

Pregunta	KMO
p1	0.7920
p2	0.7565
p3	0.7479
p4	0.7834
p5	0.7333
p6	0.7706
p7	0.6927
p8	0.8692

<b>p9</b>	0.8267
<b>p10</b>	0.9374
<b>p11</b>	0.9387
<b>p12</b>	0.9539
<b>p13</b>	0.7278
<b>p14</b>	0.7296
<b>p15</b>	0.7021
<b>p16</b>	0.7375
<b>p17</b>	0.8590
<b>p18</b>	0.7997
<b>p19</b>	0.8197
<b>p20</b>	0.7444
<b>p21</b>	0.7954
<b>p22</b>	0.7447
<b>p23</b>	0.96511
<b>p24</b>	0.7323
Total	0.7873

Otra posibilidad sería examinar la matriz de correlaciones mediante el test de esfericidad de Bartlett. Este test contrasta la hipótesis de que la matriz de correlaciones es la identidad. Si el test no fuese significativo, significaría que las variables no están relacionadas entre sí y no tendría sentido plantearnos un modelo factorial. Sin embargo, en nuestro caso, **el p-valor asociado al test de esfericidad de Bartlett fue < 0.001, lo que confirma el uso de esta técnica.**

Extracción de factores y distribución de los ítems.

Se seleccionaron 3 dimensiones como solución al análisis factorial, cumpliendo con la regla de Kaiser, es decir, seleccionando todos aquellos factores cuyo valor propio sea mayor a la unidad. **El modelo factorial con 3 factores explicó un 71.50 % de la varianza del modelo, valor alto.** En la tabla 2, mostramos la varianza que explica cada uno de los factores, así como su valor acumulado.

Tabla 2: Extracción de factores según la regla de Kaiser y varianza total explicada por el modelo factorial

FACTOR	VALOR PROPIO	DIFERENCIA	% VARIANZA DEL	% VARIANZA TOTAL
--------	--------------	------------	----------------	------------------

			FACTOR	
<b>Factor1</b>	1,2045	0.17395	0.2832	0.2832
<b>Factor2</b>	1,0305	0.22494	0.2423	0.5255
<b>Factor3</b>	1,0112	0.01935	0.1894	<b>0.7150</b>

A continuación se presenta la tabla 3 donde se observa la distribución de los ítems dentro de cada factor. Para interpretar los factores resultantes del análisis factorial deberemos de seguir una serie de pasos:

- En primer lugar identificar los ítems cuyas correlaciones con el factor sean las mayores en valor absoluto puesto que pueden estar relacionadas de forma directa o indirecta.
- Dar un nombre a cada factor. El nombre deberá recoger la información estructural de los ítems.

Observamos por consiguiente que el factor 1 (explicaba un 28.32% del modelo) correspondería a preguntas relacionadas con el uso y colocación del anticonceptivo; el factor 2 (explicaba un 24.23 %) correspondería otro tipo de factores que afectan a la relación como sangrado, efectos secundarios del método anticonceptivo..etc; finalmente el factor 3 (explicaba un 18.94 %) que agrupa preguntas relacionadas con la pareja.

La tabla 3 muestra las correlaciones de los ítems con cada factor (se omiten las correlaciones más bajas).

Tabla 3: Carga factorial de cada ítem con los factores. Se muestran únicamente las cargas factoriales mayores en cada una de las preguntas.

Pregunta	Factor1	Factor2	Factor3
p1			0.3803
p2			0.4251
p3			0.4833
p4			0.2099
p5			0.2805
p6			0.2112

p7	0.3627		
p8	0.3185		
p9	0.2365		
p10	0.3385		
p11	0.3548		
p12	0.3412		
p13		0.3989	
p14		0.3245	
p15		0.2186	
p16		0.2218	
p17			0.2253
p18		0.2728	
p19		0.3243	
p20		0.2177	
p21		0.3379	
p22		0.2140	
p23		0.3661	
p24			0.2611

### ***Validez de criterio***

Este punto no se aplica en nuestra validación, ya que deberíamos tener una herramienta que midiese el mismo concepto que se pretende medir con este cuestionario. Como tras realizar la búsqueda no existe ningún instrumento similar, no se puede analizar la validez de criterio de nuestra escala.

### ***Consistencia interna del instrumento***

La tabla 4 muestra los valores obtenidos donde observamos valores altos próximos a la unidad, lo que indica que cada uno de los factores obtenidos mediante el análisis factorial es consistente en el sentido de que los ítems que lo forman son estables en esta dimensión.

Tabla 4: Alpha de crombach para analizar la consistencia interna del cuestionario.

DIMENSION	ALPHA DE CROMBACH
Factor1	0.8388

<b>Factor2</b>	0.7501
<b>Factor3</b>	0.6631
<b>Total instrumento</b>	0.7038

### ***Fiabilidad test-retest***

En esta fase de la validación, se reenvió el cuestionario de nuevo a las 166 participantes que ya habían contestado en la primera parte de la validación, como he mencionado previamente. El objetivo principal fue analizar si el momento en el cual se realiza el cuestionario puede estar influyendo en las respuestas del individuo. Para este objetivo, conseguimos un total de 166 cuestionarios (el 100%) que utilizamos para analizar la fiabilidad del cuestionario.

Si hubiéramos realizado algún tipo de intervención en los conocimientos de los individuos a los cuales va dirigido la encuesta esperaríamos encontrar un cambio en las puntuaciones. En nuestro caso, debido a que no se realizó dicha intervención esperamos tener unas correlaciones altas entre ambos cuestionarios y significativas estadísticamente. Para ello utilizamos el coeficiente de correlación no paramétrico de Spearman (test de rangos) ya que las puntuaciones de las variables no tienen distribución normal y por lo tanto no podemos utilizar el coeficiente de correlación de Pearson, donde uno de los requerimientos es la normalidad de las variables.

La tabla 5 muestra las correlaciones entre las mujeres que realizaron ambos test observando unas puntuaciones altas en cada pregunta y todas ellas estadísticamente significativas ( $p$  valor  $< 0.001$ ).

Tabla 5: Coeficientes de correlación de cada ítem en ambos momentos

<b>Pregunta</b>	<b>Rho Spearman</b>
<b>p1</b>	0.761
<b>p2</b>	0.754

<b>p3</b>	0.691
<b>p4</b>	0.701
<b>p5</b>	0.733
<b>p6</b>	0.679
<b>p7</b>	0.692
<b>p8</b>	0.814
<b>p9</b>	0.826
<b>p10</b>	0.743
<b>p11</b>	0.879
<b>p12</b>	0.959
<b>p13</b>	0.787
<b>p14</b>	0.967
<b>p15</b>	0.721
<b>p16</b>	0.775
<b>p17</b>	0.985
<b>p18</b>	0.979
<b>p19</b>	0.987
<b>p20</b>	0.745
<b>p21</b>	0.974
<b>p22</b>	0.745
<b>p23</b>	0.915
<b>p24</b>	0.734

En resumen, existe una relación entre las respuestas independientemente del momento en el que se realice la encuesta y, por lo tanto, se confirma la fiabilidad test-retest.

### ***Utilidad del instrumento***

Este punto hace referencia a la aplicabilidad del instrumento en el escenario real. Esta fase no depende de la aplicación de procedimientos estadísticos, pero en la validación de una escala deben aparecer algunos datos que pasamos a detallar:

- Tiempo promedio requerido para aplicar el instrumento. Como observamos a continuación, el tiempo de cumplimiento tiene una mediana de 5 minutos, tiempo bastante óptimo para no tener una alta tasa de no respuesta. En el sentido de tiempo, el instrumento es óptimo.



- Necesidad de condiciones particulares en las cuales haya que poner al sujeto antes de iniciar el procedimiento, el grado de capacitación o calificación profesional que requieren quienes se encargarán de aplicar el instrumento. En este sentido, todas las mujeres participantes entendieron bien el estudio y no requirieron condiciones especiales.
- Forma, método y tiempo requerido para calificar el puntaje de la escala. La cuantificación de calificar la puntuación de la escala es rápida debido a que no hay muchos ítems y por consiguiente la valoración global del cuestionario y su análisis no es muy costoso en relación al tiempo necesario.

### ***Análisis confirmatorio de la estructura del cuestionario***

Este punto hace referencia a la confirmación de la estructura factorial hallada en los puntos anteriores a través de los modelos de ecuaciones estructurales.

Los modelos de ecuaciones estructurales son un conjunto dentro de técnicas estadísticas, consideradas extensión de modelos de regresión múltiple o análisis factorial que permiten comprobar la teoría estudiando relaciones casuales entre datos<sup>32-33</sup>. Para la construcción de estos modelos hemos creado las denominadas variables latentes calculadas a través de los factores obtenidos en el apartado anterior y hemos utilizado igualmente las variables observadas (ítems asociados a cada uno de los factores obtenidos).

No presentamos el análisis confirmatorio gráficamente debido a la cantidad de ítems que existe en el cuestionario que hace que el gráfico sea ilegible, lo que hace que se no se distinga gráficamente las posibles inter relaciones entre ellos con los factores. Sin embargo, se presentan varios indicadores para confirmar que la estructura factorial propuesta es consistente.

Como medidas de bondad de ajuste tenemos el estadístico chi-cuadrado que, para aceptar el modelo, su p valor debería ser mayor a 0.05, ya que la hipótesis nula es que el modelo es no significativo. En nuestro caso esto no sucede (p valor = 0.075), pero puede pasar por varias cosas,

El estadístico  $\chi^2$  se ve muy influenciado por el tamaño de la muestra, de forma que, para tamaños de muestras grandes el valor de  $\chi^2$  tiende a ser significativo, rechazando modelos que en la realidad se apartan muy poco de los datos observados. Y contrariamente, si los tamaños muestrales son relativamente pequeños, el test no es capaz de detectar discrepancias significativas aceptando modelos que no se ajustan bien a los datos.

El estadístico  $\chi^2$  es muy sensible a la violación de la suposición de normalidad multivariante para las variables observadas. Sin embargo, los métodos de máxima verosimilitud (como el que hemos utilizado) o el método WLS (weighted least squared) no necesitan la asunción de normalidad para obtener buenas estimaciones.

Por lo tanto, el estadístico chi-cuadrado no es muy útil en nuestro caso.

Otros indicadores de bondad de ajuste muy utilizados son el índice ajuste normado (Normed Fix Index – NFI) que toma valores entre 0 y 1 y es mejor cuanto más se acerque a la unidad. En nuestro caso tenemos un valor NFI de 0.741 indicando un buen ajuste.

El índice de la raíz cuadrada media del error de la aproximación (RMSEA) es una magnitud subjetiva y se suele considerar que un valor menor a 0.10 es indicador de un buen ajuste. En nuestro caso ese valor es de 0.048 y por lo tanto, con este indicador nos indica igualmente que el modelo de 3 factores sería un buen ajuste.

El índice de ajuste comparativo (CFI) mide el ajuste del modelo, oscilando entre 0 (modelo mal ajustado) y 1 (modelo bien ajustado). En nuestro estudio el valor fue de 0.779 indicando el buen ajuste del modelo.

## DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.

### *Variables demográficas*

La edad media de las usuarias fue de  $33.98 \pm 7.75$  años, con un rango de edad oscilando desde los 17 hasta los 48 años como podemos observar en la tabla 6. El gráfico 2 de la edad muestra una distribución muy simétrica de la variable.

Tabla 6: Descripción variable edad

variable	mean	sd	min	max	p50	p25	p75
Edad	33,98	7,75	17,00	48,00	34,00	28,00	40,50

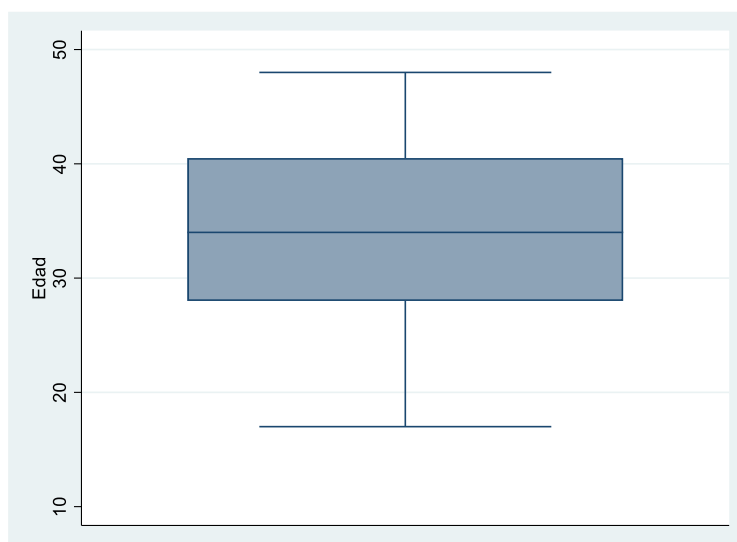


Figura 2: Box-plot variable edad.

El índice de masa corporal (IMC) de las pacientes tuvo una media de  $24.69 \pm 4.82$ , lo que indicaría que estarían dentro de la categoría de normopeso. Respecto a la distribución de la variable IMC observamos como existe un grupo de pacientes con un IMC atípico/outlier que se sitúa en los valores mayores.

Tabla 7: Descripción variable índice de masa corporal.

variable	mean	sd	min	max	p50	p25	p75
IMC	24,69	4,82	16,61	42,76	23,77	21,51	26,13

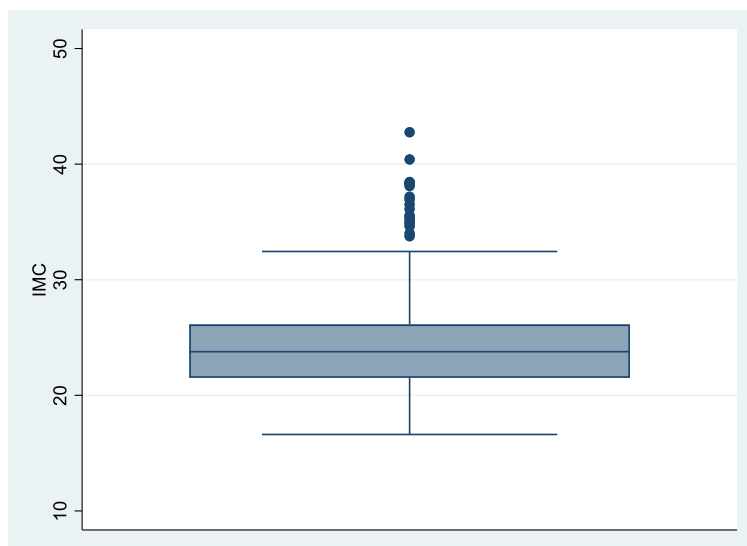


Figura 3: Box-plot variable IMC.

De las mujeres participantes, 46 tenían alguna enfermedad crónica que pudiera afectar a su preferencia/sexualidad, correspondiendo a un 21% del total de la muestra.

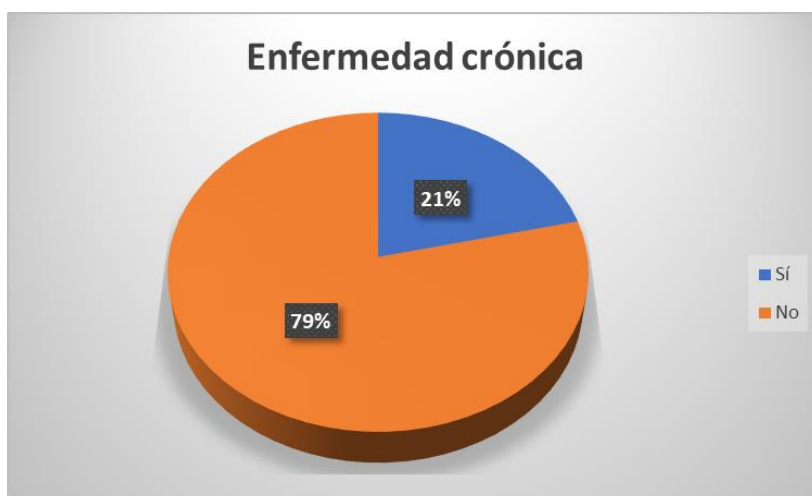


Figura 4: Existencia de enfermedades crónicas de la usuaria.

47 además tomaban tratamiento farmacológico crónico como podemos observar en el gráfico 5, siendo un 22% de la muestra total.

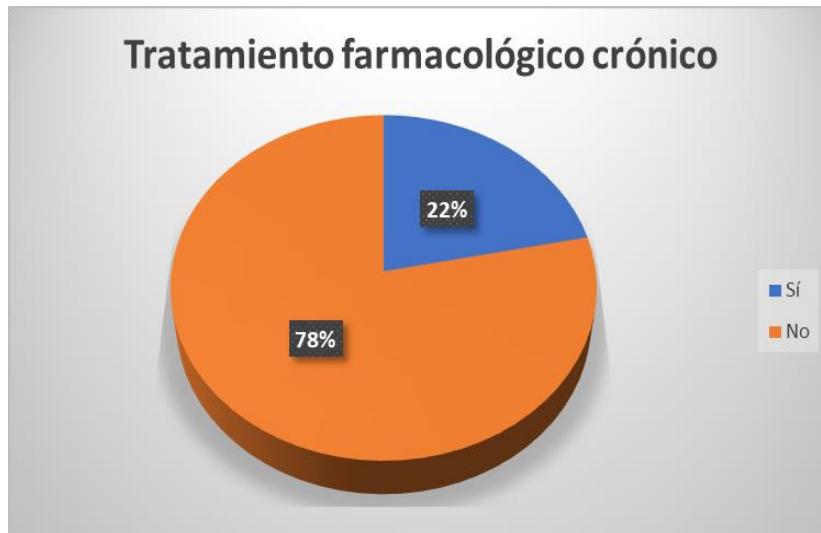


Figura 5: Tratamiento farmacológico de la usuaria

64 personas ingerían algún tipo de tóxico de forma habitual, conformando un 30% de la muestra.



Figura 6: Ingesta de tóxicos de la usuaria

Respecto a las variables relacionadas con el nivel socioeconómico y cultural de la paciente, la siguiente tabla (tabla 8) muestra la distribución de frecuencias de la información recogida al respecto. En este sentido destacar que casi la mitad de ellas tenían un nivel de ingresos entre 0 a 12.450€ (concretamente un 43.98%) y familiarmente los ingresos totales de la unidad familiar estaban entre 0 y 35.200€. Un 58.33% de las mujeres de la muestra estaban en desempleo. Solamente un 26.39% tenían estudios universitarios y la gran mayoría, 70.83%

de la muestra, fueron a colegios públicos. En este sentido cabe destacar el alto porcentaje de mujeres que no asistieron a la escuela, un 30.56%,

Tabla 8: Descripción socioeconómica de la muestra

Variable	frecuencia (porcentaje)
Nivel socioeconómico personal	
Sin ingresos	44 (20.37%)
0 a 12.450 (€)	95 (43.98%)
12.450 a 20.200 (€)	51 (23.61%)
20.200 a 35.200 (€)	22 (10.19%)
35.200 a 60.000 (€)	3 (1.39%)
>60.000 (€)	1 (0.46%)
Nivel socioeconómico familiar	
Sin ingresos	4 (1.85%)
0 a 12.450 (€)	51 (23.61%)
12.450 a 20.200 (€)	74 (34.26%)
20.200 a 35.200 (€)	59 (27.31%)
35.200 a 60.000 (€)	24 (11.11%)
>60.000 (€)	4 (1.85%)
situación laboral	
autónomo	21 (9.72%)
empleo por cuenta ajena	22 (10.19%)
desempleado	126 (58.33%)
trabajo doméstico no remunerado	21 (9.72%)
estudiante	25 (11.57%)
desactivado	1 (0.46%)
nivel cultural	
sin estudios	10 (4.63%)
estudios primarios	45 (20.83%)
enseñanza secundaria	104 (48.15%)
universidad	57 (26.39%)
tipo de escuela según financiación	
no asistió a la escuela	7 (3.24%)
Público	153 (70.83%)
concertada	55 (25.46%)
Privado	1 (0.46%)

La tabla 9 muestra variables relacionadas con religión/creencias y procedencia datos importantes, ya que pueden afectar las variables principales de estudio a la hora de la elección del tipo de anticonceptivo. Importante destacar que la

mayoría asistió durante su etapa educativa a colegios laicos (68.98%), sin influencias religiosas de ningún tipo en este ámbito.

Respecto a la religión, destaca el dato de que las mujeres católicas no practicantes son un 38.89% del total de la muestra. El resto de mujeres se distribuyen sin muchas diferencias entre los diferentes grupos.

Para terminar, respecto al origen, la mujeres españolas ocupan la mayor tasa de visitas con un 60.65%, seguidas de las usuarias sudamericanas, que ascienden a un 16.20%.

Tabla 9: Descripción creencias/formación religiosa de la muestra y etnia

<b>Variable</b>	<b>frecuencia (porcentaje)</b>
tipo de escuela según la enseñanza religiosa	
no asistió a la escuela	66 (30.56%)
laico	149 (68.98%)
religioso	1 (0.46%)
Religión	
agnóstico	19 (8.80%)
ateo	32 (14.81%)
Musulmán	14 (6.48%)
católico practicante	30 (13.89%)
Católico no practicante	84 (38.89%)
evangelista	13 (6.02%)
testigo de jehová	3 (1.39%)
otros	21 (9.72%)
Origen/etnia	
América del Norte	3 (1.39%)
Sudamérica	35 (16.20%)
Español	131 (60.65%)
Europea	19 (8.80%)
países del este	8 (3.70%)
magrebies	10 (4.63%)
áfrica subsahariana	7 (3.24%)
gitanos	3 (1.39%)

Para terminar las variables demográficas, se preguntó por antecedentes ginecológicos (tabla 10), en relación a partos, abortos y otro tipo de antecedentes de interés. 136 mujeres (62.96%) tuvieron partos vaginales con una media de 1.18 partos por mujer (DT:1.26). En relación a los abortos, se

informaron de 26 pacientes con abortos espontáneos y 34 Interrupciones legales del embarazo (ILE) como podemos apreciar en la siguiente tabla.

Tabla 10: Descripción de la historia ginecológica de las usuarias.

<b>Variable</b>	<b>frecuencia (porcentaje)</b>
partos vaginales	136 (62.96%)
Número de partos vaginales(media;dt)	1.18 (1.26)
cesárea	32 (14.81%)
abortos espontáneos	26 (12.04%)
ILE	34 (15.74%)
Antecedentes ginecológicos	30 (13.89%)

### ***Variables relacionadas con la pareja y tipo de relación sexual***

La tabla 11 describe el tipo de pareja y la relación con ella.

En ella se puede observar que un 13.43% tenían pareja estable sin cohabitar con ella y un 15.28% no tenían pareja estable. Respecto al tiempo de relación con la pareja un 44.91% llevaban más de 10 años, independientemente de si convivían o no. El resto de mujeres se distribuyen de igual forma entre los grupos temporales establecidos.

Casi un 20% mantienen más de una relación sexual simultáneamente.

A destacar por las implicaciones que puede tener en la intimidad de las parejas que conviven, el que un 66.20% conviven con alguna persona a su cargo (descendientes o ascendientes).

Tabla 11: Descripción de las relaciones de pareja de la muestra.

<b>Variable</b>	<b>frecuencia (porcentaje)</b>
tipo de pareja	
Convivencia en pareja	154 (71.29%)
pareja estable sin convivencia	29 (13.43%)
sin pareja estable	33 (15.28%)
tiempo con su pareja	
sin pareja estable	33 (15.28%)
menos de 2 años	24 (11.11%)
2-5 años	28 (12.96%)
5-10 años	34 (15.74%)
> 10 años	97 (44.91%)
tipo de convivencia	
no cohabitación	62 (28.70%)



menos de 2 años	22 (10.19%)
2-5 años	24 (11.11%)
5-10 años	27 (12.50%)
> 10 años	81 (37.50%)
Número de parejas sexuales ACTUALMENTE	
0	11 (5.09%)
1	196 (90.74%)
2	9 (4.17%)
relaciones sexuales al mismo tiempo	
No	173 (80.09%)
Sí	43 (19.91%)
Personas a su cargo en domicilio	
No	71 (32.87%)
Si	143 (66.20%)
NS/NC	2 (0.93%)

Para terminar, la tabla 12 muestra la descripción de las relaciones sexuales y los anticonceptivos que usaba y usa actualmente, así como el motivo del cambio de método anticonceptivo en caso de que fuese el motivo de consulta. La orientación sexual con la que se definieron fue heterosexual en su mayoría (86.57%).

La frecuencia de las relaciones sexuales de la mayoría de las usuarias fue semanal.

Los principales motivos esgrimidos por la usuaria para solicitar un cambio de métodos, en aquellas usuarias que lo solicitaban, son por orden: la búsqueda de una mayor eficacia, efectos adversos aparecidos durante el uso del mismo, y en tercer lugar problemas de adherencia al método, habitualmente por la obligatoriedad de la toma diaria que exige el método usado hasta entonces.

Tabla 12: Descripción de las relaciones sexuales y anticoncepción previa de las usuarias.

Variable	frecuencia (porcentaje)	
orientación sexual	homosexual	8 (3.70%)
	bisexual	18 (8.33%)
	heterosexual	187 (86.57%)
	otros	3 (1.39%)
	frecuencia de las relaciones	
	diario	17 (7.87%)
	semanal	137

		(63.43%)
	mensualmente	29 (13.43%)
	esporádica	33 (15.28%)
anticonceptivo regular		
	siempre	134 (62.04%)
	casi siempre	36 (16.67%)
	a veces	26 (12.04%)
	nunca	20 (9.26%)
motivo del cambio		
	Problemas con la frecuencia de ingesta	32 (14.81%)
	efecto adverso	40 (18.52%)
	problemas en las relaciones sexuales	38 (17.59%)
	cuestiones económicas	3 (1.39%)
	eficacia	48 (22.22%)
	embarazo durante el uso	3 (1.39%)
	otros	52 (24.07%)

## ANÁLISIS MULTIVARIANTE: Análisis cluster

Una vez descrito la muestra de pacientes, se realizó un análisis cluster para identificar perfiles de mujeres según sus características demográficas y preferencias en sus relaciones.

Realizamos para ello un análisis cluster utilizando Kmeans para agrupar usuarias, basándonos en la distancia euclídea. Esta metodología permite generar grupos homogéneos en las preferencias sexuales, medidas principalmente por el cuestionario validado en el primer punto y describir las características de cada uno de los grupos.

El análisis cluster identificó un total de tres grupos (tabla 13). Como se observa en la tabla, se incluyen las frecuencias de cada ítem en las respuestas de los tres grupos identificados.

En resumen podríamos indicar que el grupo 1 se caracteriza principalmente porque son las usuarias las que aun siendo el amor y la intimidad la causa principal para tener relaciones sexuales de la mayoría de ellas, el 26.88% contestaron el placer como primera opción. Son a las que mas les molesta

dependen de su pareja para decidir sobre la protección durante el sexo. No les preocupa que se sepa que usan un método anticonceptivo, el uso pre-sexo del método anticonceptivo les hace sentir más confiadas, y no se sienten cómodas teniendo que aprender cómo utilizar un método anticonceptivo para su adecuada utilización. Además no se podrían abandonar al disfrute de su placer durante el acto sexual pensando en si el uso correcto o no que han hecho del mismo les asegura la efectividad. Por otro lado, es el grupo que más puntúa la presencia de sexo espontáneo y hasta el 44.09% refiere que los sangrados vaginales no interfieren en su actividad sexual. Aunque no deseen embarazo, son el grupo que más fantasea sexualmente con quedarse embarazada.

El grupo 2, se caracteriza por ser el grupo que menos importancia da a que el método anticonceptivo seleccionado afecte a su pareja y del mismo modo el que menos se deja influenciar por su pareja a la hora de elegir un anticonceptivo. En su mayoría no aceptarían como una opción un anticonceptivo que afectara negativamente a sus relaciones sexuales o que disminuya el contacto con su pareja. Este grupo manifiesta que interferiría negativamente su actividad sexual un sangrado vaginal inesperado y en relación a ello, además es el grupo que más declara interrumpir su actividad sexual durante la menstruación.

Para terminar el grupo 3 es el grupo donde el amor y la intimidad es su principal motivo para tener sexo en mayor medida e incluso un casi 9% el objetivo es complacer a su pareja y su propio placer no ocupa un primer plano si comparamos las frecuencias con el resto de los grupos. Son las que más influenciadas están por su pareja en temas de contracepción. No les importa depender de la pareja para decidir sobre la protección durante las relaciones sexuales

Les parece interesante que el método forme parte del erotismo del sexo y no tienen inconveniente en tener que tocar sus propios genitales para utilizarlo. Prefieren tener sangrados mensuales durante el uso del método. No consideran que los posibles efectos adversos afecten negativamente su vida sexual y se sienten seguras controlando su cuerpo (ovulación, temperatura...etc).

Tabla 13: Perfiles de usuarias obtenidos del análisis cluster

		<b>G1 (n = 93)</b>	<b>G2 (n = 88)</b>	<b>G3 (n=35)</b>
1.	¿Cuál es tu principal motivación para mantener relaciones sexuales?			
	Amor/intimidad	70.97%	72.73%	74.29%
	Placer	26.88%	22.73%	17.14%
	Procreación	0.00%	2.27%	0.00%
	Complacer a su pareja	2.15%	2.27%	8.57%
2.	¿En qué medida se comunican usted y su pareja sobre cuestiones sexuales?			
		1.08%	0.00%	0.00%
	Muy bien	54.84%	48.86%	60.00%
	Bien	24.73%	32.95%	17.14%
	Normal	15.05%	15.91%	14.29%
	Mal	4.30%	1.14%	5.71%
	Nunca	0.00%	1.14%	2.86%
3.	¿Le preocupa que su pareja pueda verse afectada sexualmente por (notar/perturbarse por) su método anticonceptivo?			
	Sí	37.63%	22.73%	34.29%
	No	53.76%	60.23%	54.29%
	A veces	8.60%	17.05%	11.43%
4.	¿Un método que pudiera afectar negativamente a sus relaciones sexuales (deseo, lubricación, orgasmo, satisfacción) sería una opción para usted?			
	En absoluto	54.84%	65.91%	62.86%
	Podría considerarse	39.78%	27.27%	25.71%
	Lo aceptaría	5.38%	6.82%	11.43%
5.	¿Te parecería interesante que el método anticonceptivo elegido formara parte del juego sexual (el erotismo del sexo)?			
	Sí	44.09%	46.59%	48.57%
	No	18.28%	20.45%	17.14%
	No se	37.63%	32.95%	34.29%
6.	Respecto a la relación de su pareja con el método anticonceptivo. ¿Qué prefiere?			
	Su pareja es consciente de su uso y puede sentirlo.	18.28%	12.50%	17.14%
	Conoce su uso pero no lo percibe	75.27%	81.82%	68.57%
	No sabe de su existencia y no lo nota	6.45%	5.68%	14.29%
7.	¿Te preocupa que se sepa que utilizas un método anticonceptivo?			
	Sí	2.15%	2.27%	5.71%
	No	96.77%	96.59%	91.43%

	A veces	1.08%	1.14%	2.86%
8. ¿El uso pre-sexo te haría sentir más seguro durante el sexo?	Sí	54.84%	48.86%	45.71%
	No	19.35%	27.27%	25.71%
	No lo sé.	25.81%	23.86%	28.57%
9. ¿Te importaría tener que tocar tus propios genitales para utilizar el método?	Sí	18.28%	19.32%	20.00%
	No	66.67%	64.77%	71.43%
	No se	15.05%	15.91%	8.57%
10. ¿Le resultaría incómodo tener que utilizar un método que requiere aprendizaje por su parte?	Sí	20.43%	25.00%	25.71%
	No	69.89%	57.95%	68.57%
	No lo sé.	9.68%	17.05%	5.71%
11. Si el método que utilizas requiere una posición adecuada, ¿te abandonarías al placer sin pensar que en ese momento podrías haber hecho un mal uso de él?	Sí	17.20%	19.32%	20.00%
	No	50.54%	59.09%	40.00%
	No se	32.36%	21.59%	40.00%
12. Un método que requiere un uso diario, ¿le da tranquilidad durante el coito?	Sí	35.48%	23.86%	37.14%
	No	44.09%	61.36%	45.71%
	No se	20.43%	14.77%	17.14%
13. El sangrado vaginal entre menstruaciones.... ¿interfiere negativamente en su actividad sexual?	Sí	34.41%	44.32%	34.29%
	No	44.09%	32.95%	40.00%
	A veces	21.51%	22.73%	25.71%
14. ¿Has dejado de tener relaciones sexuales a causa de la menstruación?	Sí	59.14%	73.86%	60.00%
	No	16.13%	12.50%	22.86%
	A veces	24.73%	13.64%	17.14%
15. Si ha respondido sí/algunas veces, ¿le ha molestado?	Sí	46.24%	39.77%	45.71%
	No	36.56%	43.18%	42.86%
	A veces	17.20%	17.05%	11.43%
16. ¿Prefiere tener la regla todos los meses mientras utiliza su método anticonceptivo?	Sí	56.99%	46.59%	65.71%
	No	26.88%	45.45%	28.57%
	No lo sé	16.13%	7.95%	5.71%

17. ¿Te molesta depender de tu pareja para decidir sobre la protección durante las relaciones sexuales?	Sí	36.56%	30.68%	22.86%
	No	52.69%	59.09%	71.43%
	No se	10.75%	10.23%	5.71%
18. ¿Cómo valoras tener relaciones sexuales de forma espontánea cuando es tu decisión?				
0 (Poco importante)---5 (Bastante importante)---10 (Muy importante)		6.93 (3.04)	6.76 (3.47)	5.17 (3.89)
19. ¿Tienes la fantasía sexual de quedarte embarazada?	Sí	11.83%	6.82%	2.86%
	No	83.87%	88.64%	82.86%
	A veces	4.30%	4.55%	14.29%
20. ¿Le importaría utilizar un método que pudiera reducir el contacto con su pareja?	Sí	73.12%	77.27%	54.29%
	No	21.51%	13.64%	34.29%
	A veces	5.38%	9.09%	11.43%
21. ¿Crees que los efectos secundarios de ciertos métodos anticonceptivos pueden afectar negativamente a tu vida sexual?	Sí	53.76%	53.41%	48.57%
	No	23.66%	28.41%	31.43%
	No se	22.58%	18.18%	20.00%
22. ¿Te da la misma seguridad (prefieres) tocar/sentir tu método que no notarlo?	Sí	38.71%	38.64%	31.43%
	No	34.41%	44.32%	42.86%
	No se	26.88%	17.05%	25.71%
23. ¿Te sentirías sexualmente segura si controlarás tu anticoncepción conociendo tu propio cuerpo (temperatura, posibles días de ovulación)?	Sí	25.81%	25.00%	34.29%
	No	55.91%	60.23%	45.71%
	No se	18.28%	14.77%	20.00%
24. ¿Se deja influenciar por su pareja en materia de anticoncepción?	Sí	8.60%	14.77%	28.57%
	No	73.12%	73.86%	51.43%
	A veces	18.28%	11.36%	20.00%

Las características demográficas de cada uno de los perfiles encontrados vienen dados en la tabla 14.

El grupo 1 serían las mujeres más jóvenes y sin ingresos propios o con ingresos muy bajos a pesar de que tienen estudios superiores, quizás debido a su juventud no tienen trabajo indefinido. Es el grupo con una mayor tasa de pareja sin convencia o sin pareja estable y por consiguiente las que llevan menos tiempo en pareja. La frecuencia de sus relaciones sexuales suelen ser semanales y el anticonceptivo utilizado es el ACHO o parche. Si han cambiado el método anticonceptivo la causa principal fue por aparición de efecto adverso.

Podemos observar que el grupo 2 lo conforman las mujeres más mayores y que tienen asociadas una prevalencia de comorbilidades mayor que el resto de grupos identificados. Son mujeres trabajadoras o que perciben mayores ingresos con estudios medios/universitarios que conviven en pareja durante un tiempo elevado si lo comparamos con los otros dos grupos. Este grupo se identifica por utilizar anticonceptivos barrera/ACHO, pero se identifica un alto porcentaje de DIUs en comparación al resto de mujeres. El motivo por el que han cambiado a este tipo de anticonceptivos es por “otros motivos no especificados en el cuestionario”, por problemas en las relaciones o por efectividad.

El último grupo (Grupo 3) son mujeres más obesas asociadas a HTA y síndrome metabólico con ingresos bajos, sin estudios o estudios primarios. Tienen pareja estable y conviven con ella. Tienen una mayor frecuencia de relaciones sexuales (diarias o semanales) que el resto de grupos. Destacan porque tienen el mayor porcentaje de los 3 grupos de uso de métodos naturales. Las que deciden cambiar de método anticonceptivo lo hacen buscando una mayor eficacia del mismo.

Tabla 14: Características sociodemográficas asociadas a cada perfil identificado.

Variable	Grupo1	Grupo2	Grupo3
Edad	26,87 (4,71)	40,40 (3,69)	36,74 (5,65)
IMC	23,09 (4,17)	22,67 (3,50)	32,60 (4,56)
Diabetes	83.87	75.00	74.29
HTA	0	0	2.86
Síndrome metabólico	0	1.14	2.86
Enfermedades cardiovasculares	0	1.14	0
Enfermedad psiquiátrica	0	3.41	0
Estrés/Fatiga crónica	13.98	5.68	5.71
Fibromialgia, depresión...	0	1.14	0
Enfermedad neuromuscular	0	0	2.86
Enfermedad oncológica	1.08	0	0
Otras	1.08	12.50	11.43
Sin ingresos propios	31.18	7.95	22.86
de 0 a 12.450	37.63	45.45	57.14
de 12.450 a 20.200	23.66	27.27	14.29
de 20.200 a 35.200	4.30	18.18	5.71
de 35.200 a 60.000	2.15	1.14	0
>60.000	1.08	0	0
Sin estudios	3.23	2.27	14.29
Estudios primarios	16.13	21.59	31.43
Estudios secundarios	47.31	48.86	45.71
Estudios Universitarios	32.26	27.27	8.57
Otros estudios	1.08	0	0
Convivencia en pareja	59.14	80.68	80.00
Pareja estable sin convivencia	19.35	9.09	8.57
Sin pareja estable	19.35	9.09	11.43
Menos de 2 años en pareja	18.28	4.55	8.57
2-5 años en pareja	19.35	3.41	20.00
5-10 años en pareja	24.73	9.09	8.57
más de 10 años en pareja	16.13	72.73	51.43
Relaciones diarias	7.53	6.82	11.43
Relaciones semanales	59.14	67.05	65.71
Relaciones mensuales	15.05	13.64	8.57
Relaciones esporádicas	18.28	12.50	14.29
Anticonceptivo actual: ninguno	2.15	1.14	0
Anticonceptivo actual: métodos naturales	5.38	5.68	17.14
Anticonceptivo actual: Barrera	5.38	10.23	5.71
Anticonceptivo actual: ACHO	32.26	31.82	31.43
Anticonceptivo actual :ASG	1.08	0	0
Anticonceptivo actual: parche	30.11	14.77	28.57
Anticonceptivo actual: anillo	0	2.27	5.71
Anticonceptivo actual: infección trimestral	1.08	0	0
Anticonceptivo actual: implante	1.08	1.14	0
Anticonceptivo actual: DIU cobre	5.38	14.77	5.71
Anticonceptivo actual: DIU de LNG	5.38	13.64	2.86



Cambio por problemas en las tomas	18.28	10.23	17.14
Cambio por efecto secundario	23.66	15.91	11.43
Cambio por problemas en relaciones	17.20	19.32	14.29
Cambio por problemas económicos	1.08	1.14	2.86
Cambio por efectividad	19.35	21.59	31.43
Cambio por embarazo	1.08	2.23	0
Cambio por otros motivos	19.35	29.55	22.86

## **VII DISCUSIÓN**

La salud reproductiva y sexual representa un derecho humano que hay que defender y preservar. La anticoncepción tiene como objetivos, por una parte, evitar embarazos no deseados y, por otra parte, asegurar una vida sexual satisfactoria libre de riesgos procreativos.

Las necesidades anticonceptivas deben tener en cuenta aspectos de la salud reproductiva y sexual del individuo. Los profesionales sanitarios responsables del consejo anticonceptivo, deben utilizar un lenguaje sencillo y comprensible al informar sobre los posibles riesgos, beneficios e incertidumbres a las mujeres que acuden a consulta para solicitar orientación sobre métodos anticonceptivos y de esta forma, puedan elegir el mejor anticonceptivo para sí mismas dependiendo de sus características y preferencias sexuales. El objetivo principal de la orientación es apoyar la elección de la mujer para permitir que la mujer y su pareja vivan la experiencia sexual, libres de la preocupación de un embarazo no deseado.

### **Sobre la creación del instrumento**

Este es uno de los primeros estudios en desarrollar y validar una herramienta para evaluar la aceptabilidad sexual de los métodos anticonceptivos. El cuestionario ASMA evalúa la aceptabilidad de los métodos anticonceptivos teniendo en cuenta factores epidemiológicos, así como el estilo de vida, aspectos socioemocionales, nivel educativo y creencias religiosas. El objetivo de diseñar esta herramienta no es otra que intentar crear un instrumento que ayude al profesional que asesore en materia de anticoncepción a seleccionar el mejor anticonceptivo para una mujer dependiendo de sus necesidades sexuales y características personales.

Hasta ahora, la literatura científica sólo presentaba un único cuestionario para estudiar la Aceptabilidad Sexual de los Anticonceptivos, desarrollado por Sander y col<sup>34</sup> en este estudio se desarrollaron y analizaron las propiedades

psicométricas de un nuevo instrumento para medir Aceptabilidad Sexual Anticonceptiva (ASA - en inglés contraceptive sexual acceptability (CSA)). Los items asociados a medir la aceptabilidad son diferentes a los considerados en nuestro cuestionario ASMA. Esto es debido principalmente a que en cada sociedad se concibe la sexualidad de forma algo diferente a lo que sucede en otros países y por consiguiente, nuestros items pretenden recoger información más objetivada al tipo de mujeres que tenemos en nuestro país.

En este primer cuestionario, se pretendía identificar los elementos clave del constructo de aceptabilidad sexual de los anticonceptivos y medir los cambios en las experiencias sexuales que los usuarios atribuyen a un nuevo método anticonceptivo. El cuestionario CSA se construyó a partir de otros cuestionarios previos, uniendo items de instrumentos anteriores para conformar uno único. En este sentido, se incluyó el Índice de Función Sexual Femenina (Female Sexual Functioning Index (FSFI))<sup>35-36</sup>, y la Nueva Escala de Satisfacción Sexual (New Sexual Satisfaction Scale (NSSS))<sup>37</sup>, que responde a algunas de las limitaciones de el estudio previo de Higgings et al<sup>14</sup> sobre la aceptabilidad sexual de los métodos anticonceptivos que ha servido de base a este reciente estudio y proporciona un instrumento cuyo objetivo es medir la satisfacción sexual global, incluyendo a la pareja y dominios psicológicos, items sobre la aparición de efectos secundarios tanto físicos como relacionados con el estado de ánimo<sup>39</sup>, y percepciones autodeclaradas de los efectos sexuales de los anticonceptivos utilizados. Finalmente se conformó con 2 ítems de la escala FSFI, 6 ítems de la escala NSSS y 1 medida subjetiva. El objetivo de estos autores era desarrollar una herramienta basada en el modelo conceptual de la aceptabilidad sexual de la anticoncepción basado en estudios previos sobre la aceptabilidad sexual<sup>13,14</sup>.

La primera pregunta de la herramienta CSA hace referencia al impacto percibido por los usuarios de su método anticonceptivo (o la falta de un método) en su vida sexual y luego aborda dominios específicos que conforman los componentes físicos, psicológicos e interpersonales de la aceptabilidad sexual de los anticonceptivos. Esta reciente escala proporciona una medida en

la que se pide a las mujeres que califiquen su satisfacción en los ámbitos físico (incluido el funcionamiento sexual, la calidad, la frecuencia del orgasmo y la excitación), psicológico (apertura emocional o capacidad de entrega) e interpersonal. La escala CSA se creó para identificar la aceptabilidad de los anticonceptivos y medir los cambios en la sexualidad que los usuarios atribuyen a un nuevo método anticonceptivo. En este sentido, la escala ASMA se creó con el objetivo de que sea una herramienta clínica, en el sentido de que puede ser utilizada en mujeres que buscan anticoncepción, permitiendo al clínico recomendar el método más adecuado de acuerdo con las preferencias y particularidades sexuales de la mujer.

Otro ejemplo clásico en la literatura de la sexualidad y anticoncepción fue el trabajo de Caruso et al.<sup>39</sup> que analizaron el impacto de la anticoncepción hormonal en la sexualidad de la mujer, centrándose en aspectos como sus componentes, vía y régimen. En este sentido, el cuestionario ASMA fue creado para identificar los elementos clave del constructo de aceptabilidad sexual de los anticonceptivos. Otro aspecto novedoso de nuestro instrumento cuestionario en comparación con el descrito por Caruso et al. es que el cuestionario ASMA busca evaluar las preferencias de las mujeres según características epidemiológicas, donde incluimos la edad y la orientación sexual y el tipo de relación de pareja, junto con factores socioeconómicos, educativos y religiosos. El objetivo central del cuestionario ASMA fue identificar perfiles de factores asociados a los diferentes tipos de anticonceptivos. Por lo tanto, este instrumento es el primero que evalúa de forma integral las necesidades anticonceptivas de las mujeres con el objetivo de alcanzar la plena satisfacción en sus relaciones sexuales.

Todos los ítems incluidos en la escala son fundamentales para evaluar la aceptabilidad sexual de los anticonceptivos. El cuestionario comienza con preguntas demográficas y clínicas sobre los antecedentes médicos de la mujer que puedan afectar a sus relaciones sexuales o a su preferencia por un determinado tipo de anticonceptivo. Le siguen preguntas personales y de economía familiar, así como sobre el tipo de relación y convivencia con la pareja. Todas estas preguntas son de gran relevancia para establecer el perfil

de una mujer para un determinado tipo de método anticonceptivo. Al perfeccionar esta parte de la escala, se tomaron decisiones con fundamento estadístico basadas en los resultados del análisis. La segunda parte de la escala consta de preguntas relacionadas con la realidad de su vida sexual, en las que se indaga sobre aspectos en los que pueden influir los distintos métodos anticonceptivos. Las respuestas pueden servir de base para el asesoramiento anticonceptivo.

Aunque el cuestionario es una herramienta útil para el asesoramiento y la prescripción anticonceptiva, siempre hay que tener en cuenta que durante la consulta la usuaria también puede comunicar otras variables individuales no reflejadas en el cuestionario, y dicha información también podría ser decisiva en la elección del método anticonceptivo.

La estructura teórica interna del cuestionario inicial se modificó ligeramente, manteniendo 3 factores pero cambiando ligeramente la forma de agrupar los ítems. Sin embargo, todos estos constructos son teóricamente consistentes y presentan una buena consistencia interna y fiabilidad. En futuros estudios, será útil explorar las correlaciones entre los factores.

### **Sobre los perfiles de mujeres identificados en este estudio**

El instrumento ASMA identificó tres perfiles diferentes de mujeres bien diferenciados.

El primer tipo de mujeres serían las de mayor edad con mayor prevalencia de comorbilidades que conviven en pareja desde hace más de 10 años destacando la preferencia anticonceptiva conformada por DIU en relación a los otros grupos.

El segundo tipo de mujeres serían las más jóvenes, con estudios avanzados y que no tienen pareja estable o si la tienen es desde no hace mucho tiempo y cuya preferencia anticonceptiva sería ACHO y parches.

El tercer tipo de mujeres serían aquellas con una edad media, caracterizadas por un IMC alto, sin estudios o con estudios básicos y prácticamente sin ingresos que, además, tienen relaciones sexuales frecuentemente y cuya preferencia anticonceptiva vendría dada por métodos naturales y ACHO.

### **LIMITACIONES Y PUNTOS FUERTES**

La falta de instrumentos similares para evaluar la aceptabilidad de los métodos anticonceptivos no nos permitió evaluar la validez de criterio con respecto a un "patrón oro". Sin embargo, contar con un marco de referencia definido por profesionales de la salud para el tema analizado junto con una validación de contenido y apariencia del cuestionario realizada por expertos es una de las fortalezas en el diseño de este instrumento preliminar. Aunque el análisis de validación psicométrica reveló que el cuestionario ASMA es válido y fiable, validaciones adicionales en diferentes poblaciones podrían contribuir a su mejora. Dado que un alto porcentaje de la muestra eran mujeres no españolas, los resultados del análisis sugieren una buena adaptabilidad cultural.

### **UTILIDAD FUTURA DEL INSTRUMENTO**

El instrumento desarrollado podría ayudar a los profesionales sanitarios en la práctica clínica habitual a identificar el mejor método anticonceptivo para una mujer que acude a la consulta en busca de información y ayuda al respecto, identificando el método que mejor se adapte al perfil de cada individuo.

En conclusión, el cuestionario ASMA es una herramienta válida y fiable para evaluar la aceptabilidad sexual de diversos métodos anticonceptivos. El cuestionario ASMA recoge datos y proporciona información sobre diferentes factores relativos a la sexualidad, la salud, la educación y las creencias de las mujeres, factores que pueden determinar la preferencia por un método anticonceptivo frente a otro. Por tanto, puede utilizarse para identificar perfiles de mujeres con preferencias diferentes, ayudándolas a elegir el método más adecuado.



## VIII CONCLUSIONES

### Sobre la validación del cuestionario

**PRIMERO:** El cuestionario ASMA es un instrumento que consta de 28 preguntas de datos epidemiológicos y 24 preguntas sobre la anticoncepción y sexualidad.

**SEGUNDO:** El estudio psicométrico del cuestionario ASMA obtiene buenos valores estadístico que apoyan la validez de constructo (mediante análisis factorial exploratorio), consistencia interna de las dimensiones obtenidas en la validez de constructo (mediante el coeficiente Alpha de Crombach), buena fiabilidad test-retest (mediante coeficiente de correlación Rho de Spearman), que junto al análisis confirmatorio (mediante ecuaciones estructurales) confirman la validación completa del cuestionario ASMA.

### Sobre la identificación de perfiles de mujeres

**TERCERO:** El instrumento identifica tres perfiles diferentes de mujeres. Uno de ellos lo conforman mujeres de mayor edad con mayor prevalencia de comorbilidades que conviven en pareja desde hace más de 10 años destacando la preferencia anticonceptiva conformada por DIU en relación a los otros grupos. El grupo de mujeres más jóvenes con estudios avanzados que no tienen pareja estable o si la tienen es desde no hace mucho tiempo y cuya preferencia anticonceptiva sería ACHO y parches. Finalmente, un grupo de mediana edad, con un IMC mayor sin estudios o con estudios básicos y prácticamente sin ingresos que tienen relaciones sexuales frecuentemente y cuya preferencia anticonceptiva vendría dada por métodos naturales, aunque ACHO aparecería como una segunda opción.



## IX. BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial para la Salud, O.M.S. (2002). Gender and reproductive rights: sexual Health. <http://www.who.int/topics/sexualhealth/es/>.
2. Kavanaugh, M.L., Anderson, R.A. (2013). Contraception and beyond: the health benefits of services provided at family planning centers. New York, NY: Guttmacher Institute
3. Ministerio de sanidad y consumo. Prevención y promoción de la Salud pública. Interrupción voluntaria del embarazo. 2022
4. Higgings J.A., Hirsch, J.S. The pleasure deficit: Revisiting the “sexuality connection” in reproductive health. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2007; 39:240-247.
5. Master universitario de sexología médica. II Edición. Módulo 1. Tema 2. Curso 2017-2019.
6. Irene Salazar Bruque. Fundamentos biológicos, sociológicos y psicológicos de la sexualidad I. La respuesta sexual femenina. En: Nicolas Mendoza Ladrón de Guevara. Ana Rosa Jurado Lopez. Froilan Sanchez Sanchez. *Sexologia médica*. 1ª Edición. España: Eug; 2019. 21-30.
7. Basson R. The Female sexual response: a different model. *J Sex Marital Ther*. 2000 Jan-Mar; 26 (1):51-65.
8. Respuesta sexual humana. Master, W. H. y Johnson, V.E (1966). Buenos Aires:Inter-Médica.
9. *The New Sex Therapy*. Kaplan, H.S.(1974). New York: Times book Co.
10. Nuevas recomendaciones para el consejo anticonceptivo basadas en el estilo de vida. Resultados de un estudio Delphi / New lifestyle-based recommendations for contraceptive counseling. A Delphi study. Lete, Iñaki; Viuda, Esther de la; Gómez, María Ángeles; Haimovich, Sergio; Martínez, Mercedes. *Prog. obstet. ginecol.* (Ed. impr.) ; 58(1): 4-13, 2015.
11. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. CME. Organización Mundial de la Salud. Quinta edición. 2015

12. Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2019. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
13. Severy LJ, Newcomer S. Critical issues in contraceptive and STI acceptability research. *Journal of Social Issues*. 2005; 61:45-65.
14. Higgins JA, Smith NK. The sexual acceptability of contraception: Reviewing the literature and building a new concept. *J Sex Res* 2016;53:417–45.
15. Hensel DJ, Newcamp J, Miles J, Fortenberry JD. Picturing sexual spaces in everyday life: Exploring the construction of sexuality and sexual behaviour among early adult women. *Sexuality Research and Social Policy*. 2011; 8:267-281.
16. Brugman M, Caron SL, Rademakers J. Emerging adolescent sexuality: A comparison of American and Dutch college women's experiences. *International Journal of Sexual Health*. 2010; 22:32-46.
17. Bjelica A. Socio-demographic factors influence contraception use among female students of the University of Novi Sad (Serbia). *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2008;13:422-430.
18. Burrows LJ, Basha M, Goldstein AT. The effects of hormonal contraceptives on female sexuality: A review. *Journal of Sexual Medicine*. 2012; 9:2213-2223.
19. Davison SL, Bell RJ, LaChina M, Holden SL, Davis SR. Sexual function in well women: Stratification by sexual satisfaction, hormone use, and menopause status. *Journal of Sexual Medicine*. 2008;5: 1214-1222.
20. Battaglia C, Morotti E, Persico N, Battaglia B, Busacchi P, Casadio P, Venturoli S. Clitoral vascularization and sexual behaviour in Young patients treated with drospirenone-ethinyl estradiol or contraceptive vaginal ring: A prospective, randomized, pilot study. *Journal of Sexual Medicine*. 2014;11-471-480.

21. Foster DG, Higgings JA, Karasek D, Ma S, Grossman D. Attitudes toward unprotected intercourse and risk of pregnancy among women seeking abortion. *Women's Health Issues*. 2012;22:149-155.
22. Sobze Sanou M, Fokam J, Guetiya Wadoum R, Russo G, Onohiol JF, Djeunang DB, Colizzi V. Condom Perception and Prevention of HIV/AIDS infection in Cameroon: Apraisal of Knowledge, attitudes, and practices among level one students of the University of Dschang. *Igiene E Sanita Pubblica*. 2013; 69: 183-194.
23. Charlton BM, Corliss HL, Missmer SA, Frazier AL, Rosario M, Kahn JA, Austin SB. Reproductive Health screening disparities and sexual orientation in a cohort study of U.S. adolescent and Young adult females. *Journal of Adolescent Health*. 2011; 49: 505-510.
24. Smith J, McFadyen L, Zuma K, Preston-Whyte E. Vaginal wetness: An underestimated problem experienced by progestogen injectable contraceptive users in South Africa. *Social Science and Medicine*. 2002;55:1511-1522.
25. Smith, N. K., Jozkowski, K. N., & Sanders, S. A. (2014). Hormonal contraception and female pain, orgasm, and sexual pleasure. *Journal of Sexual Medicine*, 2014 Feb;11(2): 462–470.
26. Crosby, R., Milhausen, R., Mark, K. P., Yarber, W. L., Sanders, S., & Graham, C. A. (2013). Understanding problems with condom fit and feel: An important opportunity for improving clinic-based safer sex programs. *Journal of Primary Prevention*, 2013 Apr; 34(1-2): 109–115
27. Lessard LN, Karasek D, Ma S, Darney P, Deardorff J, Lahiff M, Foster DG. Contraceptive features preferred by women at high risk of unintended pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2012;44:194-200.
28. Shiely F, Saifuddin MS. Contraceptive choice and acceptability: The future for STI risk in Kelantan, Malaysia. *International Journal of STD and AIDS*. 2014; 25: 219-227
29. Szarewski A, Von Stenglin A, Rybowski S. Women's attitudes towards monthly bleeding: Results of a global population-based survey. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2012; 17: 270-283

30. Higgings JA, Hirsch JS, Trussell J. Pleasure, prophylaxis and procreation: A qualitative analysis of intermittent contraceptive use and unintended pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2008; 40:130-137
31. Sánchez-Villegas, A., del Burgo, C., & Martínez-González, M. (2014). Introducción a los modelos multivariantes. Regresión lineal múltiple. [Introduction to multivariable models. Multiple linear regression] In M. Martínez-González, A. Sánchez-Villegas, E. Toledo-Atucha, & J. Faulin-Fajardo (Eds.), *Bioestadística amigable [Friendly Biostatistics]* (pp. 1–11). Barcelona, Spain: Elsevier.
32. Bandalos D L, Finney SJ. *Factor analysis: Exploratory and confirmatory: The reviewer's guide to quantitative methods in the social sciences*. New York, NY: Routledge, 2018
33. Batista-Foguet JM, Coenders G & Alonso J. Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Med Clin* 2004; 122 supl1: 21-7)
34. Sanders, J.N; Kean, J; Zhang, C; Presson, A.P; Everett, B,G; Turok, D.K; Higgins, J.A; Measuring the Sexual Acceptability of Contraception: Psychometric Examination and Development of a Valid and Reliable Prospective Instrument. *J Sex Med* 2022;19:507–520.
35. Isidori AM, Pozza C, Esposito K, et al. Development and validation of a 6-item version of the female sexual function index (FSFI) as a diagnostic tool for female sexual dysfunction. *J Sex Med* 2010;7:1139–1146.
36. Rosen R, Brown C, Heiman J, et al. The female sexual function index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000;26:191–208.
37. Stulhofer A, Busko V, Brouillard P. Development and bicultural validation of the new sexual satisfaction scale. *J Sex Res* 2010;47:257–268.
38. Dalessandro C, Thorpe R, Sanders J. “For me, it’s having something meaningful”: Women’s emotional understandings of sex and the sexual acceptability of contraception. *J Sex Res* 2021:1–12.

39. Caruso, S.; Palermo, G.; Caruso, G. and Chiara A.M. How Does Contraceptive Use Affect Women's Sexuality? A Novel Look at Sexual Acceptability. *J. Clin. Med.* 2022; 11, 810.

## **ANEXO 1: Cuestionario final**

### DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

1. Edad:

2. Peso:

3. Altura:

4. IMC:

- Bajo Peso: <18,5
- Normal: 18,5-24,99
- Sobrepeso: 25-29,99
- Obesidad:>30
- Obesidad Mórbida:>35

5. Enfermedades crónicas: SI NO. Especifique en caso afirmativo.

- Diabetes
- HTA
- Síndrome metabólico
- Enfermedades cardiovasculares
- Enfermedad Psiquiátrica/ Psicológica: estrés, fatiga crónica, fibromialgia, depresión ...
- Epilepsia
- Enfermedad neuromuscular
- Enfermedad oncológica
- otras.

6. N° de embarazos:

- n° parto vaginal ( )
- n° cesáreas ( )
- n° abortos espontáneos ( )
- n° abortos provocados ( ).

7. Antecedentes ginecológicos:

- SI

- NO.

Especifique en caso afirmativo:

malformaciones/cirugía/enfermedades: endometriosis/mioma/dolor pélvico crónico/Enfermedades de transmisión sexual/ otras).

#### 8. Fármacos de forma crónica:

- SI
- NO.

Especifique en caso afirmativo.

- Cardiovasculares (antiHTA-diuréticos-digoxina-amiodarona)
- Antidiabéticos
- Hipocolesterolemicos
- Antidepresivos
- Psicofármacos
- ACHO
- Antiepilepticos
- Antihistaminicos (cimetidina/ranitidina)
- Antineoplásicos
- Antiandrogenos
- Corticoides
- Agonistas GnRH
- Inmunosupresores
- Ketoconazol
- Naproxeno
- Levodopa
- Inhibidores de la proteasa
- Otros.

#### 9. Toma habitual de tóxicos.

- SI
- NO.

Especifique en caso afirmativo.

- Tabaco

- Alcohol
- Cannabis
- Cocaína
- Otros.

10. Nivel socioeconómico de la persona anual:

- Sin ingresos propios
- de 0 a 12.450
- de 12.450 a 20.200
- de 20.200 a 35.200
- de 35.200 a 60.000
- >60.000 .

11. Nivel socioeconómico familiar anual:

- Sin ingresos propios
- de 0 a 12.450
- de 12.450 a 20.200
- de 20.200 a 35.200
- de 35.200 a 60.000
- >60.000 .

12. Situación laboral:

- En activo por cuenta propia
- En activo por cuenta ajena
- En paro
- Trabajo en el hogar no remunerado
- Estudiante
- Pensionista
- Incapacidad laboral

13. Nivel cultural:

- Sin estudios (o primarios incompletos)
- Estudios primarios
- Estudios secundarios(grado-bachillerato)



- Estudios universitarios

14. Tipo de colegio al que asistió según financiación del mismo

- No fui al colegio
- Privado
- Concertado
- Publico

15. Tipo de colegio al que asistió según educación religiosa

- No fui al colegio
- Laico
- Religioso

16. Religión:

- Agnóstico
- Ateo
- Musulmán
- Budista
- Hinduista
- Católico practicante
- Católico no practicante
- Evangelista
- Judío
- Testigo de jehová
- Otras.

17. Procedencia/etnia:

- Norteamericano
- Sudamericano
- Español
- Europeo
- Países del este
- Magrebíes

- África subsahariana
- Asiáticos
- Oceanía
- Etnia gitana.

18. Tipo de pareja:

- Convivencia en pareja
- Pareja estable sin convivencia
- Sin pareja estable

19. En caso de tener pareja: ¿Cuánto tiempo lleva con su pareja?

- Menos de 2 años
- 2-5 años
- 5-10 años
- más de 10 años

20. En caso de Convivencia en pareja: ¿Cuánto tiempo lleva conviviendo?:

Menos de 2 años

- 2-5 años
- 5-10 años
- más de 10 años.

21. ¿tiene o ha tenido relaciones sexuales con más de una persona durante el mismo periodo de tiempo?:

- Si
- No

22. N° de parejas sexuales ACTUALMENTE

23. Personas a su cuidado en su domicilio (hijos/personas mayores):

- Si
- No

24. Orientación sexual:

- Homosexual
- Bisexual
- Heterosexual
- Otras

25. ¿Cuál es la frecuencia de tus relaciones sexuales?

- Diaria
- Semanal
- Mensual
- Esporádica

26. En tus relaciones sexuales utilizas algún método anticonceptivo (incluido marcha atrás...ogino..preservativo..)

- Siempre
- Casi siempre
- Alguna vez
- Nunca

27. ¿Qué método anticonceptivo usas en este momento?

Ninguno

- Métodos naturales (temperatura, ogino, marcha atrás, lactancia...)
- Métodos barrera ( preservativo femenino, masculino, diafragma, capuchón...)
- ACHO (píldora combinada clásica)
- ASG (píldora solo gestágeno)
- Parche
- Anillo
- Inyección trimestral
- Implante
- DIU de cobre
- DIU de LNG

28. Si usas ya un método Anticonceptivo ¿por qué deseas cambiar a otro?

- Problemas con la frecuencia de la toma
- Efectos secundarios
- Problemas en las relaciones sexuales
- Tema económico
- Efectividad
- Embarazo usando el método
- Otros

### ENCUESTA (SEXUALIDAD/ANTICONCEPCIÓN)

1. ¿Cuál es tu motivación principal para tener relaciones sexuales?

- Amor/intimidad
- Placer
- Procreación
- Complacer a tu pareja

2. ¿Cómo es la comunicación sobre temas sexuales con tu pareja?

- Muy buena
- Buena
- Normal
- Escasa
- Nula

3. ¿Te preocupa que le pueda afectar sexualmente ( notar/ molestar) a tu pareja tu método anticonceptivo?

- Si
- No
- A veces

4. ¿Sería una opción para ti un método que pudiera afectar negativamente a tus relaciones sexuales (deseo, lubricación, orgasmo, satisfacción)?

- En absoluto
- Podría considerarlo
- Lo aceptaría

5. ¿Te parecería interesante que el método anticonceptivo que elijas forme parte del juego sexual (de la erótica del sexo)?
- Si
  - No
  - No lo se
6. En cuanto a la relación de tu pareja con el método anticonceptivo. ¿Prefieres:
- Tu pareja conoce de su uso y puede llegar a sentirlo
  - Conoce de su uso pero no lo nota
  - No sabe de su existencia ni lo nota
7. ¿Te preocupa que se sepa que utilizas un método anticonceptivo?
- Si
  - No
  - A veces
8. ¿El uso previo a la relación sexual te haría sentirte más segura durante el sexo?
- Si
  - No
  - No lo se
9. ¿Te molestaría tener que tocar tus propios genitales para el uso del método?
- Si
  - No
  - No lo se
10. ¿Sería un inconveniente para ti tener que usar un método que requiera de aprendizaje por tu parte?
- Si
  - No
  - No lo se
11. ¿Si el método que usas requiere una colocación adecuada, te abandonarías al placer sin pensar que lo has podido usar mal en ese momento?
- Si

- No
  - No lo se
12. ¿Un método que requiera uso diario te da tranquilidad durante la relación?
- Si
  - No
  - No lo se
13. ¿Los sangrados vaginales entre reglas interfieren negativamente en tu actividad sexual?
- Si
  - No
  - A veces
14. ¿Has dejado de tener sexo por tener la regla?
- Si
  - No
  - A veces
15. Si has contestado si/ a veces, ¿te ha molestado?
- Si
  - No
  - A veces
16. ¿Prefieres tener la regla todos los meses durante el uso de tu método anticonceptivo??
- Si
  - No
  - No lo se
17. ¿Te molesta depender de tu pareja en la decisión de protección durante el sexo?
- Si
  - No
  - No lo se
18. ¿Cómo valoras el tener sexo espontáneamente, cuando tu decidas?  
0 (no es importante)---5 (bastante importante)---10 (muy importante)

19. ¿Tienes como fantasía sexual el poder quedarte embarazada?

- Si
- No
- A veces

20. ¿Te molestaría un método que pudiera disminuir el contacto con tu pareja?

- Si
- No
- A veces

21. ¿Crees que los efectos secundarios de algunos métodos anticonceptivos pueden afectar negativamente a tu vida sexual?

- Si
- No
- No lo se

22. ¿Te da la misma seguridad (prefieres) el tocar/ sentir tu método q no notarlo?

- Si
- No
- No lo se

23. ¿Te sentirías segura sexualmente si controlarás tu la anticoncepción mediante, exclusivamente, el conocimiento de tu propio cuerpo (temperatura, días posibles de ovulación...)?

- Si
- No
- No lo se

24. ¿Te dejas influir por tu pareja en anticoncepción?

- Si
- No
- A veces

## **ANEXO 2: DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA LA PARTICIPANTE**

**Título de la investigación: DISEÑO DE UN CUESTIONARIO PARA VALORAR LA ACEPTABILIDAD SEXUAL DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

**Investigadora Principal: M<sup>a</sup> ISABEL LAHOZ PASCUAL. FEA GINECOLOGÍA. SECCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SEXOLOGÍA CLÍNICA. PLANTA 5<sup>a</sup> CME INOCENCIO JIMENEZ. AVDA NAVARRA 78 50011 ZARAGOZA. Email: isalahoz@yahoo.com**

**Centro: HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA ZARAGOZA.**

### **1. Introducción:**

Nos dirigimos a usted para solicitar su participación en un proyecto de investigación que estamos realizando en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.

Su participación es voluntaria. Su nombre no figurará en ningún documento del estudio, únicamente en el consentimiento informado. Se le adjudicará un número que será el que constará siempre que se manejen sus datos.

Su aportación es importante para obtener el conocimiento que necesitamos.

Este proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética, pero antes de tomar una decisión es necesario que:

- lea este documento entero
- entienda la información que contiene el documento
- haga todas las preguntas que considere necesarias
- tome una decisión meditada
- firme el consentimiento informado, si finalmente desea participar.

Si decide participar se le entregará una copia de esta hoja y del documento de consentimiento firmado. Por favor, consérvelo por si lo necesitara en un futuro.

Si decidiese abandonar el estudio sus datos serán excluidos de las bases de datos y destruidos.



## **2. ¿Por qué se le pide participar?**

Se le solicita su colaboración porque queremos elaborar un cuestionario que en un futuro, nos sirva de herramienta para adecuar el método anticonceptivo, a la sexualidad propia de cada usuaria.

En total en el estudio participarán unas 200 usuarias con características similares a las tuyas (mujeres en edad reproductiva, con fluidez en el manejo de la lengua castellana y con plenas facultades mentales, que acuden a la Consulta de Planificación Familiar del CME Inocencio Jiménez de Zaragoza solicitando un método anticonceptivo).

## **3. ¿Cuál es el objeto de este estudio?**

Habitualmente, la elección de un método anticonceptivo se realiza solo atendiendo a criterios de eficacia y seguridad.

El objeto de este estudio es, tras el análisis de los datos obtenidos a través de estas encuestas, la elaboración de un cuestionario (que posteriormente se validará), que permita adecuar el método anticonceptivo a las preferencias sexuales de la usuaria sin menoscabar, los principios de seguridad y eficacia.

## **4. ¿Qué tengo que hacer si decido participar?**

Si decide participar, se le solicitará que rellene un cuestionario. En el mismo se le realizarán preguntas sobre su sexualidad, anticoncepción y datos personales que consideramos necesarios para el estudio.

El cuestionario consta de 66 preguntas. El tiempo que precisa para contestarlo será de unos 15 minutos.

Lo rellenará en condiciones de estricta intimidad. Para ello disponemos de una sala anexa donde podrá contestar a las preguntas. Tanto el cuestionario como el consentimiento informado como este documento informativo será entregado por la investigadora principal. Si durante este proceso le surgiesen dudas, la investigadora estará a su disposición para resolverlos.

Su nombre no figurará en ningún documento, salvo en el consentimiento informado. Este irá asociado a sus respuestas a través de un número.

La investigadora principal asignará un número a su encuesta y al consentimiento informado para poder contactar con usted si así fuese

necesario. Este tratamiento de los datos se realiza de este modo porque el análisis posterior de los datos requiere rellenar un segundo cuestionario. No se solicitará a todas las pacientes implicadas en el estudio. Si no contacta la investigadora principal con usted en el plazo de dos meses es que no ha sido seleccionada en ese segundo grupo y su colaboración en este estudio se considerará finalizada.

Solo la investigadora principal tendrá acceso a esos datos. En el análisis de los datos solo figurará un número por lo que las personas encargadas de realizar este trabajo en ningún momento tendrán acceso a sus datos.

### **5. ¿Obtendré algún beneficio por mi participación?**

Al tratarse de un estudio de investigación orientado a generar conocimiento no es probable que obtenga ningún beneficio por su participación si bien usted contribuirá al avance científico y al beneficio social.

Usted no recibirá ninguna compensación económica por su participación.

### **6. ¿Cómo se van a tratar mis datos personales?**

Información básica sobre protección de datos.

Responsable del tratamiento: M<sup>a</sup> Isabel Lahoz Pascual (Investigadora principal de este estudio)

Finalidad: Sus datos personales serán tratados exclusivamente para el trabajo de investigación al que hace referencia este documento.

Legitimación: El tratamiento de los datos de este estudio queda legitimado por su consentimiento a participar.

Destinatarios: No se cederán datos a terceros salvo obligación legal.

Derechos: Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, de limitación y oposición a su tratamiento, de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos (RGDP 2016/679) ante la investigadora principal del proyecto, pudiendo obtener información al respecto dirigiendo un correo electrónico a la dirección [dpd@salud.aragon.es](mailto:dpd@salud.aragon.es).

Podrá consultar información adicional y detallada en el Registro de Actividades de Tratamiento del Gobierno de Aragón, en el siguiente enlace [https://aplicaciones.aragon.es/notif\\_lopd\\_pub/details.action?field=731](https://aplicaciones.aragon.es/notif_lopd_pub/details.action?field=731)

Así mismo, en cumplimiento de lo dispuesto en el RGPD, se informa que, si así lo desea, podrá acudir a la Agencia de Protección de Datos (<https://www.aepd.es>) para presentar una reclamación cuando considere que no se hayan atendido debidamente sus derechos.

En ningún caso su nombre aparecerá relacionado con un cuestionario. Como se describe previamente, Vd. Únicamente utilizará su nombre para darnos su consentimiento al estudio.

La encuesta y el consentimiento informado tendrán asignado un número que los relacionará con el único objetivo de análisis posteriores pero nadie tendrá acceso a los consentimientos informados salvo la investigadora principal.

Los datos de cada usuaria irán registrados por el número asignado.

Su identidad personal quedará completamente oculta durante el proceso de la investigación.

Las conclusiones del estudio se presentarán en congresos y publicaciones científicas pero se harán siempre con datos agrupados y nunca se divulgará nada que le pueda identificar como participante en el estudio.

## **7. ¿Quién financia el estudio?**

Todos los gastos que pudieran surgir por la realización de este estudio serán sufragados por la investigadora principal.

No se descarta solicitar ayudas a instituciones sin ánimo de lucro, si se considerase necesario.

## **8. ¿Se me informará de los resultados del estudio?**

Usted tiene derecho a conocer los resultados del presente estudio. También tiene derecho a no conocer dichos resultados si así lo desea. Por este motivo en el documento de consentimiento informado le preguntaremos qué opción prefiere. En caso de que desee conocer los resultados, el investigador le hará llegar los resultados. Para ello deberá de anotar dirección de correo electrónico en el consentimiento informado.

### **¿Puedo cambiar de opinión?**

Su participación es totalmente voluntaria, puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones. Basta con que le manifieste su intención a la investigadora principal del estudio y se procederá a la destrucción de los datos proporcionados por Vd.

### **¿Qué pasa si me surge alguna duda durante mi participación?**

Durante la realización de la encuesta tendrá acceso a consultar cualquier duda a la investigadora principal que estará accesible en todo momento.

Muchas gracias por su atención, si finalmente desea participar le rogamos que firme el documento de consentimiento que se adjunta.

### ANEXO 3: DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### Título del PROYECTO: DISEÑO DE UN CUESTIONARIO PARA VALORAR LA ACEPTABILIDAD SEXUAL DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

Yo, .....  
(nombre y apellidos de la participante).

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado con: Dra. M<sup>a</sup> ISABEL LAHOZ PASCUAL.....(nombre de la investigadora principal).

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) cuando quiera
- 2) sin tener que dar explicaciones
- 3) sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Si decidiese retirarme del estudio, mis datos serán excluidos del mismo y destruidos.

Presto libremente mi consentimiento para participar en este estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos conforme se estipula en la hoja de información que se me ha entregado.

Deseo ser informada sobre los resultados del estudio:      sí      no      (marque lo que proceda)

Si desea ser informada indique dirección de correo electrónico:

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma      de      la  
participante:

Fecha: .....

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio a la paciente mencionada, entregándole en la misma visita un documento informativo del mismo.

Firma de la Investigadora Principal: M<sup>a</sup> ISABEL LAHOZ PASCUAL.

FEA Ginecología Hospital Clínico Lozano Blesa.  
Sección Planificación familiar y Sexología Clínica.  
Planta 5<sup>a</sup> del CME Inocencio Jiménez de Zaragoza.  
Email: isalahoz@yahoo.com

Fecha: .....

#### ANEXO 4: Resultado del panel de Expertos

	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	Total
1. ¿Cuál es tu motivación principal para tener relaciones sexuales?	1	1	1	1	1	1	1	7
2. ¿En una escala del 1 al 5 con qué frecuencia es el placer la motivación principal que tienes para tener sexo?	0	1	0	0	0	1	0	2
3. ¿Cómo es la comunicación sobre temas sexuales con tu pareja?	1	1	1	1	1	1	1	7
4. ¿Te preocupa que le pueda afectar sexualmente (notar/molestar) a tu pareja tu método anticonceptivo?	1	1	1	1	1	1	1	7
5. ¿Te preocupa lo que opina tu pareja sobre tu método anticonceptivo?	1	0	1	0	1	0	0	3
6. ¿Sería una opción para ti un método que pudiera afectar negativamente a tu deseo/fantasías sexuales?	1	1	1	1	1	1	1	7

7. ¿La falta de lubricación te causa dolor con las relaciones sexuales?	0	1	0	0	1	0	0	<b>2</b>
8. ¿Te parecería interesante que el método anticonceptivo que elijas forme parte de la erótica del sexo?	1	1	0	1	1	1	1	<b>6</b>
9. En cuanto a la relación de tu pareja con el método anticonceptivo. ¿Prefieres:	1	1	0	1	1	1	1	<b>6</b>
10. ¿Te preocupa que se sepa que utilizas un método anticonceptivo?	0	1	1	1	1	1	1	<b>6</b>
11. ¿El uso previo a la relación sexual te haría sentirte más segura durante el sexo?	1	1	1	1	0	1	1	<b>6</b>
12. ¿Te molestaría tener que tocar tus propios genitales para el uso del método?	1	1	1	1	1	1	1	<b>7</b>
13. ¿Sería un inconveniente para ti tener que usar un método que requiera de aprendizaje por tu parte?	1	1	1	1	1	1	1	<b>7</b>



14. ¿Si el método que usas requiere una colocación adecuada, te abandonarías al placer sin pensar que lo has podido usar mal en ese momento?	0	1	0	1	1	1	1	<b>5</b>
15. ¿un método que requiera uso diario te da tranquilidad durante la relación (olvidos...vómitos)?	1	1	1	1	1	1	1	<b>7</b>
16. Los sangrados vaginales (reglas...manchados)...¿interfieren negativamente en tu actividad sexual?	1	1	1	1	1	1	1	<b>7</b>
17. ¿Has dejado de tener sexo por tener la regla?	1	1	0	1	1	1	1	<b>6</b>
18. Si has contestado si/ a veces, ¿te ha molestado?	1	1	0	1	1	1	1	<b>6</b>
19. ¿prefieres tener la regla todos los meses durante el uso de tu método anticonceptivo??	1	1	1	1	1	1	1	<b>7</b>
20. ¿Te sentirías tranquila si usases un método que hiciese desaparecer la regla?	0	1	0	0	0	1	0	<b>2</b>

21. ¿Te molesta depender de tu pareja en la decisión de protección durante el sexo? Si--no---a veces	1	1	1	1	1	1	1	7
22. ¿Como valoras el tener sexo espontáneamente, cuando tu decides?	1	1	1	1	1	1	1	7
23. ¿Te gusta poder tener sexo cuando tú quieras y con quien quieras?	1	1	0	0	1	0	0	3
24. Crees que es más satisfactorio tener relaciones sexuales sin depender de usar un método en ese momento?	1	0	0	0	1	0	1	3
25. ¿Tienes como fantasía sexual el poder quedarte embarazada?	1	1	1	1	1	1	1	7
26. ¿Te molestaría un método que pudiera disminuir el contacto con tu pareja?	1	1	1	1	1	1	1	7
27. ¿Usarías métodos que puedan reducir tu placer?	0	1	0	1	0	0	1	3
28. ¿Crees que los efectos secundarios de algunos métodos anticonceptivos (aumento de peso-tensión mamaria-acné)...pueden afectar negativamente a tu vida sexual?	1	0	1	1	1	1	1	6

29. ¿Te afectaría de forma negativa sexualmente un método que pudiera cambiar tu aspecto físico?	1	0	0	0	1	0	0	<b>2</b>
30. ¿Te da la misma seguridad (prefieres) el tocar/ sentir tu método q no notarlo?	1	1	1	1	1	1	1	<b>7</b>
31. ¿Te gusta/no te importa que tu método se vea durante la relación?	0	0	1	0	0	1	0	<b>2</b>
32. ¿Te sentirías segura sexualmente si controlarás tú la anticoncepción mediante, exclusivamente, el conocimiento de tu propio cuerpo (temperatura, días posibles de ovulación...)?	1	1	1	1	1	1	1	<b>7</b>
33. ¿Qué opinión te merece el green sex? ...es decir, tener sexo sin usar nada artificial como método anticonceptivo, solo métodos naturales?	0	1	0	0	1	1	0	<b>3</b>
34. ¿Crees que te sentirías cómoda sabiendo que llevas un objeto dentro de tu cuerpo?	1	0	1	0	0	1	0	<b>3</b>
35. ¿Te dejas influir por tu pareja en anticoncepción?	1	1	1	1	1	1	1	<b>7</b>