

Confiabilidad y validez de constructo de una escala para evaluar las actitudes y opiniones hacia las prácticas anticonceptivas en 14 países de América Latina

Samuel Santoyo Haro ^a, Efrén Raúl Ponce Rosas ^b, Francisco J. F. Gómez Clavelina ^c, Miguel Ángel Fernández Ortega ^d, Javier Domínguez del Olmo ^{e,f}, Vicente Díaz Sánchez ^g



Foto: E. Ceroni

Resumen

Objetivo: Determinar la confiabilidad y validez de constructo de una escala de medición de actitudes y opiniones hacia las prácticas anticonceptivas en mujeres de 14 países de América Latina.

Material y métodos: Diseño: Estudio descriptivo, transversal, observacional. Población: 7,456 mujeres de 14-45 años de 14 países latinoamericanos. Muestreo: aleatorio, polietápico con representatividad proporcional estratificado por edad. Variables: 256 variables, 21 exploraron actitudes y opiniones hacia los métodos anticonceptivos. Mediciones: Escala tipo Likert (5 opciones); participaron 284 encuestadores profesionales capacitados. Instrumento: Cuestionario cerrado, técnica de entrevista directa domiciliaria. Análisis: Coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach y análisis factorial exploratorio.

Resultados: Actitudes: Alfa de Cronbach = 0.875. El análisis factorial obtuvo un componente principal que explica 50.3% de varianza. **Opiniones:** Alfa de Cronbach=0.675. El análisis factorial mostró 3 factores que explican 45.4% de la varianza.

Conclusiones: La confiabilidad elevada y la validez de constructo en valores mínimos suficientes en las actitudes y opiniones hacia los métodos anticonceptivos, muestran que el cuestionario explora un constructo, es breve y de fácil aplicación en la práctica médica.

Palabras clave: Métodos anticonceptivos, actitudes, confiabilidad, validez de constructor.

Reliability and validation of a program to evaluate attitudes and opinions towards contraceptive practices in 14 countries in Latin America

Abstract

Objective: to determine the reliability and construct validity of an attitudes & opinion assessment scale about the contraceptive methods in women of 14 Latin American countries.

Material and methods: Design: descriptive, cross-sectional, observational study. Population: 7,456 women from 14 to 45 years of age. Sampling: randomized, multiple step with

^aGinecoobstetra. Profesor de asignatura de pregrado y posgrado de la Facultad de Medicina. UNAM

^bProfesor titular "A" TC. Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. UNAM

^cProfesor asociado "C" TC. Jefe del Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. UNAM

^dProfesor Asociado "C" TC. Jefe del Departamento de Evaluación de la Secretaría de Enseñanza Clínica. Internado y Servicio Social de la Facultad de Medicina. UNAM

^eProfesor de asignatura. Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. UNAM

^fJefe del Área de Salud Reproductiva del Fondo de Población de Naciones Unidas

^gDirector general de Mexfam

proportional representativeness, stratified by age. **Variables:** 256 variables, 21 explored attitudes and opinions about the contraceptive methods. **Measurements:** Likert scale (5 options); 284 professional enabled pollsters participated. **Instrument:** Closed questionnaire, technique of direct domiciliary interview. **Analysis:** Coefficient of reliability Cronbach's alpha and factorial exploratory analysis.

Results: **Attitudes:** Cronbach's alpha = 0.875. The factorial analysis obtained a main component which explains 50.3% of variance. **Opinions:** Cronbach's alpha = 0.675. The factorial analysis showed three factors explaining 45.4% of the variance.

Conclusions: The high reliability and the construct validity in enough minimal values about attitudes and opinions regarding contraceptive methods, showed that the questionnaire explores one construct. The questionnaire is brief and of easy application for medical practice.

Key words: Contraceptive methods, attitudes, reliability, construct validity.

INTRODUCCIÓN

En 2 trabajos previos^{1,2} se han publicado los resultados generales del estudio realizado por el Centro Latinoamericano Salud y Mujer (CELSAM) acerca de las prácticas anticonceptivas en mujeres de 14 países de América Latina. En estos reportes se presentaron los principales aspectos sociales, demográficos, económicos, perfil general, historia reproductiva, utilización, prácticas anticonceptivas y conocimientos hacia los métodos anticonceptivos de 7,456 mujeres en edad reproductiva.

Este es el tercer reporte del estudio realizado por CELSAM en el que se presentan los resultados de las actitudes y opiniones que las mujeres manifestaron tener en torno a sus prácticas de anticoncepción.

La evaluación de las actitudes y opiniones es compleja ya que ambas se encuentran relacionadas con la experiencia que las personas han tenido del evento o hecho referente del cual se manifiestan. En este trabajo se entenderá como *actitud* a la "disposición del pensamiento de las mujeres hacia las prácticas anticonceptivas manifestada de alguna forma a través de preguntas y respuestas cualitativas con grado variable de intensidad ante una situación dada". Asimismo, se entenderá como *opinión* "al juicio

que tienen las mujeres sobre las prácticas anticonceptivas". Partiendo de estos conceptos, es claro que tanto las *actitudes* como las *opiniones* están influidas por diversos aspectos propios del ser humano como: *el conocimiento* (entendimiento de un concepto o hecho basado en la inteligencia y la razón sobre un dominio específico de enseñanza), la *experiencia* (práctica prolongada que proporciona conocimiento o habilidad para hacer algo), las *expectativas* (esperanza de realizar o conseguir algo), los *prejuicios* (opiniones previas y tenaces, por lo general desfavorables, acerca de algo que se conoce de manera deficiente) y los *temores* (pasión del ánimo, que hace huir o rehusar aquello que se considera dañino, arriesgado o peligroso), que las mujeres han tenido o tienen con relación a las prácticas anticonceptivas.

En este contexto, se han realizado algunos estudios en los que se evalúan las actitudes y opiniones hacia las prácticas de anticonceptivas entre los cuales se encuentran el de Meloni,³ realizado en 1999 en São Paulo, Brasil (n = 3,149); Golden et al,⁴ 2001, Nueva York, Estados Unidos (n = 954); Santín et al.,⁵ realizado en 2003 en Huelva, España (n = 483); Encuesta Nacional de Salud Reproductiva,⁶ 2003, en México (n = 20,950); Landau et al,⁷ 2006 en Estados Unidos (n=810), Ebuehi et al,⁸ 2006 en Nigeria, (n = 256); Thorburn,⁹ 2007 en Oregón, Estados Unidos (n = 433). En estos trabajos los autores estudiaron diversos aspectos de las actitudes y opiniones hacia las prácticas anticonceptivas en múltiples escenarios, contextos, niveles sociales de desarrollo, económicos, demográficos y regionales; los estudios fueron realizados en diferentes marcos muestrales, instrumentos diversos y esquemas metodológicos con representatividad heterogénea de las comunidades, poblaciones y regiones estudiadas. En estos trabajos no se informa de los procedimientos relacionados con el instrumento de medición en los que se analice su confiabilidad y validez.³⁻⁹ Se debe señalar que en el terreno de las actitudes y opiniones de este tipo de instrumentos, la consideración de su confiabilidad y la exploración de uno o varios constructos a *priori* –validez



de contenido— o *a posteriori* —validez de constructo—, de los procedimientos de medición son de vital importancia para medir la consistencia interna (fiabilidad) y el constructo teórico de referencia que represente con certeza a las prácticas anticonceptivas.

El objetivo del presente trabajo fue determinar la confiabilidad y validez de constructo de una escala de medición de actitudes hacia las prácticas anticonceptivas en mujeres de 14 países de América Latina.

MATERIAL Y MÉTODOS

La población de referencia de la investigación fue constituida por las mujeres en edad fértil de 14 países de América Latina. Los países participantes en el estudio (en orden alfabético) fueron: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

Se aplicó un cuestionario a una muestra de mujeres en edad fértil de cada país participante en el estudio; debido a que en todos los países existía una población de más de un millón de mujeres entre 15 y 45 años de edad y sobre la base de la población total de ellas, se calculó una muestra para cada país con los siguientes criterios: proporción del uso de métodos anticonceptivos: 0.90 (valor mínimo), nivel de confianza de 95% de estimación y 3% de margen de error (precisión) en las estimaciones del muestreo.

Con estos valores, el número mínimo de mujeres de entre 15 y 45 años por estudiar para los 14 países fue de 5,376; sin embargo, al tomar en cuenta el tamaño de la población en cada país, se decidió incrementar la muestra de estudio para asegurar las estimaciones del muestreo. La muestra total quedó constituida por 7,456 mujeres de entre 15 y 45 años de edad.

La representatividad de la muestra fue determinada por diversos criterios:

- Según la ubicación geográfica de los países:
 - Centroamérica: 4 países (Méjico, Guatemala, El Salvador y Costa Rica)
 - El Caribe: un país (República Dominicana).
 - Sudamérica: 9 países (Venezuela, Colombia, Ecuador, Perú, Bolivia, Brasil, Uruguay, Chile y Argentina).

- Según el tamaño de las localidades seleccionadas (urbanas y rurales):

Tamaño de la localidad (habitantes)	Muestra estudiada	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Menos de 5,000	1,057	14.2	14.2
De 5,000 a 15,000	524	07.0	21.2
De 15,000 a 50,000	975	13.1	34.3
De 50,000 a 250,000	1,105	14.8	49.1
De 250,000 a 1 millón	1,508	20.2	69.3
Más de 1 millón	2,287	30.7	100.0
Total	n = 7456	100.0	

- Según la edad de las mujeres:

Grupo de edad (años)	Muestra estudiada	Porcentaje	Porcentaje acumulado
15-19	1,763	23.6	23.6
20-24	1,725	23.1	46.8
25-34	2,071	27.8	74.6
35-45	1,897	25.4	100.0
Total	n = 7,456	100.0	

La selección de las mujeres participantes en el estudio fue aleatoria; para tal propósito se determinaron las unidades primarias de muestreo (UPM) que fueron definidas en función de las posibilidades ofrecidas por los marcos muestrales en los distintos países donde se realizó la investigación, de acuerdo a las siguientes características: estados, departamentos, provincias, secciones electorales, municipios, localidades, congregaciones y todas aquellas referencias geopoblacionales que permitieran realizar una selección muestral con alto grado de representatividad de acuerdo a la organización geoestadística de cada país y que fueran representativos de la población. Posteriormente, en cada UPM se seleccionaron en forma aleatoria las manzanas o bloques de calles denominándolas unidades secundarias de muestreo (USM) y en éstas, de manera sistemática, se eligieron las viviendas denominadas unidades últimas de muestreo (UUM). Una vez elegida la vivienda se identificó la existencia de mujeres de entre 15 y 45 años de edad y se les invitó a participar en forma voluntaria para contestar el cuestionario.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos según preguntas y de la escala de actitud hacia el uso de métodos

Pregunta	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza (95%)	
				Límite inferior	Límite superior
1. Es barato	3.91	1.639	0.019	3.89	3.92
2. No falla	4.04	1.314	0.015	4.02	4.05
3. Fácil de conseguir	4.28	1.320	0.015	4.26	4.29
4. Fácil de usar	4.34	1.235	0.014	4.32	4.35
5. No produce molestias	3.97	1.482	0.017	3.95	3.98
6. Produce mayor placer	4.13	1.644	0.019	4.11	4.14
7. No está en contra de mi religión o creencias	4.23	1.471	0.017	4.21	4.24
8. Produce mayor control sobre mi cuerpo	4.27	1.490	0.017	4.25	4.28
9. No daña a la salud	4.10	1.500	0.017	4.08	4.11
Total	4.14	0.149	0.001	4.13	4.14
Escala total (rango: 9-45)	37.27	9.234	0.106	37.05	37.48

Fiabilidad de la escala: Coeficiente alfa de Cronbach estandarizado = 0.875.

El método para seleccionar las muestras en cada país fue polietápico; en la primera etapa se realizó un sorteo aleatorio simple (o sistemático con arranque aleatorio cuando el marco muestral lo permitió) de los puntos de inicio UPM.

El cuestionario se diseñó *ex profeso* para este estudio considerando 256 variables que exploraron los siguientes aspectos: perfil general de la mujer en edad reproductiva, situación social y demográfica, indicadores de estatus económico y respecto a las prácticas de anticoncepción: historia reproductiva, conocimientos, uso, actitudes y opiniones.

Se tuvo cuidado para asegurar tanto la confidencialidad de la información obtenida como el anonimato de las mujeres encuestadas. Participaron 284 encuestadores profesionales capacitados para aplicar el cuestionario mediante la técnica de entrevista directa; cada encuestador fue instruido para cumplir de manera estricta con lo siguientes criterios de selección de la muestra en cada país:

- a) Mantener la proporción representativa respecto de los parámetros poblacionales en las comunidades urbanas y rurales.
- b) Verificar que la muestra fuera dividida en 4 grupos de edad y que correspondiera al $25 \pm 3\%$ para cada uno de ellos: de 15 a 19 años; de 20 a 24 años; de 25 a 34 años, y de 35 a 45 años.
- c) Elegir aleatoriamente a las mujeres mediante la estrategia de campo definida por *puntos de inicio*.

En cada uno de ellos se efectuaron 4 entrevistas a mujeres en los grupos de edad definidos.

En cada país se aplicó el mismo cuestionario estructurado y precodificado; en el caso de Brasil no fue posible la traducción y adaptación transcultural del texto original del cuestionario, no obstante, se hicieron adaptaciones para el idioma portugués. El método para realizar las entrevistas fue personal en el domicilio seleccionado. Para evaluar las actitudes y opiniones en torno a uso de métodos anticonceptivos se utilizó una serie de preguntas en las que las opciones de respuesta fueron en escala tipo Likert.

En el instrumento (anexo1) se incluyeron 9 preguntas para evaluar las *actitudes* de las mujeres en torno a las prácticas anticonceptivas; se exploraron específicamente las actitudes hacia un único constructo teórico sobre el uso de los métodos anticonceptivos. Se utilizó una escala de medición ordinal tipo Likert de 5 opciones (1 = totalmente en desacuerdo a 5 = totalmente de acuerdo). La línea de corte para establecer la actitud global desfavorable o favorable hacia el uso de los métodos anticonceptivos fue de 28 (mediana) con una amplitud de clase (rango) de 9 a 45 puntos.

Para evaluar las *opiniones* el instrumento incluyó 12 preguntas, también se utilizó una escala ordinal tipo Likert de 5 opciones (1 = muy mala a 5 = muy buena). La línea de corte para establecer la opinión global mala o buena hacia el uso de los métodos

Tabla 2. Estadísticos descriptivos según preguntas y de la escala de opinión hacia los métodos anticonceptivos

Opinión	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza (95%)	
				Límite inferior	Límite superior
1. Pastillas o píldoras	3.71	1.129	0.013	3.68	3.74
2. Condones o preservativos	3.82	1.037	0.012	3.80	3.84
3. Óvulos, jaleas, espumas o diafragma	3.28	0.850	0.009	3.26	3.30
4. Dispositivo intrauterino	3.55	1.115	0.012	3.52	3.58
5. Hormonales inyectables	3.50	1.067	0.012	3.48	3.52
6. Operación de la mujer o salpingoclásia o ligadura	3.75	1.089	0.012	3.72	3.78
7. Operación del hombre o vasectomía	3.53	.992	0.011	3.51	3.55
8. Ritmo, calendario o abstinencia	3.21	1.064	0.012	3.19	3.23
9. Coitus interruptus o "retirada"	2.95	0.930	0.010	2.93	2.97
10. Implantes	3.06	0.499	0.005	3.05	3.07
11. Pastilla de emergencia	3.09	0.633	0.007	3.08	3.10
12. Opinión general de todos los métodos anticonceptivos	4.16	1.092	0.012	4.13	4.19
Total	3.46	0.360	0.001	3.45	3.46
Escala total (rango: 12 – 60)	41.60	5.483	0.060	41.47	41.72

Fiabilidad de la escala: Coeficiente alfa de Cronbach estandarizado = 0.675.

anticonceptivos fue de 36 (mediana) con una amplitud de clase (rango) de 12 a 60 puntos.

Los cuestionarios aplicados en los 14 países fueron enviados y concentrados en el Centro Latinoamericano Salud y Mujer (CELSAM) con sede en la Ciudad de México; en cada país existió un coordinador local de la investigación.

Análisis estadístico

Se estableció que para considerar adecuados los resultados, se debía obtener un coeficiente de confiabilidad de la escala actitudinal y de opinión mínimo o superior a 0.60; se utilizó alfa de Cronbach no estandarizado para determinar los índices de confiabilidad de las escalas de actitud y de opinión. Se planeó que para lograr la validez de constructo, las 9 preguntas de la escala de actitudes y las 12 preguntas de las opiniones pertenecieran a un solo constructo o dimensión de las prácticas anticonceptivas el cual se identificó *a priori* como “uso de métodos anticonceptivos”; de ser así, la hipótesis de trabajo produciría una solución inicial a través de la técnica estadística de análisis factorial que en su primer paso debe obtener un factor o componente principal sin rotación factorial consecuente.

Por tratarse de un estudio exploratorio, se estableció que la carga mínima de las comunalida-

des de las variables en un solo componente o factor fuera de 0.50 o superior; asimismo, se esperó una varianza mínima explicada de 50% por el componente principal o factor.

Se diseñó una base de datos en el programa estadístico SPSS v. 12 para almacenar la información; la revisión y la calidad de los datos fueron verificadas por investigadores del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

RESULTADOS

Se obtuvieron respuestas de 7,456 mujeres de entre 15 y 45 años de edad de los 14 países latinoamericanos seleccionados para el estudio. En la **tabla 1** se muestran los resultados descriptivos obtenidos en las actitudes hacia los métodos anticonceptivos. La confiabilidad de la escala de actitudes obtenida mediante el coeficiente alfa de Cronbach estandarizado fue de 0.875.

El análisis factorial de las actitudes mostró que las 9 preguntas de la escala cargaron (saturaron) en un solo componente principal explicando 50.3% de varianza del fenómeno estudiado. Todas las cargas de los coeficientes en la matriz de componentes principales fue superior al mínimo planteado en la hipótesis del estudio (≥ 0.50), distribuyéndose



Foto: JPPJ

en el intervalo de 0.580 a 0.781. Igualmente, todas las correlaciones entre las 9 preguntas fueron estadísticamente significativas ($p < 0.001$) y oscilaron entre los coeficientes de correlación de Spearman de 0.296 a 0.653 (correlaciones moderadas con relación definida entre las variables). El valor de la prueba de esfericidad de Bartlett fue de 26,489.57 y la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin de 0.899.

En la **tabla 2** se muestran los resultados descriptivos obtenidos en las opiniones hacia los métodos anticonceptivos. La confiabilidad de la escala de opiniones obtenida mediante el coeficiente alfa de Cronbach estandarizado fue de 0.675.

El análisis factorial de las opiniones mostró que las 12 preguntas de la escala cargaron (saturaron) en 3 factores o componentes principales explicando 45.4% de la varianza del fenómeno estudiado. Solamente 9 variables mostraron cargas de los coeficientes en la matriz de factores superiores al mínimo planteado en la hipótesis del estudio (≥ 0.50), distribuyéndose en el intervalo de 0.503 a 0.845. Las preguntas 5, 10 y 11 mostraron cargas factoriales de 0.469, 0.449 y 0.419 respectivamente. El 95% de las correlaciones entre las 12 preguntas fueron estadísticamente significativas ($p < 0.001$) y oscilaron entre los coeficientes de correlación de Spearman de 10.11 a 0.546 (la mayoría de las correlaciones fueron bajas con relación incipiente entre las variables). El valor de la prueba de esfericidad de Bartlett fue de 11,044.003 y la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin de 0.729.

Se obtuvieron 3 factores obtenidos con rotación varimax: el factor uno quedó constituido por las preguntas 1, 2, 3, 4, 5 y 12; el factor 2 se integró por las preguntas 8, 9, 10 y 11; similarmente, el factor 3 sólo lo formaron las preguntas 6 y 7. Es pertinente señalar que las preguntas 5, 10 y 11 no cargaron satisfactoriamente según la hipótesis planteada.

DISCUSIÓN

En este estudio exploratorio de las actitudes y opiniones relacionadas con las prácticas anticonceptivas en mujeres latinoamericanas se encontró que en lo general existe una actitud favorable y una opinión tendiente a lo neutral en torno a los métodos.

De hecho, los valores medios obtenidos de ambas escalas –37.2 en actitud y 41.6 en opinión– (tablas 1 y 2), rebasaron las líneas de corte establecidas en la hipótesis, que fueron 28 y 36 respectivamente. Sin embargo, al hacer estimaciones más precisas, la puntuación media de las actitudes sólo estuvo a menos de 8 puntos de la óptima actitud positiva en contraste con la obtenida en las opiniones que se acercaron a menos de 7 puntos del punto de corte y se tradujeron en una tendencia neutra.

Estos resultados, sumados a los obtenidos mediante el coeficiente de fiabilidad alfa de 0.875 en las actitudes, así como la obtención de un solo factor o componente principal con varianza explicada de 50.3%, sustentan estadísticamente que la escala utilizada en este trabajo para explorar las actitudes en torno a los métodos anticonceptivos es altamente confiable y válida, confirmando el constructo teórico utilizado con las 9 preguntas que integraron la escala y sus características propias (**tabla 1**).

La confiabilidad elevada y la validez de constructo mostrada en la evaluación de las preguntas de actitudes hacia los métodos anticonceptivos elaborada por CELSAM para esta investigación, muestran que puede ser útil en el contexto de la atención primaria: explorar un constructo (las prácticas anticonceptivas), es un cuestionario breve, de fácil aplicación en el consultorio, fácil de comprender y útil para la práctica de la medicina de familia.

Por el contrario, el valor medio obtenido en la escala de opiniones, el coeficiente de fiabilidad alfa de 0.675, y la distribución de las 12 preguntas en 3 factores distintos con varianza explicada de 45.4%, sumados a la distribución de las preguntas en 3 factores y la eliminación de 3 de ellas por no cumplir la carga mínima en su respectivo factor, sustentan la decisión de no obtener la validez de constructo planeada aunque con un valor de fiabilidad aceptable (**tabla 2**).

Aunque consideramos a la escala de opiniones como confiable, la validez de constructo mostró 3 dimensiones obtenidas mediante el análisis factorial las cuales establecen una clasificación propia de las prácticas anticonceptivas: en *primer factor* se agruparon los métodos más comúnmente utilizados por la mayoría de las mujeres (hormonales orales,

preservativos, óvulos, dispositivo intrauterino y hormonales inyectables) y hacia los cuales hubo una opinión muy favorable; las cargas factoriales de éstas variables fueron entre 0.469 y 0.703. El *segundo factor* se constituyó por los métodos anticonceptivos poco usados y de menor seguridad (abstinencia, ritmo, coito interrumpido y pastilla de emergencia; estas variables mostraron cargas factoriales que variaron desde 0.419 hasta 0.755. Se debe considerar que en este factor la opinión es levemente desfavorable sustentando esta observación por la carga negativa factorial de la pregunta 12 que fue de -0.127. El *tercer factor* lo integraron los 2 métodos quirúrgicos y seguros (salpingoclásia y vasectomía) que mostraron las cargas factoriales más altas (0.845 y 0.847, respectivamente); la opinión es neutra (ni favorable ni desfavorable) con carga de 0.087.

Al parecer, en la distribución de las opiniones de las mujeres agrupadas en 3 factores claramente diferenciados: 1) métodos seguros y ampliamente conocidos y utilizados; 2) métodos menos seguros y poco usados, y 3) métodos quirúrgicos, definitivos y eficaces. Participan probablemente elementos como la accesibilidad a los servicios públicos de salud, disponibilidad de los métodos anticonceptivos, su costo, seguridad, utilización, conocimiento y la etapa reproductiva de las mujeres (edad y paridad), estos elementos han sido ampliamente descritos y estudiados en diversos escenarios geográficos y contextos sociales por otros autores¹⁰⁻²¹.

Los resultados obtenidos sobre la confiabilidad y la validez de constructo de una escala de medición de actitudes y opiniones hacia las prácticas anticonceptivas, permite generalizar los resultados a los diferentes contextos sociales y demográficos de los 14 países en los que se realizó la investigación. Esta observación se sustenta en el diseño muestral seleccionado para este trabajo, que permitió un proceso de selección de mujeres estudiadas en un marco aleatorio y representativo por país, tamaño y tipo de localidad, y grupo de edad. Sin embargo, se deben tomar en consideración las limitaciones y características del proceso de medición del instrumento utilizado, el cual necesariamente deberá ser probado para evaluar su consistencia y confirmar la validez de su constructo teórico. ●

BIBLIOGRAFÍA

- Corral-Ruiz JL, Santoyo-Haro S, Alvarado-Saldivar G, Pons-Chiriglano JE, Domínguez del Olmo J, Ponce-Rosas ER, et al. Centro Latinoamericano Salud y Mujer (CELSAM): Estudio sobre métodos anticonceptivos en mujeres de 14 países de América Latina. Aten Fam. 2006;13(5):104-9.
- Santoyo-Haro S, Alvarado-Saldivar G, Corral-Ruiz JL, Pons-Chiriglano JE, Córdova Egüez S, Domínguez del Olmo J, et al. Conocimientos generales y uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva de 14 países de América Latina. Aten Fam. 2007;14(1):12-6.
- Meloni-Vieira E. Do women's attitudes towards abortion and contraceptive methods influence their option for sterilization? Cad Saúde Pública. 1999;15(4):739-47.
- Golden-Neville H, Seigel-Warren M, Fisher M, Schneider M, Quijano E, Suss A, et al. Emergency contraception: pediatricians knowledge, attitudes and opinions. Pediatrics. 2001;107(2):287-92.
- Santín-Vilarín C, Torrico-Linares E, López-López MJ, Revilla-Delgado C. Conocimiento y utilización de los métodos anticonceptivos y su relación con la prevención de enfermedades de transmisión sexual en jóvenes. Anales de Psicología. 2003;19(1):81-90.
- Chávez-Galindo AM, Uribe-Zúñiga P, Palma-Cabrera Y. (Coordinadoras) La salud reproductiva en México. Análisis de la Encuesta Nacional Reproductiva 2003. Secretaría de Salud, México. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM), UNAM. Primera edición, 2007.
- Landau SC, Tapias MP, McGhee BT. Birth control within reach: a national survey on women's attitudes toward and interest in pharmacy access to hormonal contraception. Contraception. 2006; 74(6):463-70.
- Ebuehi-Olufunke M, Ebuehi-Osaretin AT, Inem V. Health care providers' knowledge of, attitudes toward and provision of emergency contraceptives in Lagos, Nigeria. International Family Planning Perspectives. 2006;32(2):89-93.
- Thorburn S. Attitudes toward contraceptive methods among African-American men and women: similarities and differences. Women's Health Issues. 2007;17(1):29-36.
- Population Growth and Family Planning: six billion and beyond. The contraception report. 2000;10(6):8-11.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. 2004. Estado de la Población Mundial. El consenso del Cairo, 10 años después: población salud reproductiva y acciones mundiales para eliminar la pobreza. 2004, Capítulo 1, Introducción. pp 1-9.
- Maddaleno M, Morillo P, Infante-Espínola F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década. Salud Pública Mex 2003; 45(Supl);1:S132-S139.
- Vonna Lou Caleb Drayton. Contraceptive use among Jamaican teenage mothers. Panamerican Journal of Public Health. 2002;11(3) 150-7.

14. Donosso SE, Becker VJ, Villaroel PL. Natalidad y riesgo reproductivo en adolescentes de Chile, 1990-1999. Panamerican Journal of Public Health. 2003;14(1):3-8.
15. Schutter MMA. El debate en América Latina sobre la participación de los hombres en programas de salud reproductiva. Panamerican Journal of Public Health. 2000;7(6):418-24.
16. Singh S, Sedgh G. The relationship of abortion Trends to contraception and fertility in Brazil, Colombia and Mexico. International Family Planning Perspectives 1997;23:4-14. Referred by The role of Contraception in Reducing Abortion. Issues in brief. Available in <http://www.agi-usa.org/pubs/ib19.html> 11 frames, 05/02/2005.
17. Singh S, Wulf D, Samara R, Cuca YP. Gender difference in the timing of first intercourse: data from 14 countries. International Fam Plann Perspectives. 2000;26(1):21-8 and 43.
18. Abma JC, Matinez GM, Mosher WD, Dowson BS. Teenager in the United States: Sexual activity, contraceptive use and childbearing 2002. US Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics. Advance Data 350 2004; December 10.
19. Pineda LTJ, Ramos CMT, Frías CMA, Cantú MPC. 2000. Encuesta sobre salud reproductiva en estudiantes adolescentes de Educación Media Superior en Monterrey, N.L. (México). Salud Pública y Nutrición 1(4). Disponible en URL: <http://uanl.mx/publicaciones/respyn/4/articulos/encuesta.html>. Once pantallas, 28 de junio de 2005.
20. Population Reference Bureau. Cómo mejorar la salud reproductiva de los países en desarrollo. Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos. Washington DC, USA. 1997; pp 7-8.
21. Mosher WD, Martinez JM, Chandra A, Abma JC, Wilson SJ. Use of contraception and use of family planning services in the USA: 1982-2002. US Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics. Advance Data 350 2004; December 10.

ANEXO 1**Evaluación de actitudes y opiniones hacia las prácticas anticonceptivas***Instrucciones: marque en los cuadros la respuesta que usted considere más apropiada para cada pregunta*

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con el método anticonceptivo que usa con relación a...?:					
Pregunta	Totalmente de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Es barato					
No falla					
Fácil de conseguir					
Fácil de usar					
No produce molestias					
Produce mayor placer					
No está en contra de mi religión o creencias					
Produce mayor control sobre mi cuerpo					
No daña a la salud					

¿Qué opina en general de los métodos anticonceptivos que usted conoce?					
Opiniones	Muy mala	Algo mala	Ni mala ni buena	Algo buena	Muy buena
1. Pastillas o píldoras					
2. Condones o preservativos					
3. Óvulos, jaleas, espumas o diafragma					
4. Dispositivo intrauterino					
5. Hormonales inyectables					
6. Operación de la mujer o salpingooclásia o ligadura					
7. Operación del hombre o vasectomía					
8. Ritmo, calendario o abstinencia					
9. Retirada o interrupción					
10. Implantes					
11. Pastilla de emergencia					
12. Opinión general de todos los métodos					