



## DECISIONES COMPARTIDAS EN ANTICONCEPCIÓN. EXPERIENCIAS DE USUARIOS Y PROFESIONALES, CONFLICTO DECISIONAL Y ADHERENCIA

Laura Reyes Martí

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

**WARNING.** Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



# DECISIONES COMPARTIDAS EN ANTICONCEPCIÓN

EXPERIENCIAS DE USUARIOS Y  
PROFESIONALES, CONFLICTO DECISIONAL  
Y ADHERENCIA

---

LAURA REYES MARTÍ

TESIS DOCTORAL  
2023

LAURA REYES MARTI

**Decisiones compartidas en anticoncepción**  
**Experiencias de usuarios y profesionales, conflicto decisional y**  
**adherencia**

**TESIS DOCTORAL**

Dirigida por la Dra. María Inmaculada De Molina-Fernández  
Departament d'Infermeria de la Universitat Rovira i Virgili



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2023



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

---

HAGO CONSTAR que el presente trabajo, titulado "Decisiones compartidas en anticoncepción. Experiencias de usuarios y profesionales, conflicto decisional y adherencia", que presenta Laura Reyes Martí para la obtención del título de Doctor, ha sido realizado bajo mi dirección en el Departamento de Enfermería de esta universidad.

---

**Maria  
Inmaculada  
de Molina  
Fernandez** Firmado  
digitalmente por  
Maria Inmaculada  
de Molina  
Fernandez  
Fecha: 2023.04.24  
20:30:21 +02'00'

Tarragona, 23 de Abril de 2023

La directora de la tesis doctoral

“El único modo de hacer un gran trabajo es  
amar lo que haces”, Steve Jobs

## AGRADECIMIENTOS

Quisiera hacer constar mi agradecimiento a todas aquellas personas que, de una forma u otra, han contribuido en la realización de esta tesis.

En primer lugar, quiero agradecer de una forma muy especial a mi directora de tesis, la Dra. María Inmaculada De Molina, por haber confiado en este trabajo y en mí, por su asesoramiento, implicación, tiempo y paciencia.

Al Dr. Francesc Valls, por sus sugerencias a lo largo de la investigación, su contribución e implicación en el análisis estadístico y ayuda en la publicación de los artículos.

A la Dra. Lourdes Rubio, por sus consejos y guía en las revistas científicas y la publicación de artículos, algo nuevo para mí.

A las compañeras de la Facultad de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili, por el soporte brindado y la cálida acogida durante mis inicios como docente.

A todos los investigadores del proyecto del que surge esta tesis doctoral, por facilitar el acceso, coordinar y participar en el muestreo y la recogida de datos.

A las mujeres y hombres que han participado de forma voluntaria y desinteresada en el estudio, sin cuya contribución no habría sido posible desarrollarlo.

A Mireia Larrosa, por haber sido mi compañera en esta aventura, por sus consejos, y por brindarme fuerza para terminar esta dura travesía.

A mis amigos/as Anna, Azahara, Mariona, Octavio, Marc, David, Yerai, Jose, David, Alba y Ester, por su energía positiva y momentos alegres, los cuales me han ofrecido un respiro de aire fresco.

A mi familia: Montse, Joan, Adolfo, Maite, Hèctor, Joan Cesc, Alba i Sònia, por su cariño y ánimo.

A mis padres Maria José y Manuel, y mi hermana Marta, por su apoyo y amor incondicional.

A Nala, Kiara y Nina, por darme alegría, amor y obligarme a salir a pasear cada día.

A mi marido Edgar, mi compañero, por su amor y consuelo, por ser mi bastón cuando flaqueaban las fuerzas



# PRÓLOGO



Esta tesis forma parte del proyecto de diseño, elaboración y evaluación de una Herramienta web de Ayuda a la Toma de Decisiones (HATD) en anticoncepción en dos etapas, llevado a cabo por un grupo de investigadoras clínicas de la Universidad Rovira i Virgili (URV) de Tarragona, y que ha sido liderado por la Dra. Maria Inmaculada de Molina, del Departamento de Enfermería. El grupo ya contaba con experiencia en la elaboración de una HATD en cáncer de mama, “Reconstrucción mamaria” que fue publicada en 2016 y recientemente actualizada, en la web “Decisiones Compartidas” del *Departament de Salut* de la Generalitat de Catalunya [1].

La investigación implícita a la creación de la HATD en anticoncepción, a la que se denominó “Anticoncepción”, tuvo por objetivos:

- Facilitar el asesoramiento en anticoncepción a los clínicos de Atención Primaria y Hospitales (enfermeras, matronas, médicos de familia y ginecólogos/as) a través de una HATD, que especificase el mecanismo de acción, la eficacia, el modo de utilización, las contraindicaciones, los efectos adversos, los cambios en el ciclo menstrual, la reversibilidad y los posibles efectos beneficiosos no anticonceptivos de cada método anticonceptivo.
- Favorecer que las usuarias accediesen a una información de calidad, equilibrada y objetiva de cada método, basada en evidencias científicas, para que en el contexto de la usuaria o la pareja escojan el método anticonceptivo más idóneo, más adecuado a su situación (tablas comparativas), lo que favorecería la decisión ante la elección y la adherencia al método escogido.
- Permitir a las usuarias la consulta de materiales adecuados y fiables en cualquier momento a través de una web institucional de acceso libre

La investigación, que dio como fruto la HATD digital “Anticoncepción”, fue promovida y financiada por la *Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries (AQuAS)* de Catalunya y por el *Servei Català de la Salut*. La HATD siguió las recomendaciones del Modelo de Ottawa para su elaboración, teniendo en cuenta los criterios IPDAS (*International Patients Decisions Aids Stardars*) y las etapas descritas por la “Agencia de Evaluación, Tecnologías y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud” (SNS).

En la primera etapa del proyecto, se diseñó y elaboró una HATD en anticoncepción hormonal, a la que se denominó “SHARECONTRACEPT”, la cual está siendo evaluada a partir de un Proyecto (PI18/ 00915) que fue financiado en la convocatoria competitiva

de Proyectos en Salud del Instituto de Salud Carlos III- ISCIII (Gobierno de España), cofinanciada por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) de la Unión Europea (PI18/ 00915). El protocolo de dicho estudio fue publicado en 2019 (*Clinical Register number: ISRCTN5827994*) [2].

En una segunda etapa se incluyeron además de los métodos anticonceptivos hormonales, los no hormonales. La HATD, que recibió el nombre “Anticoncepción”, fue publicada el mes de marzo de 2021 en la web “Decisiones Compartidas” del *Departament de Salut* de la Generalitat de Catalunya [3]. El diseño y desarrollo de la HATD “Anticoncepción” se detalla en uno de los capítulos del marco teórico de esta tesis.

Mi formación como enfermera se inició en el año 2011, cuando accedí al Grado de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili (URV). En 2015, al terminar el Grado, inicié mi trayectoria profesional como enfermera medicoquirúrgica en el Hospital Sant Joan de Reus y como enfermera materno-infantil en el Hospital Joan XXIII. Fruto de mi inquietud por seguir aprendiendo, durante el curso 2018-19 realicé el Máster de investigación de la URV. En el año 2019 el Programa Martí i Franquès de ayudas a la Investigación publicó un concurso público para la contratación de Personal Investigador Predoctoral en Formación (PIPF), al que accedí (2019PMF-PIPF-47) con el compromiso de impartir docencia como profesora en el Departamento de Enfermería de la URV, formarme como investigadora y desarrollar mi tesis doctoral al amparo del proyecto anteriormente expuesto, en la que se recogen parte de los resultados derivados de éste.

# ÍNDICE



<b>ÍNDICE DE TABLAS</b> .....	1
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	3
<b>RESUMEN</b> .....	6
<b>RESUM</b> .....	9
<b>ABSTRACT</b> .....	12
<b>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN</b> .....	16
Estado actual y justificación del estudio .....	18
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b> .....	26
1 Evolución histórica de los métodos anticonceptivos como herramienta de control de natalidad de la civilización .....	29
2 Asesoramiento anticonceptivo: elección del método anticonceptivo más adecuado .....	37
3 Adherencia: concepto, medición y estrategias de mejora .....	45
4 Aplicabilidad de las Herramientas de Ayuda en la Toma de Decisiones como soporte en la toma de decisiones compartidas en anticoncepción .....	53
5 Proceso de diseño y creación de la HATD “Anticoncepción” .....	65
<b>CAPÍTULO III: OBJETIVOS E HIPÓTESIS</b> .....	75
Objetivos generales y específicos .....	77
Hipótesis .....	78
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA</b> .....	79
Diseño .....	81
Parte I: Investigación cualitativa.....	82
Diseño.....	82
Ámbito de Estudio.....	82
Población y muestra .....	82
Recogida de datos.....	83
Análisis de los datos.....	85
Aspectos éticos.....	87

Parte II: Investigación cuantitativa .....	88
Diseño.....	88
Ámbito de Estudio.....	89
Población y muestra .....	89
Variables.....	90
Recogida de datos.....	92
Análisis de los datos.....	95
Aspectos éticos.....	96
<b>CAPÍTULO V: RESULTADOS.....</b>	<b>99</b>
Introducción a los resultados .....	101
Parte I de la investigación: Experiencias de usuarios y profesionales implicados en decisiones en anticoncepción.....	101
Perfil sociodemográfico de usuarios y profesionales participantes .....	101
Análisis del contenido recogido en las transcripciones clasificado según las etapas del Marco teórico de asesoramiento anticonceptivo de alta calidad .....	103
Parte II de la investigación: condición de adherencia y conflicto decisional de las usuarias de una consulta de asesoramiento en anticoncepción ante la elección de un método anticonceptivo.....	116
Resultados sociodemográficos, clínicos y obstétricos de las usuarias participantes .....	116
Valoración de la condición de adherencia al método anticonceptivo mediante la escala Morisky-Green (MMAS-4) .....	119
Evaluación del conflicto decisional ante la toma de decisiones en anticoncepción .....	125
<b>CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN .....</b>	<b>132</b>
La opinión de la/os usuaria/os .....	134
La opinión de la/os profesionales .....	137
Condición de adherencia de las usuarias que utilizaban o se planteaban utilizar AHOC .....	141

Evaluación del conflicto decisional .....	148
Limitaciones del estudio .....	152
<b>CAPÍTULO VII: PRINCIPALES CONCLUSIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>153</b>
Conclusiones .....	155
Futuras líneas de Investigación .....	157
<b>CAPÍTULO VIII: PRODUCCIÓN CIENTÍFICA.....</b>	<b>159</b>
<b>CAPÍTULO IX: REFERENCIAS.....</b>	<b>191</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>222</b>
ANEXO I – HATD en anticoncepción publicadas en la actualidad.....	224
ANEXO II – Pantallas no consecutivas del algoritmo de la HATD “Anticoncepción” .....	228
ANEXO III – Estudio cualitativo: Documento de aprobación del CEIm.....	231
ANEXO IV – Estudio cualitativo: Hoja de información y consentimiento informado para usuarios/as.....	232
ANEXO V – Estudio cualitativo: Hoja de información y consentimiento informado para profesionales. ....	236
ANEXO VI – Estudio cualitativo: Cuestionario de recogida de datos de los usuarios. .....	240
ANEXO VII – Estudio cualitativo: Cuestionario de recogida de datos de los profesionales. ....	245
ANEXO VIII – Estudio cuantitativo: Documento de aprobación del CEIm.....	247
ANEXO IX – Estudio cuantitativo: Aprobación por el comité ético “IDIAP Jordi Gol”. .....	249
ANEXO X – Estudio cuantitativo: Aprobación del cambio metodológico debido a la situación de pandemia por COVID-19. ....	250
ANEXO XI – Estudio cuantitativo: Consentimiento informado para la participación en el estudio (usuarias) .....	251

ANEXO XII – Estudio cuantitativo: Hoja de información para la participación en el estudio (profesionales).....	255
ANEXO XIII – Curso MOODLE para profesionales del PI 18/00915 .....	256
ANEXO XIV – Estudio cuantitativo: Cuestionario ad-hoc alojado en la plataforma web 1ª visita (usuarias).....	258
ANEXO XV – Estudio cuantitativo: Cuestionario adh-hoc alojado en la plataforma web: 1 mes, 6 meses y al año (usuarias) .....	266

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Criterios de inclusión específicos de los GF .....	84
Tabla 2: Ejes Temáticos principales de los GF de usuarios .....	85
Tabla 3: Ejes Temáticos principales de los GF de profesionales .....	85
Tabla 4: Criterios de inclusión y exclusión de mujeres participantes en el estudio experimental .....	89
Tabla 5: Contenidos curso moodle para los profesionales participantes.....	94
Tabla 6: Perfil sociodemográfico de usuarias y usuarios .....	101
Tabla 7: Perfil sociodemográfico de profesionales .....	102
Tabla 8: Clasificación de las categorías de los usuarios según las etapas descritas por Holt et al. [196] .....	103
Tabla 9: Clasificación de las categorías de los profesionales según las etapas descritas por Holt et al. [196] .....	110
Tabla 10: Datos sociodemográficos, obstétricos y ginecológicos de las usuarias .....	116
Tabla 11: Datos sociodemográficos de las usuarias según el grupo al que pertenecían .....	117
Tabla 12: Características sociodemográficas y obstétricas de la muestra, relacionadas con los resultados de condición de adherencia (n=327 en t <sub>0</sub> ) .....	119
Tabla 13: Regresión logística binomial para predecir la probabilidad de ser “no adherente” (MMAS-4) en función de factores demográficos y obstétricos (n=314 en t <sub>0</sub> ) .....	121
Tabla 14: Motivos para cambiar al método anticonceptivo AHOC o desde el método anticonceptivo AHOC, comparado con los resultados de condición de adherencia (n=101 y n=226, en t <sub>0</sub> ) .....	122
Tabla 15: Factores de riesgo en el uso de AOC en t <sub>1</sub> , durante el último año (desde t <sub>0</sub> ), por resultados MMAS-4 de condición de adherencia, n=147 en t <sub>1</sub> .....	124
Tabla 16: Análisis factorial de las dimensiones internas de la Escala de Conflicto Decisional	125

Tabla 17: Puntuación total en la Escala de Conflicto Decisional de O'Connor y en sus subescalas .....	126
Tabla 18: Puntuación total en la Escala de Conflicto Decisional de O'Connor y en sus subescalas por grupos.....	127
Tabla 19: Relación entre las variables sociodemográficas, obstétricas y ginecológicas y el grupo al que pertenecían las usuarias .....	128
Tabla 20: Asociación entre las características sociodemográficas y obstétricas de las usuarias y la puntuación de la Escala de Conflicto Decisional de O'Connor .....	130
Tabla 21: Relación entre los diferentes métodos anticonceptivos y el resultado de la Escala de conflicto decisional .....	131

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Rueda de la OMS para determinar criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos.....	40
Figura 2: Versión española de la <i>4-item Morisky Medication Adherence Scale</i> (MMAS-4).....	49
Figura 3: Versión española de la <i>8-item Morisky Medication Adherence Scale</i> (MMAS-8).....	50
Figura 4: Modelos en la de toma de decisiones y sus características principales .....	54
Figura 5: Herramientas de Ayuda a la Toma de Decisiones sobre anticoncepción publicadas. .	65
Figura 6: Fases de diseño y desarrollo de una HATD.....	66
Figura 7: Primera etapa del proyecto: diseño, desarrollo y evaluación de la HATD en anticoncepción hormonal. ....	68
Figura 8: Página principal de la HATD en anticoncepción “Anticoncepción” .....	69
Figura 9: Apartado de métodos anticonceptivos de la HATD en anticoncepción “Anticoncepción” .....	70
Figura 10: Tabla de anticonceptivos hormonales orales comercializados en España .....	72
Figura 11: Tabla de Dispositivos Intrauterinos comercializados en España .....	73
Figura 12: Etapas del Marco de asesoramiento anticonceptivo de calidad .....	87
Figura 13: Flow-Chart de la participación de los profesionales de salud que recogen muestra en el estudio. ....	93
Figura 14: Esquema de presentación de resultados de la parte II de la investigación.....	118
Figura 15: Distribución de los valores altos, intermedios y bajos en la Escala de Conflicto Decisional de O’Connor por grupos.....	129

## LISTA DE ABREVIATURAS

AHOC: Anticoncepción hormonal oral combinada

AOC: Anticoncepción oral combinada

AO: Anticoncepción oral

ASSIR: Atención a la Salud Sexual y Reproductiva

LARC: *Long acting reversible contraception*

CA: Comunidad Autónoma

ICS: Instituto Catalán de la Salud

SARC: *Short acting reversible contraception*

DIU: Dispositivo Intrauterino

AE: Anticoncepción de emergencia

RS: relación sexual

FDA: Food and Drug Administration

GC: grupo control

GE: grupo experimental

LNG: levonorgestrel

ECD: Escala de Conflicto decisional

HATD: Herramienta de Ayuda a la Toma de Decisiones

TDC: Toma de Decisiones Compartidas

IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo

ITS: infección de transmisión sexual

IPDAS: *International Patients Decisions Aids Stardars*

OMS: Organización Mundial de la Salud

semFYC: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

MMAS-4: Morisky-Green Scale 4 ítem

MAC: Método anticonceptivo

SEC: Sociedad Española de Contracepción

SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

IPPF: Federación Internacional de Planificación Familiar

PF: Planificación familiar

## **RESUMEN**

### **Introducción**

La elección del método anticonceptivo es una decisión compleja que requiere de un adecuado asesoramiento. Durante la visita, el profesional debe aportar información objetiva y actualizada de cada método para que la/el usuaria/o escoja el más adecuado, teniendo en cuenta sus preferencias, necesidades y estado de salud, en un entorno de decisiones compartidas.

El modelo asistencial de decisiones compartidas promueve que el/la usuario/a sea responsable y colaborador/a activo/a en la toma de las decisiones que comprometen su salud al favorecer un encuentro cálido y confiado, en la consulta.

No obstante, las decisiones tomadas en la consulta de asesoramiento, no siempre se producen al amparo de este modelo. A menudo, el/la usuario/a recibe poca información y/o se siente presionado a escoger un método en particular, lo que puede derivar en malestar, problemas de adherencia al tratamiento elegido y/o conflicto decisional.

### **Objetivos**

La finalidad de esta investigación es, por un lado, conocer las experiencias y necesidades de la/os usuarias/os y profesionales implicados en la toma de decisiones en anticoncepción y, por otro lado, examinar la adherencia al método anticonceptivo escogido y evaluar si existe conflicto decisional ante esa elección, en una muestra de mujeres demandantes de asesoramiento anticonceptivo.

### **Metodología**

Se diseñó un estudio de carácter mixto. A partir de una investigación cualitativa se planteó dar respuesta al primer objetivo. Se recogieron las experiencias de asesoramiento en anticoncepción de usuarios/as de anticoncepción (n=64) y profesionales implicados con el asesoramiento anticonceptivo (n=19) de la provincia de Tarragona, mediante grupos focales. El análisis de los datos se realizó mediante un análisis temático del contenido recogido en las transcripciones en el que se crearon códigos que fueron recogidos en categorías. Posteriormente, para definir y clasificar las categorías obtenidas se utilizó el “Marco integral de asesoramiento de alta calidad” de Holt et al.

Dentro de la investigación cuantitativa se establecieron diferentes estrategias metodológicas. Para el análisis de la condición de adherencia a métodos anticonceptivos hormonales combinados (AHOC), segundo objetivo de esta tesis, se planteó un enfoque de tipo observacional, descriptivo y longitudinal. Por otro lado, para evaluar la efectividad de una Herramienta de Ayuda a la Toma de decisiones (HATD) en anticoncepción hormonal, en relación al conflicto decisional, tercer objetivo de esta tesis, se planteó un ensayo clínico comunitario con grupo control (GC) y experimental (GE). Participaron 43 centros asistenciales de España (centros de atención primaria y hospitales) que realizaban consultas de asesoramiento anticonceptivo, pertenecientes a siete comunidades autónomas (Cataluña, Madrid, Galicia, Aragón, Valencia y País Vasco/La Rioja). La muestra la constituyeron mujeres demandantes de asesoramiento anticonceptivo que acudieron a las consultas de los centros participantes.

Para el estudio de la condición de adherencia se analizaron los datos de una parte de la muestra captada: las usuarias que estaban utilizando o se planteaban utilizar AHOC (n=327). Se utilizó la escala de Morisky-Green (MMAS-4) para la medición de la adherencia.

Para el estudio del conflicto decisional, se analizaron los datos del total de la muestra captada (n=895) y se utilizó para la medición del conflicto la Escala de Conflicto Decisional de O'Connor. Las usuarias asignadas al GE recibieron un asesoramiento en consulta con el soporte de la HATD y, las del GC, un asesoramiento contraceptivo convencional.

## **Resultados**

Las/os usuarias/os demandaron más información sobre los diferentes métodos y sus posibles efectos adversos, en un entorno de conocimientos erróneos y falsas creencias. Los profesionales referían dirigir el asesoramiento hacia los pocos métodos que conocían, por falta de conocimientos o falta de formación en el tema.

El 60,6% de usuarias fueron “no adherentes” según la escala MMAS-4 y más propensas a sufrir olvidos e incidencias con el método anticonceptivo. Además, durante el año de seguimiento, todos los casos de embarazos no planificados correspondían a mujeres no adherentes.

La media de conflicto decisional en el total de las usuarias fue de 12,7 según la Escala de Conflicto Decisional de O'Connor, lo que demuestran que la elección del método anticonceptivo durante el asesoramiento en la consulta genera un bajo nivel de conflicto decisional. Se detectó, de forma significativa, mayor conflicto decisional en el grupo asesorado con el soporte de la HATD (14,6) en comparación con el que recibió asesoramiento convencional (10,5).

### **Conclusiones**

Los/as usuarios/as expresaron insatisfacción ante el asesoramiento recibido y demandaron más información sobre los métodos disponibles y sus características. Esperaban un asesoramiento más cálido y atento por parte de los profesionales, en un lenguaje comprensible para ellos, sin tecnicismos. Los profesionales reconocieron falta de conocimientos y formación, aspecto que les dificultaba realizar el asesoramiento anticonceptivo mediante una toma de decisiones compartidas.

El uso de la escala MMAS-4, en la consulta, como herramienta de cribado de pobre adherencia, es rápida y sencilla, e identifica correctamente perfiles de riesgo en el uso de AHOC. Es por ello, que su uso debería considerarse en el contexto del asesoramiento anticonceptivo.

La elección de un método anticonceptivo no provocó conflicto decisional en las usuarias. La utilización de la HATD puede favorecer la aparición de conflicto decisional, si no hay, además, una comunicación eficaz y un clima de empatía durante el asesoramiento anticonceptivo en consulta.

**Palabras clave:** Asesoramiento anticonceptivo, Adherencia, Conflicto decisional, Toma de decisiones compartidas, Herramientas de Ayuda a la Toma de decisiones, Salud Sexual y Reproductiva.

## **RESUM**

### **Introducció**

L'elecció d'un mètode anticonceptiu és una decisió complexa que requereix d'un assessorament adequat. Durant la visita, el professional ha d'aportar informació objectiva i actualitzada de cada mètode per a que l'usuari/a esculli el més adequat, tenint en compte les seves preferències, necessitats i estat de salut, en un entorn de decisions compartides.

El model assistencial de decisions compartides promou que l'usuari/a sigui responsable i col·laborador/a actiu/a en la presa de decisions que comprometen la seva salut al promoure una trobada càlida y confiada, a la consulta.

No obstant, les decisions preses en la consulta d'assessorament no sempre es produeixen dins d'aquest model. Sovint, l'usuari/a rep poca informació i/o es sent pressionat a escollir un mètode en particular, el que pot derivar en malestar, problemes d'adherència al tractament escollit i/o conflicte decisional.

### **Objectius**

La finalitat d'aquesta investigació és, per un costat, conèixer les experiències i necessitats dels/les usuaris/es i professionals implicats en la presa de decisions compartides en anticoncepció, i, per altra costat, examinar l'adherència al mètode anticonceptiu escollit i avaluar si existeix conflicte decisional al escollir un mètode, en una mostra de dones demandants d'assessorament anticonceptiu.

### **Metodologia**

Es va dissenyar un estudi de caràcter mixt. A partir d'una investigació qualitativa es va platejar donar resposta al primer objectiu. Es van recollir les experiències d'assessorament en anticoncepció d'usuaris/es d'anticoncepció (n=64) i professionals implicats en assessorament anticonceptiu (n=19) de la província de Tarragona, mitjançant grups focals. L'anàlisi de les dades es va realitzar mitjançant un anàlisi temàtic del contingut recollit en les transcripcions, creant codis que van ser classificats en categories. Posteriorment, per definir i classificar les categories obtingudes es va utilitzar el "Marc integral d'assessorament d'alta qualitat" de Holt et al.

En la investigació quantitativa es van establir diferents estratègies metodològiques. Per a l'anàlisi de la condició d'adherència a mètodes anticonceptius hormonal combinats (AHOC), segon objectiu d'aquesta tesis, es va plantejar un enfoc de tipus observacional, descriptiu i longitudinal. Per altra banda, per a avaluar la efectivitat de una eina d'ajut a la presa de decisions en anticoncepció hormonal en relació al conflicte decisional, tercer objectiu d'aquesta tesis, es va plantejar un assaig clínic comunitari amb grup control (GC) i experimental (GE).

Van participar 43 centre assistencials d'Espanya (centres d'atenció primària i hospitals) que realitzaven consultes d'assessorament anticonceptiu, pertanyents a set comunitats autònomes (Cataluña, Madrid, Galicia, Aragón, València i País Vasc/La Rioja). La mostra la van formar dones demandants d'assessorament anticonceptiu que van acudir a les consultes dels centres participants.

Per a l'estudi de la condició d'adherència es van analitzar les dades d'una part de la mostra captada: les usuàries que utilitzaven o es plantejaven utilitzar AHOC (n=327). Es va utilitzar la escala de Morisky-Green (MMAS-4) per mesurar l'adherència.

Per a l'estudi del conflicte decisional, es van analitzar les dades del total de la mostra captada (n=895) i es va utilitzar per a la mesura del conflicte la Escala de Conflicte Decisional d'O'Connor. Les usuàries assignades al GE van rebre un assessorament en consulta amb suport d'una eina de suport a la presa de decisions i, les del GC, un assessorament anticonceptiu convencional.

## **Resultats**

Els/les usuaris/es van demandar més informació sobre els diferents mètodes i els seus possibles efectes adversos, en un entorn de coneixements erronis i falses creences. Els professionals referien dirigir l'assessorament cap als pocs mètodes que coneixien, per falta de coneixements o falta de formació en el tema.

El 60,6% de les usuàries van ser "no adherents" segons la escala MMAS-4, i més propenses a patir oblit i incidències amb el mètode anticonceptiu. A més, durant l'any de seguiment, tots els casos d'embarassos no planificats van correspondre a dones no adherents.

La mitjana del conflicte decisional en el total de les usuàries va ser de 12,7 segons la Escala de Conflicte Decisional d'O'Connor, el que demostra que la elecció d'un mètode

anticonceptiu durant l'assessorament en la consulta genera un baix nivell de conflicte decisonal. Es va detectar, de forma significativa, major nivell de conflicte decisonal en el grup assessorat amb el suport de la eina (14,6) en comparació amb el que va rebre assessorament convencional (10,5).

## **Conclusions**

Els/les usuaris/es van expressar insatisfacció amb l'assessorament rebut i van demandar més informació sobre els mètodes disponibles i les seves característiques. Esperaven un assessorament més càlid i atent per part dels professionals, en un llenguatge comprensible per ells, sense tecnicismes. Els professionals van reconèixer falta de coneixements i formació, aspecte que els dificultava l'assessorament anticonceptiu mitjançant una presa de decisions compartides.

L'ús de la escala MMAS-4 en la consulta, com eina de cribatge de poca adherència, és ràpida i senzilla, i identifica correctament perfils de risc en l'ús d'AHOC. És per això, que el seu ús hauria de considerar-se en el context d'assessorament anticonceptiu.

La elecció d'un mètode anticonceptiu no va provocar conflicte decisonal en les usuàries. La utilització d'una eina d'ajut a la presa de decisions pot afavorir l'aparició de conflicte decisonal, si no hi ha, a més, una comunicació eficaç i un clima d'empatia durant l'assessorament en consulta.

**Paraules clau:** Assessorament anticonceptiu, Adherència, Conflicte decisonal, Presa de decisions compartides, Eines d'ajut a la presa de decisions, Salut sexual i reproductiva.

## **ABSTRACT**

### **Introduction**

Choosing a contraceptive method is a complex decision that requires adequate advice. During the care visit, the professional has to provide objective and up-to-date information on the different methods available to allow the user to choose the one most suited to them, taking into account their preferences, needs and state of health, all in an atmosphere of shared decision-making.

The care model of shared decision-making fosters the idea that users should be responsible for and actively collaborate in making the decisions that will have an impact on their health, by providing a warm and trusting atmosphere in the care setting.

However, the decisions taken during the counselling visit do not always follow this ideal. Often, the user receives little information and/or feels pressured to choose a given method, which can lead to feelings of uneasiness, difficulty in adhering to the treatment and/or decisional conflict.

### **Objectives**

The purpose of this research is, on the one hand, to get to know the experiences and needs of users and professionals involved in shared decision-making in the area of contraception, and, on the other hand, to examine adherence to the chosen method of contraception, assessing whether there is decisional conflict when choosing a method, among a sample of women seeking contraceptive care.

### **Methodology**

A mixed study was designed. Based on a qualitative investigation, it was possible to address the first objective. The contraceptive care experiences of users of contraception (n=64) and professionals working in contraceptive care (n=19) in Tarragona Province were collected through focus groups. The analysis of the data was carried out through a thematic examination of content collected from the transcripts, creating codes that were then classified into categories. Subsequently, the “Integrated framework for high-quality counselling” designed by Holt et al. was used to classify the categories obtained.

The quantitative investigation established different methodological strategies. For the analysis of adherence to combined hormonal contraceptive (CHC) methods, this being

the second objective of this thesis, an observational, descriptive and longitudinal approach was proposed. Meanwhile, to evaluate the effectiveness of a decision aid to assist in decision-making regarding hormonal contraception, in the context of decisional conflict, the third objective of this thesis, a community clinical trial with a control group (CG) and an experimental group (EG) was proposed.

The trial involved the participation of 43 health centres across Spain (primary care centres and hospitals) that provided contraceptive care and advice, belonging to seven different Autonomous Communities (Catalonia, Madrid, Galicia, Aragon, Valencia and the Basque Country/La Rioja). The sample consisted of women who had gone to the participating centres seeking contraceptive counselling.

Adherence was assessed by analysing the data from one part of the sample chosen: users who used or were considering using CHC (n=327). The Morisky-Green scale (MMAS-4) was used to measure adherence.

The study of decisional conflict was carried out by analysing the data for the entire sample chosen (n=895) using O'Connor's Decisional Conflict Scale. Users assigned to the EG received advice during the care visit using a decision aid, while those in the CG received conventional contraceptive counselling.

## **Results**

Users asked for more information on the different methods available and their possible adverse effects, in an environment of incorrect assumptions and false beliefs. The professionals explained that they oriented their advice towards the few methods they were familiar with, due to a lack of knowledge and training on the matter.

60.6% of the users were "non-adherent" according to the MMAS-4 scale, and more likely to forget to use or have issues applying the method of contraception. Furthermore, during the year of follow-up, it was found that all cases of unplanned pregnancies were for non-adherent women.

The average score for decisional conflict for all users was 12.7 according to O'Connor's Decisional Conflict Scale, which shows that choosing a contraceptive method during consultation with the professional generates a low level of decisional conflict. It was found that there was a significantly higher level of decisional conflict in the group that

received advice with the support of the decision aid (14.6) compared to the group receiving conventional advice (10.5).

## **Conclusions**

Users expressed dissatisfaction with the advice received and asked for further information on the methods available and their characteristics. They were hoping for warmer and more attentive care from the professionals, in language that was easier to understand and did not use technical terms. The professionals acknowledged there was a lack of knowledge and training, which made it more difficult for them to provide contraceptive advice based on shared decision-making.

The MMAS-4 scale employed in the study as a low-adherence screening tool is quick and easy to use and correctly identifies at-risk profiles in the use of CHC. For this reason, its use should be considered in the context of contraceptive care.

The choice of a contraceptive method did not provoke decisional conflict in users. The use of a decision aid can favour the appearance of decisional conflict if it is not accompanied by effective communication and an empathetic atmosphere during the care visit.

**Key words:** Contraceptive counselling, Adherence, Decisional conflict, Shared decision-making, Decision-making aids, Sexual and reproductive health.



# CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

---

---



## **Estado actual y justificación del estudio**

En España se declaran unos 190.000 embarazos no planificados al año, lo que representa el 35% del total de embarazos que ocurren en nuestro país cada año [4]. Un embarazo no planificado es aquel que se produce sin el deseo y/o planificación previa por parte de la mujer, teniendo como posible consecuencia la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). En el año 2012 se produjeron en el mundo aproximadamente 213 millones de embarazos, de los cuales, 85 millones no fueron planeados (40% del total) y la mitad de éstos terminaron en IVE [5]. La tendencia actual en España es que, aproximadamente 1 de cada 2 embarazos no planificados terminen en una IVE; en 2021 se produjeron un total de 90.189 interrupciones, de las cuales, el 90,98% se produjeron a petición de la mujer sin haber una causa clínica que lo justificase [6].

Los últimos datos del Ministerio de España demuestran que el 41,3% de las mujeres sometidas a una IVE, declararon no haber utilizado ningún método anticonceptivo durante la relación sexual (RS) y, entre las que si lo utilizaron, el 28,9% declaró haber utilizado métodos barrera y el 16,7% anticonceptivos hormonales [6].

Según un reciente estudio poblacional llevado a cabo por la Sociedad Española de Contracepción (SEC), el 29,3% de la población femenina española, no utiliza ningún método anticonceptivo durante sus relaciones sexuales, y, entre las mujeres que sí lo utilizan, el más popular es el preservativo (31,3%) seguido de la píldora oral combinada (18,5%) [7]. Con estos datos queda claro que la población sigue confiando en el preservativo, un buen método para evitar un posible contagio frente a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) pero que resulta poco efectivo en la práctica como contraceptivo, si se compara con otros métodos. Se quedan embarazadas durante el primer año de uso del preservativo 17 de cada 100 mujeres, frente a 8 de cada 100 mujeres/año usuarias de anticonceptivos hormonales orales combinados (AHOC), según los índices de Pearl de cada uno de los métodos [8]. Aun así, entre los métodos anticonceptivos hormonales hay diferencias en cuanto a su eficacia ya que las tasas acumulativas de fallo anticonceptivo son 20 veces mayor en las usuarias de AHOC, parche y anillo vaginal, que en las usuarias de anticonceptivos reversibles de acción prolongada o métodos hormonales de larga duración, conocidos internacionalmente como *Long Acting Reversible Contraception* (LARC), los cuales incluyen los dispositivos intrauterinos (DIU) y el implante subdérmico [9].

Los métodos LARC, son considerados los anticonceptivos más efectivos para evitar embarazos no planificados [10], sin embargo, el porcentaje de utilización de los métodos LARC entre las mujeres españolas es bastante bajo. En la última encuesta de la SEC, las tasas de utilización del DIU de Cobre, DIU hormonal e implante subdérmico fueron de 4,3%, 4 y 1,4%, respectivamente [7].

Ante esta situación surge la pregunta, ¿por qué las mujeres no escogen, mayoritariamente, los métodos más efectivos?; probablemente incidan en ello múltiples factores, pero podría tener relación con el hecho de que solo un 2% de las mujeres conoce todos los métodos anticonceptivos hormonales actualmente comercializados y que, además, tienen dudas, falsos mitos y miedos, especialmente sobre sus efectos secundarios [11,12]. Mc Nicholas añade que el alto coste o la falta de información que tienen las mujeres sobre los métodos LARC podrían explicar su baja utilización [10].

El concepto de Salud Sexual y Reproductiva fue definido por primera vez en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de las Naciones Unidas (CIPD) que tuvo lugar en El Cairo el año 1994, como:

“...un estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad”  
(Naciones Unidas, 1995).

La salud sexual requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos [13].

El cuidado de la salud sexual y reproductiva no sólo pretende mejorar la salud de la población, sino que es además un derecho humano reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la legislación española. Este cuidado se realiza mediante la planificación familiar, entendida como “las prácticas que ayudan a individuos o a parejas a evitar los nacimientos no deseados, favorecer los nacimientos deseados, regular el intervalo entre embarazos, adaptar el orden cronológico de los nacimientos a las edades de los padres y determinar el número de niños que constituirá la familia” (OMS, 1971) [14], y el asesoramiento anticonceptivo.

Uno de los objetivos de la atención a la salud sexual en España es mejorar la accesibilidad a la anticoncepción [15]. En este sentido, en España, cada Comunidad Autónoma cuenta con un programa específico para la anticoncepción, en el que los usuarios pueden acceder mediante unidades específicas de salud sexual y reproductiva dependientes del Centro de Atención Primaria (CAP) o bien en centros de salud especializados [16].

El asesoramiento anticonceptivo es una práctica sanitaria, en la que el profesional sanitario aporta “información equilibrada y objetiva de cada método anticonceptivo para que en el contexto del individuo o la pareja se escoja el más idóneo, y así conseguir un óptimo estado de salud sexual y reproductivo” (Ramírez, 2008), todo ello basado en las últimas recomendaciones y evidencias científicas publicadas [17]. Es importante que, durante el asesoramiento anticonceptivo se cree una relación estrecha y confiada, en un entorno de privacidad, respeto, empatía y no discriminación por género, raza / etnia, clase social u otros factores. Así pues, el profesional, en base a la historia clínica de la mujer, aporta los pros y contras de todas las opciones contraceptivas existentes y el usuario/a expresa sus preferencias y preocupaciones, valores personales y familiares [18–20]. La clave del éxito del asesoramiento anticonceptivo radica en la creación de un entorno que favorezca el desarrollo de una relación de confianza entre el profesional y el usuario, mostrando el profesional una actitud respetuosa, realizando escucha activa [21].

En este sentido, en España, el 64,3% de las mujeres refieren haber acudido a una consulta de asesoramiento anticonceptivo y, de éstas, solo el 49,9% afirma haber recibido información sobre los métodos LARC, los más efectivos [7]. Según una reciente publicación del Instituto Europeo de Igualdad de Género (EIGE) de la Unión Europea (UE), en España el 8% de las mujeres de entre 15 y 49 años no ven satisfechas sus necesidades de planificación familiar, mientras que la cifra en el conjunto de la UE es de un 5% [22]. Es importante conocer la satisfacción de los usuarios respecto a la atención recibida a través de su opinión, en base a su experiencia, ya que ésta no siempre está relacionada con la calidad técnica; es la llamada calidad percibida [23,24]. Por ello, es necesario analizar las experiencias de los usuarios con el objetivo de identificar sus necesidades y expectativas, para convertirlos en requisitos y en objetivos de calidad de la asistencia sanitaria [25,26]. Numerosos trabajos han explorado las barreras que encuentran los usuarios en las diferentes etapas, pero éstas no se han contrastado con las opiniones de los profesionales al respecto [19].

La comunidad sanitaria mundial se ha propuesto trabajar en una planificación familiar de calidad, ante la necesidad insatisfecha de la población, ya que una correcta utilización de los métodos anticonceptivos permite a la mujer planificar su vida reproductiva evitando los embarazos no planificados [27]. Así pues, disminuir la cantidad de mujeres que interrumpen un embarazo no planificado implica la necesidad de mejorar la educación sexual, la accesibilidad a la información y a los métodos anticonceptivos [28,29].

En nuestro país, hace ya 10 años, el Sistema Nacional de Salud (SNS) incorporó mediante la Ley 41/2002 de noviembre, el reconocimiento a la capacitación del paciente para tomar decisiones sobre su propia salud [30]. Partimos de un modelo paternalista, que poco a poco va avanzando hacia un modelo de toma de decisiones compartidas (TDC), en el que se crea una relación respetuosa y deliberativa entre paciente y profesional [31], donde el profesional proporciona información basada en la evidencia sobre las diferentes opciones de tratamiento y el paciente expone sus dudas, preferencias y valores, para tomar la decisión que mejor se adapte a él, convirtiéndose en participante activo sobre su salud [32].

La elección del método anticonceptivo es una decisión muy importante, por lo que la población potencialmente usuaria de métodos anticonceptivos debe recibir asesoramiento contraceptivo en la consulta con información objetiva y actualizada sobre los métodos anticonceptivos, para que escoja el más adecuado teniendo en cuenta sus preferencias, intereses, preocupaciones y estilo de vida [18,33,34]. Dehlendorf, recomienda crear durante el asesoramiento, un entorno de confianza dirigido a conocer los valores y preferencias de la usuaria, para posteriormente facilitarle información sobre los métodos adecuados a su situación, promoviendo así la adherencia al anticonceptivo elegido [19,33].

Hay estudios que sugieren que el hecho de recibir poca información en la consulta o la sensación de sentirse presionado ante la elección de un método o tratamiento podría derivar en la aparición de conflicto decisional, demora en la toma de decisiones, baja adherencia al tratamiento y/o insatisfacción [35–40].

El conflicto decisional fue descrito por O'Connor en 1990 como la incertidumbre que siente el paciente ante la elección de una de las posibles opciones de tratamiento, durante la toma de decisiones y/o después de la misma [41]. Una vez conceptualizado el término, creó el “Marco de apoyo a la toma de decisiones de Ottawa” con el objetivo de orientar

a los profesionales en cómo dirigir la relación clínico-usuario en un escenario de toma de decisiones compartidas [42]. El modelo de decisiones compartidas, parece relacionarse con niveles más bajos de conflicto decisional y menor arrepentimiento ante la decisión tomada [43–46]. El conflicto decisional representa un problema aún no resuelto que afecta negativamente a la calidad de la decisión tomada [42].

La edad [47], el nivel educativo [48,49], el grupo racial y étnico [50,51], la persona por la que se tomó la decisión [47,52,53], la situación psicosocial [49] y el tipo de interacción con el clínico [54], son algunos de los factores que se han relacionado con el conflicto decisional en entornos asistenciales diversos, como por ejemplo, en atención primaria, oncología, obstetricia y pediatría. Sin embargo, no hay estudios sobre la existencia de conflicto decisional a la hora de elegir un método anticonceptivo, ni los factores que estarían relacionados con el mismo [52].

La escala más utilizada para medir el conflicto decisional es la *Decisional Conflict Scale* (DCS) de O'Connor [55], validada al español como la Escala de Conflicto Decisional (ECD) [56]. La ECD mide el grado de incertidumbre ante la toma de decisiones, los factores que contribuyen a ésta y la percepción de eficacia de la decisión tomada [41]. Hay cuatro versiones de la DCS, tres de ellas están diseñadas para utilizar en el ámbito de la investigación (la tradicional en formato de enunciado con 16 ítems y 5 categorías de respuesta, en formato cuestionario de 16 ítems y 5 categorías de respuesta y en formato cuestionario de 10 ítems y 3 categorías de respuesta) y la cuarta tiene un formato más sencillo dirigido a su implementación en la práctica clínica (*SURE*, herramienta para la práctica clínica de 4 ítems con 2 categorías de respuesta) [55]. El conflicto decisional representa un problema aún no resuelto que afecta negativamente a la calidad de la decisión tomada, retrasando la decisión del tratamiento o reduciendo la adherencia a éste [42].

La utilización de cuestionarios y escalas requiere que éstos sean instrumentos válidos y fiables, es decir, precisos en la toma de medidas y estables en el tiempo. Cuando en una investigación se construyen, adaptan y/o utilizan instrumentos cuantitativos, se recomienda el cálculo de la fiabilidad. Los cuestionarios o escalas a utilizar han de cumplir los estándares de fiabilidad y validez que la comunidad científica considera adecuados tanto para el ámbito de investigación como en la práctica [57]. Ante la utilización de instrumentos validados, como sería el caso de la ECD, autores como Barrios

y Cosculluela [58] y Campo-Arias y Oviedo resaltan la pertinencia de realizar cálculos de fiabilidad dado que esta puede variar según la población estudiada [57,59].

Se ha descrito anteriormente que la insatisfacción con el asesoramiento anticonceptivo recibido y un nivel elevado de conflicto decisional podrían reducir la adherencia al método escogido en consulta. El término adherencia engloba dos conceptos: el cumplimiento de dosis (toma correcta según la posología del fármaco) y la persistencia en la duración del tratamiento prescrito (uso constante del tratamiento en el tiempo). El primer concepto hace referencia a la toma correcta del fármaco, y el segundo, al uso constante en el tiempo [60]. La SEC añade, que se entiende por cumplimiento o adherencia, en el caso de los AO, a la toma diaria de la píldora en el mismo horario y al conjunto de medidas que realiza la usuaria para la prevención de embarazos, en caso de olvido o toma de tratamientos que interfieran con ellos [61]. Según un reciente informe de la OMS, la falta de adherencia es un problema mundial de gran magnitud [62], ya que, la falta de adherencia terapéutica a los tratamientos anticonceptivos en general, compromete su efectividad y tiene como consecuencia gran parte de los embarazos no deseados y de las IVEs, con una estimación de costes, para nuestro país, de unos 80 millones de euros [4,63].

En una reciente revisión se comprobó que en España el incumplimiento anticonceptivo entre las usuarias de AHOC es frecuente: entre un 65-70% de las usuarias olvidan o retrasan alguna pastilla más de una vez al mes. Además, un 18% no utilizó un método de soporte posterior al olvido y un 43% se angustió con la posibilidad de quedar embarazada ese mes, lo que demuestra una falta de habilidades y conocimientos ante como actuar ante olvidos y/o incumplimientos [60]. Existe una alta tasa de abandono de AHOCs en los 12 meses posteriores al inicio del tratamiento, con cifras cercanas al 50%, las cuales se deben, en su mayoría, a la aparición de efectos secundarios y/o a la falta de adherencia al tratamiento [64].

Durante la consulta de asesoramiento el profesional debería evaluar la posible adherencia de la usuaria con respecto al método anticonceptivo que va a elegir, ya que, por ejemplo, las dificultades para acordarse de una toma diaria y/o el estilo de vida de la mujer, podrían ser predictores de mal cumplimiento en el caso de los AHOC [60].

Parece claro que se debe favorecer que la población potencialmente usuaria de métodos anticonceptivos pueda acceder a un asesoramiento adecuado en la consulta clínica “con

información equilibrada y objetiva de cada método anticonceptivo basada en evidencias científicas para que en el contexto del individuo o la pareja se escoja el más idóneo, y así conseguir un óptimo estado de salud sexual y reproductiva” (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2017) [65]. Algunos autores como Dehlendorf, insisten en la necesidad de que los profesionales establezcan una relación estrecha y confiada con los usuarios, recomendando la utilización de un enfoque de Toma de Decisiones Compartida (TDC), modelo de asesoramiento centrado en conocer los valores y preferencias del usuario, facilitar información acorde a sus necesidades, promover la adherencia al anticonceptivo elegido y asesorar ante la aparición de efectos secundarios, entre otros [19]. Para empezar, es necesaria una buena anamnesis que incluya la edad de la mujer, conocimientos previos sobre anticoncepción, información de su pareja sexual, objetivo anticonceptivo, preferencias personales y factores predisponentes a un mal cumplimiento en función del método. En relación al método anticonceptivo, es necesario que la mujer sea informada de todos los métodos existentes; su eficacia y seguridad, efectos secundarios, reversibilidad, posibles efectos beneficiosos no anticonceptivos, facilidad o complejidad de uso, relación con el coito y precio, entre otros [66].

En recientes estudios se ha puesto de manifiesto que algunas mujeres expresan insatisfacción ante el asesoramiento recibido por los profesionales [19] y se ha encontrado que los profesionales muestran conocimiento inexacto sobre los métodos anticonceptivos y/o información obsoleta [67,68].

Para mejorar el asesoramiento y facilitar la implicación de los usuarios en las decisiones que afectan a su salud, se han desarrollado las Herramientas de Ayuda para la Toma de Decisiones compartidas (HATD), un conjunto de intervenciones complementarias al asesoramiento en consulta por el profesional, utilizadas para informar y asesorar a los pacientes desde la evidencia científica [69–71].

Las HATD son complementarias en el marco de la entrevista clínica y contribuyen a ayudar al paciente y profesional a deliberar conjuntamente sobre sus diferentes opciones de tratamiento [69,72]. Existe evidencia de que las HATD, en comparación con la atención habitual, mejoran el conocimiento del paciente acerca de las opciones, reducen su conflicto decisional y mejoran la adherencia al tratamiento escogido, ya que el paciente se siente más informado y seguro de la decisión tomada [73].

Desde la creación de la primera HATD en el año 1983 para dar soporte a un grupo de profesionales sobre la vacunación de la hepatitis B [74], se produjo una aparición

creciente de otras HATD con distintas estrategias y propósitos, sin ninguna guía o criterios que guiasen su creación o evaluaran su efecto. Es por ello que, en 2003 se creó un grupo colaborativo de expertos que determinó los criterios estándar para su elaboración, también llamados criterios IPDAS [75]. Estos criterios establecen los tres bloques que deben incluir las HATD: contenido clínico, proceso de desarrollo y evaluación de la eficacia [76]. No hay demasiados estudios que demuestren la eficacia de las HATD creadas bajo estos criterios, pero parece que disminuyen el conflicto decisional y aumentan la implicación de los pacientes en el manejo y gestión de su salud. Por tanto, faltan estudios de investigación que demuestren que las HATD en anticoncepción aportan ventajas clínicas y terapéuticas [69].

La oportunidad de esta investigación es, a partir de una investigación cualitativa, explorar las experiencias de profesionales y usuarios implicados en la toma de decisiones en anticoncepción, y, por otro lado, conocer, a partir de una investigación cuantitativa, cómo la medición de la condición de adherencia de las usuarias, puede justificarse durante el asesoramiento anticonceptivo en consulta y cómo la utilización de una HATD en anticoncepción durante el asesoramiento en consulta, incide en el conflicto decisional de la usuaria.

# CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

---

---



El marco teórico de esta tesis está organizado en cinco capítulos.

En el primer capítulo se describe la evolución histórica de la anticoncepción desde la aparición de las primeras medidas de control de natalidad como el infanticidio, pasando por la creación de los precursores de los métodos anticonceptivos actuales y finalizando en la comercialización de los métodos actuales y su utilización en la sociedad actual. Este primer capítulo permitirá asentar la base de la anticoncepción, contextualizando su aparición en cada momento social y político.

En el segundo capítulo se presentan las claves para realizar un buen asesoramiento anticonceptivo. Se parte de la definición de las características de los métodos anticonceptivos y la presentación de los métodos anticonceptivos actuales, y, finaliza con los pasos que ha de seguir el profesional durante una consulta de asesoramiento anticonceptivo. Este apartado tiene un enfoque más profesional, es decir, marca las bases de la realización de un asesoramiento anticonceptivo de calidad: cuales son los aspectos más importantes a tener en cuenta y la información que se necesita para poder llevarlo a cabo.

En el tercer capítulo se presenta y profundiza en el concepto de adherencia terapéutica y, en la adherencia a la anticoncepción. Además, se presentan todas las herramientas profesionales y de uso particular que permiten la medición de la adherencia. Este capítulo es necesario para comprender la importancia de la adherencia al tratamiento (anticonceptivo o no) y las posibles consecuencias derivadas de una falta de adherencia.

En el cuarto capítulo, se desarrolla el marco de la toma de decisiones compartidas, profundizando en la toma de decisiones compartidas en salud y en el conflicto decisional, aspecto que puede producirse en los usuarios cuando se toman decisiones en salud. También se contextualiza la aparición de las HATD, se profundiza en su utilidad en la práctica clínica y se presentan las herramientas de ayuda a la toma de decisiones en anticoncepción actuales en el mundo. La toma de decisiones compartidas es el marco clave para la realización del asesoramiento anticonceptivo, por lo que este punto permite comprender como se llevan a cabo las decisiones y qué podemos hacer los profesionales para que los usuarios tomen decisiones en salud con mayor seguridad y menor conflicto decisional.

Por último, en el quinto capítulo, se presenta el proceso de diseño y desarrollo de la HATD “Anticoncepción”. Este último capítulo aporta al lector una mejor comprensión de dónde proviene la investigación que conforma esta tesis doctoral.

## **1 Evolución histórica de los métodos anticonceptivos como herramienta de control de natalidad de la civilización**

Durante la historia del ser humano la anticoncepción ha sido el eje central de la evolución en las poblaciones. En pinturas rupestres de hace treinta o cuarenta mil años, realizadas durante el Paleolítico Superior, se relacionaba el acto sexualidad con el placer, no con la reproducción. Justo en ese momento se aprecia que las mujeres separaron el deseo sexual de los ciclos fértiles, por lo que se acercaban al hombre para su satisfacción, novedad en el reino animal hasta entonces. Además de las pinturas, se han encontrado figuras, relieves y tallas de diosas prehistóricas que representan el doble papel de madres y amantes [77].

En el momento en el que la civilización descubrió y desarrolló la agricultura, volvió a surgir la conexión entre el acto sexual y la reproducción, llegándose a celebrar rituales para promover la abundancia y la fertilidad. La mujer, a diferencia de los demás mamíferos, puede reproducirse en cualquier época del año, por lo que esta renovación de la conexión entre el acto sexual y la reproducción trajo consigo un problema que hasta ese momento nunca se había producido: un exceso de población que supuso una falta de recursos [77]. Una vez el ser humano relacionó el acto sexual con la fecundación, a principios de la edad de bronce (2.000 a.C.), pudo generar un espaciamiento en su reproducción [78].

El control de natalidad se llevó a cabo mediante métodos como el aborto y el infanticidio, centrándose sobre todo en el infanticidio de los niños nacidos con un determinado sexo no deseado (generalmente dependía de exceso que hubiera en la población) [77]. En poblaciones nómadas, nacimientos numerosos suponían una desventaja para su estilo de vida [79].

Una vez conocido el papel del espermatozoides en la concepción se buscaron métodos para eliminarlo o evitar que ese líquido llegase a la mujer, como, por ejemplo, los espermicidas naturales y los métodos barrera [80]. En 1850 a.C., en Egipto, se mencionó explícitamente en el Papiro de Petri la anticoncepción. Este libro es un manual en el que se recogieron los métodos anticonceptivos de la época, como, por ejemplo, el excremento de cocodrilo con una pasta de hierbas para absorber el semen, o la miel y el bicarbonato de sosa natural como irritante de la mucosa vaginal y espermicida. Además, se describió el coito interrumpido o marcha atrás [78,81,82], esponjas vaginales empapadas en zumo de limón o vinagre y tampones de algodón empapados en el zumo fermentado de las plantas de acacia [83]. Más adelante, en el papiro de Ebers (1.500 a.C.), que es el documento más

antiguo y extenso de la medicina, se recomienda como preventivo del embarazo un tapón de hilaza mezclado con miel, colocado profundamente en la vagina [82].

El uso del primer preservativo se le atribuye al rey Minos (año 1.200 a.C), que, según algunos autores podría estar hecho de vejiga de cabra o pulmones de pez [77]. También se han descrito otros materiales como lienzo, calabaza, cuero, seda, papel aceitado y tejidos animales como intestinos (éstos eran cosidos por un lado y, por el otro se le añadía una cinta para mantenerlo sujeto). En esa época, evitar enfermedades de transmisión sexual como la sífilis era el principal objetivo del uso del preservativo [84].

En el tratado “Enfermedades de la mujer” (460 a.C.) de Hipócrates se describe el ciclo femenino de reproducción, señalando los días fértiles después de la menstruación. Esto permitió un mejor control de la natalidad. Además, también utilizaba un tubo de plomo para insertar medicamentos o pesarios en el útero con el objetivo de evitar la concepción, entendidos como precursores de los dispositivos intrauterinos actuales [81].

Por otro lado, Aristóteles fue el primer escritor griego que describió la anticoncepción y algunos de los métodos anticonceptivos de su época, recogidos y descritos en su obra “Historia de los animales” del siglo IV a.C. [80]. En el escrito señalaba que las civilizaciones que no tenían un control sobre su natalidad estaban destinadas a la pobreza [82]. Algunos ejemplos son los aceites de cedro y/o de oliva, que se mezclaban con incienso o con unguento de plomo y se introducían en la vagina para endurecerla e impedir que llegase el espermatozoide al útero [77,82].

Tiempo más tarde, Sorano de Éfeso, médico griego en Alejandría y considerado el padre de la ginecología, recomendaba utilizar como contraceptivo aceite rancio de oliva, miel y bálsamo introducidos en la vagina en una bola de lana hasta llegar al cuello uterino [82].

En la antigua Grecia, otro método recomendado como contraceptivo consistía en ejercer presión sobre el abdomen para expulsar el semen de la vagina. En Sri Lanka, las mujeres consumían una papaya al día, la cual contenía una enzima que interactuaba con la progesterona e impedía la concepción. En China, las mujeres bebían plomo y mercurio para controlar la fertilidad, lo que a menudo provocaba la esterilidad y/o la muerte [80], o bien, utilizaban tampones espermicidas empapados en sal, miel y aceite. Por otro lado, en textos musulmanes como el tratado de Medicina del Profeta o de Medicina islámica, se recomienda el uso de tampones espermicidas con fórmulas secretas que las comadronas insertaban en el útero [77].

Pese a la existencia del preservativo (utilizado exclusivamente como protección contra las enfermedades de transmisión sexual), los principales métodos anticonceptivos utilizados eran la abstinencia, el coito interrumpido, la lactancia materna y el aborto [78,85]. No fue hasta el siglo XX, con el descubrimiento de la penicilina, cuando el preservativo se consideró un método contraceptivo. Este antibiótico redujo el miedo a las enfermedades de transmisión sexual por lo que el preservativo se utilizaba exclusivamente para evitar el embarazo [77]. El preservativo conservado más antiguo es de 1640 y disponía de un manual de usuario escrito en latín. Éste estaba fabricado de tripa de cerdo y contenía un cinturón para ajustarlo correctamente. En 1870 se creó un preservativo de caucho, que era de mala calidad y poco práctico [79].

Durante ese siglo, dos mujeres son las responsables de la introducción de mejoras en el control de natalidad: la Dra Marie Stopes, que escribió una guía de anticoncepción titulada *Wise Parent- hood* y abrió la primera clínica de planificación familiar, en 1921 y la enfermera Margaret Sanger, la cual fundó en 1921 la Liga Americana de Control de la Natalidad, que se convirtió en la actual *Planned Parenthood*. Margaret relató que “ninguna mujer puede llamarse libre si no es dueña y controla su cuerpo. Ninguna mujer puede llamarse libre hasta que pueda elegir conscientemente si va a ser madre o no” [78,85].

Antes se ha descrito a Hipócrates como el creador del primer dispositivo intrauterino (DIU), pero no fue hasta 1909 cuando se mejoró el dispositivo creando un anillo de seda que, posteriormente en 1929, se sustituyó por plata. Su uso no alcanzó suficiente divulgación hasta pasados los años 40 [82].

Por su lado, el preservativo aumentó su popularidad al cambiar su material al látex y se masificó su producción durante el año 1930 en los Estados Unidos (EEUU) [84].

En los años treinta, Ogino en Japón y Knauus en Austria, realizaron una descripción más detallada sobre los días fértiles dentro del ciclo de la mujer. Así pues, recomendaban como método anticonceptivo tener relaciones fuera de los días descritos como fértiles para evitar un embarazo. Las aportaciones de estos dos investigadores legitimaron la anticoncepción mediante la Conferencia de Lambeth (1930). Este método fue muy popular hasta que, en los años 50, apareció la píldora anticonceptiva [86].

En la Facultad de Medicina de Harvard, Somers Sturgis descubrió los efectos anovulatorios del suministro exógeno de estrógenos. En los años 50 se descubrieron los

efectos de los gestágenos sintéticos, los cuales requerían menor dosis para alcanzar el efecto terapéutico deseado. En 1956, apareció la primera píldora anticonceptiva que, llegó a España en 1964 y se difundieron con rapidez [87]. El descubrimiento de los anticonceptivos hormonales fue el principal agente de cambio para la separación de la práctica sexual de la concepción en la era moderna [88]. No fue hasta 1957 que la *Food and Drug Administration* (FDA) aprobó Enovid 10 mg para tratar trastornos menstruales y en 1960 aprobó su uso como anticonceptivo para mujeres casadas. Hasta diez años más tarde no se aprobó su uso como anticonceptivo para mujeres solteras. Producto de las investigaciones que se realizaron, se observó que la adición de estrógenos a los gestágenos reducía las hemorragias intermenstruales por lo que en ese momento se iniciaron la conocida anticoncepción hormonal combinada. Con el paso de los años se han producido diferencias en la dosificación, posología y composición de estos anticonceptivos hormonales, como la reducción de dosis, la introducción de nuevos gestágenos y el desarrollo de vías de administración alternativas. Se pudo reducir la dosis hormonal debido al desarrollo de un nuevo gestágeno de segunda generación: el levonorgestrel (LNG). Además, se redujeron los estrógenos debido al alto riesgo de tromboembolismo. Consecuencia de lo anterior, se tuvo que ampliar la administración a 24 días para asegurar la supresión folicular [80].

En 1941, en España, se promulgó la Ley para la protección de la natalidad contra el aborto y la propaganda anticoncepcionista, que, más tarde, se trasladó al Código Penal. Así pues, a todo aquel que divulgara, indicara o prescribiera cualquier método anticonceptivo podía enfrentarse desde una multa a un arresto [87]. De forma paralela, en los Países Bajos, Inglaterra y EEUU se iniciaron movimientos sociales por la salud sexual y reproductiva de las mujeres, con el objetivo común de proporcionar a las mujeres información y acceso a métodos para evitar embarazos no deseados [88]. En España, esta Ley persistió para la anticoncepción hormonal y los preservativos hasta 1978, para los DIUs hasta 1981 y para el aborto terapéutico hasta 1985 [87].

John Hunter realizó en 1770 la primera vasectomía como método anticonceptivo permanente, pero, junto a la ligadura tubárica, no se popularizó como método anticonceptivo hasta la década de los sesenta [82]. En el año 1985 se avanzó en la técnica pudiendo realizarse sin bisturí que ya había estado realizándose en China desde 1974. Actualmente se estima que más de 42 millones de parejas la utilizan como método contraceptivo [81].

Fue a partir de 1970 cuando el creciente movimiento feminista a favor de la gestión de la concepción, el acceso a la información de las mujeres y sus parejas y la libre elección de un método anticonceptivo tuvo un considerable crecimiento popular. Todo ello dentro del marco conceptual y reivindicativo del derecho sobre el propio cuerpo, maternidad libre, educación sexual y derecho al aborto [89]. En 1978, en España, se abrió al público la primera consulta de planificación familiar [82].

En abril de 1978 se realizó la modificación del artículo 416 del Código Penal y el 11 de octubre de ese mismo año, se aprobó la Ley 45/1978 que hacía efectiva la reforma y anunciaba la futura creación de centros públicos de planificación familiar [90].

En 2001, producto de las investigaciones en anticoncepción hormonal, se desarrollaron el anillo vaginal que contenía etonogestrel y etinilestradiol, y un parche transdérmico que contenía norelgestromina y etinilestradiol. Su eficacia anticonceptiva y efectos secundarios son comparables a los de la píldora oral combinada [80]. Por otro lado, los dispositivos intrauterinos (DIU) Mirena (Bayer, Whippany NJ) y Paragard (*Copper Surgical*) y el implante anticonceptivo Implanon (ahora Nexplanon) estuvieron disponibles a principios de la década de 2000 [91].

### Situación actual en España

En España se regulan los derechos sexuales y reproductivos mediante la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo; y la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad [92,93].

En los últimos 25 años se han experimentado cambios en cuanto a las concepciones sobre la sexualidad. En la Estrategia Nacional de Salud sexual y reproductiva de 2011 se describen las líneas estratégicas específicas de salud sexual en la que se incluyen cuatro objetivos: promoción de la salud, atención sanitaria, formación de profesionales e investigación, innovación y buenas prácticas. Además, se establecen líneas estratégicas específicas sobre reproducción, durante el embarazo, parto, período neonatal y puerperio. Todo ello se establece con el objetivo de ofrecer una atención de calidad a la salud sexual y reproductiva en el Sistema Nacional de Salud [15].

En relación a la estructura asistencial en materia de anticoncepción, en España hay un mapa diversificado en función de la Comunidad Autónoma (CA): hay comunidades que cuentan con un sistema mixto donde los Centros de Salud de atención primaria coexisten con centros específicos donde se presta asistencia a la salud sexual y reproductiva, CCAA

que han integrado los antiguos Centros o Consultas de Planificación Familiar en los Centros de Salud de atención primaria, en los cuales se centraliza toda la asistencia para la prevención de embarazos no deseados y; CCAA donde los Ayuntamientos mantienen centros que realizan algunas prestaciones en materia de anticoncepción [15].

Tal y como se ha descrito, en la mayoría de los casos, la principal atención en materia de anticoncepción recae sobre los equipos de atención primaria, donde los profesionales encargados de ofrecer esa atención son matronas y/o enfermeras. Además, esta atención también puede ofrecerse a través de los servicios de Ginecología y Urgencias hospitalarias. Existen, de forma complementaria, centros específicos donde se trabaja desde un enfoque integral y desde los derechos sexuales y reproductivos como el servicio de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) en Cataluña [15].

Según datos de la encuesta nacional de la SEC, en España, la mayoría de las mujeres (64,3%) han acudido a su médico de atención primaria, ginecólogo, matrona y/o centro de planificación familiar para que le indique cuál es el método anticonceptivo idóneo en su caso, cifras similares respecto a años anteriores (60%). La demanda de asesoramiento anticonceptivo aumenta con la edad: siendo poco frecuente (37,8%) en los primeros años de la edad fértil, elevándose hasta el 76,7% entre los 25 y 29 años. Durante el confinamiento, el 94% de las mujeres no ha necesitado asesoramiento o consulta sobre métodos anticonceptivos pero, un 1,6% de las mujeres precisó asesoramiento y no pudo acceder a ningún servicio sanitario que se lo prestara [7].

La mayoría de las comunidades Autónomas cuentan con programas y protocolos específicos para la anticoncepción en la Cartera de Servicios. En Cataluña, teniendo en cuenta los avances en la ciencia, se desarrolló la cartera de Servicios de las Unidades de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva de Apoyo a la Atención Primaria, donde se describen las competencias de los profesionales asistenciales y los cambios en las características de la demanda sanitaria y social de la población catalana. Este documento se ha definido como un elemento clave dentro del marco del Plan Estratégico de Ordenación de Servicios de la Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) y del Plan Estratégico de Ordenación de Servicios de la Atención Materno-infantil. En 1997 se redactó por primera vez la cartera de servicios de las unidades ASSIR en la que participaron en su desarrollo profesionales del Instituto Catalán de la Salud (ICS) y del CatSalut. Desde entonces, con cierta periodicidad, se ha ido actualizando la cartera, siendo la última versión del año 2022. Se han descrito cambios en la terminología de

algunos términos, pasando de servicio de orientación y planificación familiar a consejo reproductivo, donde se incluye el consejo afectivo y sexual, consejo y atención sobre los métodos anticonceptivos y consejo preconcepcional y atención a los problemas y disfunciones sexuales. Esta actividad asistencial se debe realizar en las unidades de ASSIR, CAP o centro de especialidades, y se establece que el consejo reproductivo lo llevará a cabo la comadrona, excepto el consejo en casos de problemas de fertilidad, donde el profesional encargado será el ginecólogo-obstetra. De forma específica, se establece que la comadrona es referente en la atención y el seguimiento de los métodos anticonceptivos de barrera y, aunque también colabora con el ginecólogo, en la prescripción y el seguimiento de los métodos hormonales y definitivos. El ginecólogo es el referente para la intervención de los métodos anticonceptivos definitivos [16].

Desde la legalización de los anticonceptivos en los años 80, su utilización se ha ido incrementando exponencialmente entre las mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años), especialmente entre los años 1997 y 2009 [94]. Actualmente, en España, la edad de la primera relación sexual oscila entre los 15 años (las que actualmente tienen entre 15-19 años) hasta 19 años (las que actualmente tienen entre 45-49 años). Según datos extraídos de la última encuesta nacional de la Sociedad Española de Contracepción, el 89,9% de las mujeres en edad fértil mantienen relaciones sexuales con frecuencia y como se ha descrito anteriormente, un elevado porcentaje no utiliza anticoncepción, por lo que quedan expuestas a un embarazo no planificado [7,95,96]. En relación a lo anteriormente expuesto, el 38% de las mujeres declara haber tenido que recurrir en alguna ocasión a la anticoncepción de emergencia. Según la misma encuesta, mantener relaciones sexuales sin utilizar métodos anticonceptivos es más habitual en el caso de mujeres que conviven con su pareja (26,8%) y, las que utilizan algún método, el preservativo es el más utilizado seguido de los AHOC [7].

La superioridad del uso del preservativo sobre los anticonceptivos hormonales podría atribuirse en parte a los falsos mitos y creencias que existen entorno a éstos, que se traducen en el miedo y/o inquietud que existe en relación a la toma de hormonas. Un estudio llevado a cabo en Euskadi, respaldado años más tarde por la encuesta nacional de la SEC, refleja los aspectos que preocupan a las usuarias de anticoncepción sobre la anticoncepción hormonal, como por ejemplo: sus efectos secundarios (53,3%), miedo al olvido (39,9%), aumento de peso (33,8%), mayor riesgo cardiovascular (25,8%), incremento del riesgo de cáncer (19%), efectos negativos sobre la salud (6,7%) y el hecho

de ser un método no natural (16,7%). Vemos a través de estos datos, que, en porcentajes variables, existen muchas mujeres con alguna preocupación respecto al uso de anticonceptivos hormonales, sobre todo a los efectos secundarios. Las composiciones y dosis que se ofrecen actualmente han mejorado de forma notable en comparación a los primeros anticonceptivos, sobre todo en relación a los efectos secundarios que provocan [94].

Los métodos contraceptivos hormonales son los más efectivos, pero existen diferencias entre ellos, siendo los métodos de acción prolongada o métodos LARC los más eficaces [9]. Además, debido a las características de estos métodos, su eficacia no está influida por el incumplimiento o incorrecta utilización por parte del usuario. Pese a que los métodos LARC son los más eficaces, hay una resistencia inicial de las mujeres a su utilización [10,97]. En el año 2020, según la Sociedad Española de Contracepción (SEC), un 10,1% de las mujeres eran usuarias de métodos LARC [7].

Uno de los objetivos de la Sociedad Española de Contracepción en los últimos años ha sido promover la utilización de los LARC, debido a que es una alternativa altamente recomendable por su elevada eficacia no dependiente del usuario/a y su elevada seguridad. La encuesta nacional de la SEC, realizada el año 2020 a 1.800 mujeres de entre 15 a 49 años, expone que el riesgo de embarazo no deseado de las mujeres españolas se sitúa en el 22,9%, el cual representa el 6,2% del total de mujeres en edad fértil [7]. No solamente las mujeres que no utilizan métodos anticonceptivos se encuentran en riesgo de un embarazo no deseado, sino que se ha de tener en cuenta también un porcentaje de mujeres que sí utilizan algún método, ya que la utilización de un método anticonceptivo nunca asegura una eficacia contraceptiva del 100%, ni los más eficaces, como los hormonales [95,98]. Una posible consecuencia de un embarazo no deseado es su interrupción voluntaria (IVE), y, la tendencia actual en nuestro país, es que, aproximadamente la mitad de estos embarazos, se interrumpan [6].

## **2 Asesoramiento anticonceptivo: elección del método anticonceptivo más adecuado**

Los métodos anticonceptivos contemplan todas aquellas acciones, dispositivos o medicamentos que se utilizan para impedir una concepción o un embarazo viable [99].

Existe una gran variedad de métodos anticonceptivos de uso habitual que se acomodan a las distintas situaciones de las mujeres y de las parejas: preservativo masculino, preservativo femenino, diafragma, capuchón cervical, esponja vaginal, anticonceptivos orales combinados (AOC), parche anticonceptivo, anillo vaginal, anticonceptivos orales con gestágenos, anillo vaginal con gestágenos, anticonceptivo inyectable de gestágenos, implante contraceptivo subdérmico, dispositivo intrauterino hormonal, dispositivo intrauterino de cobre, anticoncepción de emergencia, ligadura de trompas, vasectomía, método sintotérmico, método Billings, método de la temperatura basal, método de la lactancia y amenorrea (MELA), método de Ogino-Knauss, método mucotérmico y, método sintotérmico [3].

Estos métodos pueden tener diferentes clasificaciones. El Ministerio de Sanidad y Política Social del Gobierno de España los recoge y clasifica según sean recomendables o poco recomendables en función de su capacidad para evitar embarazos no planificados y/o evitar infecciones de transmisión sexual. Dentro de los no recomendables se hallan el método de la lactancia y amenorrea, los métodos de abstinencia periódica como son el método Billings, el método de la temperatura basal, el método de Ogino-Knauss, el método mucotérmico y el método sintotérmico. En los métodos recomendables existe una subclasificación en métodos barrera (preservativo masculino y femenino, diafragma y capuchón cervical), métodos hormonales (píldora oral combinada, píldora oral de gestágenos, parche anticonceptivo, anillo vaginal, anticonceptivo inyectable de gestágenos e implante contraceptivo subdérmico), dispositivos intrauterinos (DIU) (DIU de Cobre y hormonal), métodos definitivos (ligadura de trompas y vasectomía) y doble método, que consiste en la utilización de preservativo junto a un método de alta eficacia [100]. La *Generalitat de Catalunya* tiene una clasificación parecida en la que los métodos anticonceptivos se clasifican en métodos de barrera (preservativo masculino, preservativo femenino, diafragma, capuchón cervical, esponja vaginal), métodos hormonales (anticonceptivos orales combinados, parche anticonceptivo, anillo vaginal, anticonceptivos orales con gestágenos, anillo vaginal con gestágenos, anticonceptivo inyectable de gestágenos, implante contraceptivo subdérmico, dispositivo intrauterino hormonal), métodos naturales (método sintotérmico, método Billings, método de la

temperatura basal, método de la lactancia y amenorrea, método de Ogino-Knauss, método mucotérmico y, método sintotérmico), dispositivo intrauterino no hormonal, métodos irreversibles y métodos de larga duración (DIU hormonal, de cobre e implante subdérmico) [101].

### Características de los métodos anticonceptivos

Las condiciones para elegir el método idóneo van a depender, por una parte, de la mujer y/o la pareja y, por otra parte, del propio método en sí. Para ello, es esencial conocer las características de cada método a la hora de valorar cuál es el idóneo. Los factores y/o características dependientes del método son la seguridad, entendida como la capacidad del método de no producir efectos adversos sobre la salud del usuario, los efectos beneficiosos no contraceptivos, la facilidad o complejidad de uso, la relación con el coito, la reversibilidad (la capacidad de recuperación de la función reproductiva al interrumpir el método), el precio, la eficacia y las contraindicaciones. Además de por su capacidad contraceptiva, los métodos pueden utilizarse en otras circunstancias ya que presentan efectos beneficiosos sobre otras situaciones de salud. El precio del método dependerá de las políticas sanitarias de cada país, las cuales deberían ir encaminadas a facilitar el acceso a los métodos disponibles. En relación a la facilidad o complejidad de uso, es muy importante asegurar que el usuario comprende su correcta utilización ya que, su eficacia contraceptiva, en muchos casos, dependerá de ésta [102].

### **Eficacia anticonceptiva**

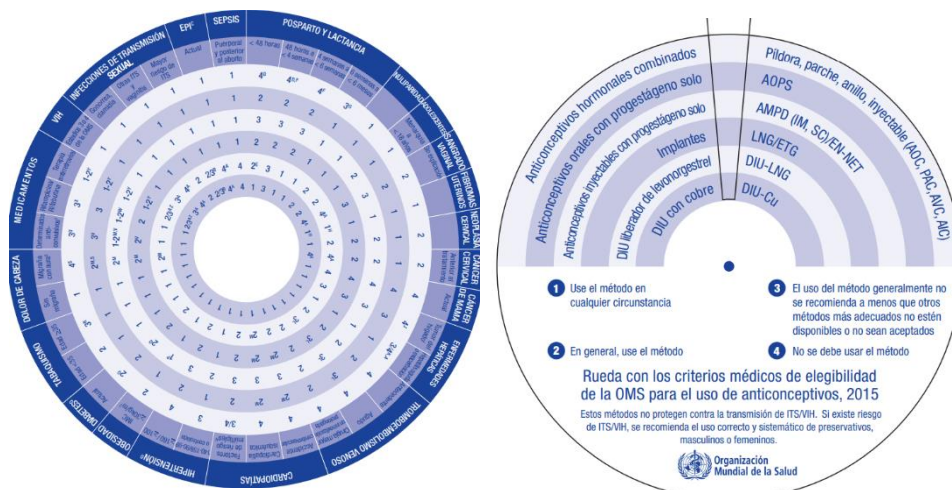
Como se ha descrito anteriormente, la eficacia es uno de los aspectos que las mujeres pueden tener en cuenta ante la elección de un método anticonceptivo. Las autoridades de todo el mundo, como la *Food and Drug Administration* y la *European Medicines Agency* estipulan la evaluación de la eficacia de los métodos anticonceptivos mediante el Índice de Pearl (IP). El Índice de Pearl mide el porcentaje de embarazos no deseados que se producen al año de uso del método anticonceptivo por cada 100 mujeres. Para calcular este índice se consideran dos parámetros: la eficacia teórica, que es aquella donde las condiciones son óptimas con un uso perfecto del método y la efectividad o eficacia real, que es la capacidad de impedir un embarazo en condiciones reales de uso, condicionada por posibles fallos del usuario en la utilización del método (el índice de fallos es del 3 al 8%, llegando a ser de hasta un 20% en adolescentes o pacientes de bajo nivel sociocultural) [8,103].

## **Criterios de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud**

La elección del método anticonceptivo debe basarse en dos ejes: la adecuación del método anticonceptivo a la mujer y/o pareja y la evidencia científica disponible. Los métodos anticonceptivos afectan a la fisiología de la mujer de distinta forma según su principio activo, por lo que se ha de poner especial atención en ellos. Estos efectos dependen de, entre otros, el riesgo subyacente de las patologías que pueda tener la usuaria y los perfiles de efectos secundarios de cada método anticonceptivo. Así pues, antes de elegir un tipo de método anticonceptivo se ha de tener en cuenta las características y preferencias de la paciente para garantizar su seguridad. Con el objetivo de abordar esta necesidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1994 se ha preocupado por actualizar la prescripción de los métodos anticonceptivos y su utilización de manera segura redactando unos criterios que se basaran en la evidencia científica. Es por ello que, en 1996 se publicó el primer documento, llamado Criterios de Elegibilidad de los métodos anticonceptivos, y desde entonces se han ido realizado actualizaciones [99]. Estos criterios se presentan como un manual para facilitar al personal sanitario y a los organismos oficiales que se dedican al asesoramiento anticonceptivo. Aun así, no se trata de directrices rígidas, sino recomendaciones basadas en una serie de evidencias para que luego, cada país, las adapte a su contexto, siempre con la intención de mejorar la calidad de la planificación familiar. El personal sanitario tiene un papel determinante para acercar los criterios a las usuarias, de manera que se pueda indicar los métodos anticonceptivos disponibles más adecuados a la situación de la mujer, respetando sus opiniones y deseos. Los criterios de elegibilidad se presentan según el balance riesgo-beneficio que aportará el método anticonceptivo a la situación de salud de la mujer, evaluando su seguridad y efectividad. Su clasificación deriva en cuatro categorías: categoría 1, sin restricciones para la utilización del método anticonceptivo; categoría 2, los beneficios del tratamiento superan los riesgos teóricos o demostrados; categoría 3, los riesgos teóricos o demostrados superan los beneficios; y, categoría 4, la utilización del método anticonceptivo está contraindicado. En caso de recursos limitados para el criterio clínico, las categorías pueden clasificarse en dos: “sí” se puede usar el método (incluye a las categorías 1 y 2) y “no” se debe usar el método (incluye a las categorías 3 y 4).

Los criterios no incluyen los métodos naturales, ya que sólo se contemplarían en aquellas mujeres o parejas que, por alguna razón médica, se desaconseje las demás alternativas o por libre iniciativa (convicciones religiosas, contexto socioeconómico, etc.) [99]

Para facilitar el asesoramiento a los profesionales, las OMS ha creado una rueda para tener a mano en consulta que permite un acceso rápido al estudio de cada opción (ver Figura 1) [104].



**Figura 1: Rueda de la OMS para determinar criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos**

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2015) [104]

En relación a los métodos definitivos como la ligadura tubárica o la vasectomía, la OMS ha establecido una clasificación diferente con cuatro categorías A, C, D y S, según las palabras inglesas: *accept* (A), *caution* (C), *delay* (D), *special* (S). En la categoría A no existe razón médica para negarse a la esterilización si lo solicita el/la paciente; la categoría C expresa que el procedimiento puede realizarse, pero con una preparación y unos cuidados más precisos; la D indica que debemos esperar a que el caso reúna las características necesarias, utilizando otro método hasta ese momento, y, por último, la S, donde el procedimiento debe realizarse por un equipo multidisciplinar con experiencia y con los medios técnicos adecuados, utilizando otro método hasta reevaluar las condiciones, esperando que sean mejores [99].

### Asesoramiento Anticonceptivo

Los derechos sexuales y reproductivos son reconocidos por la comunidad internacional como derechos humanos en declaraciones, convenciones y pactos de las Naciones Unidas y otros documentos internacionales [105]. El concepto de derechos sexuales y reproductivos está en constante evolución y revisión. Su definición es fruto de movimientos sociales, como el movimiento internacional de mujeres o las organizaciones internacionales como Amnistía Internacional, *Human Rights Watch* o los grupos LGTB

(lesbianas, gays, transexuales y bisexuales). En la misma línea, diferentes organizaciones como la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) y la Asociación Mundial de Sexología, han reconocido y formulado declaraciones explícitas sobre los derechos sexuales y reproductivos. Estos derechos no abarcan solamente el derecho a decidir sobre la reproducción, sino también el derecho a recibir una atención sanitaria prenatal y postnatal de calidad. Uno de los derechos básicos de la población en materia de salud reproductiva es el derecho a la información y a decidir libremente. Esto implica ofrecer a las mujeres alternativas basadas en la evidencia científica para que puedan tomar decisiones informadas y de forma autónoma sobre el cuidado que desean recibir en el proceso de embarazo, parto, puerperio y sobre los cuidados que deben proporcionarse al recién nacido. Todo ello forma parte del asesoramiento anticonceptivo [105].

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) define el asesoramiento anticonceptivo como “la práctica sanitaria en la que se aporta información equilibrada y objetiva de cada método anticonceptivo para que en el contexto del individuo o la pareja se escoja el más idóneo, y así conseguir un óptimo estado de salud sexual y reproductiva” (Serrano Navarro et al, 2013) [106]. El asesoramiento anticonceptivo es el elemento clave en el control de la natalidad, ofreciendo información sobre los métodos anticonceptivos disponibles y facilitando su acceso a la población [86]. Ésta se ofrece desde los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva, donde se proporciona ayuda a las mujeres y/o parejas para decidir sobre su vida sexual de manera libre y segura, a través del uso de métodos anticonceptivos, para evitar un embarazo no deseado y escoger el momento de tener un hijo [107]. Cabe señalar que el asesoramiento anticonceptivo está vinculado a la salud sexual, entendiéndose ésta como “la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y que no se incluye como elemento indispensable la procreación” (Fernández Álvarez et al, 2009) [108]. La importancia de la anticoncepción queda reflejada, a nivel mundial, en los 17 objetivos de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible de la Agenda de 2030, desde la que se busca “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2021). Se comprometen a lograr la cobertura universal de salud para todos los usuarios, así como garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información con evidencia científica y educación desde los servicios de salud [109]. A nivel europeo cabe destacar que el Parlamento Europeo aprobó la Resolución 2001/2128 (INI) sobre salud sexual y

reproductiva, realizando un conjunto de recomendaciones a los gobiernos en materia de anticoncepción, embarazos no deseados y educación sexual [110].

### **Puntos clave para realizar el asesoramiento anticonceptivo**

El asesoramiento anticonceptivo de alta calidad es fundamental para hacer realidad los derechos y el bienestar de mujeres, hombres y niñas/os [111]. Para realizar el asesoramiento anticonceptivo el profesional ha de escuchar, informar y transmitir adecuadamente la información sobre las distintas opciones anticonceptivas existentes, siempre teniendo en cuenta las prioridades de la paciente y de su pareja. La información que se ofrece tiene que ser profunda, objetiva y adaptada a las necesidades, conocimientos y posibilidades de los usuarios [3].

En primer lugar, el profesional debe realizar una anamnesis y una exploración física básica para realizar un asesoramiento en base a las características físicas, valores, preferencias y necesidades, del usuario/a. La Sociedad Española de Contracepción (SEC) en la Conferencia de Consenso sobre la prescripción y manejo de los anticonceptivos hormonales orales, declaró que, previo a la prescripción de un método anticonceptivo, se deben establecer objetivos de control en base a las condiciones de salud de las usuarias [112].

Durante la anamnesis se deben descartar contraindicaciones (con la ayuda de los Criterios de Elegibilidad de la OMS), valorar factores de riesgo cardiovascular (especialmente el tabaco, obesidad, diabetes, dislipemias, hipertensión arterial) u otro tipo de patologías como migraña, además de investigar antecedentes familiares, conocer antecedentes patológicos y obstétricos, y, por último, explorar experiencias previas con distintos métodos anticonceptivos [112–114]. Por otro lado, durante la exploración física se debe realizar un control de peso, talla e índice de masa corporal (IMC), control de la tensión arterial, inspección de la piel (valorar hirsutismo, acné, pigmentación) y exploración mamaria. Además, a partir de los 45 años, se debe realizar una determinación de glucosa, colesterol y triglicéridos (en menores de esta edad puede ser necesario también el análisis si existen factores de riesgo y no existen datos recientes), en pacientes con historia familiar o episodio previo de tromboembolismo idiopático se debe realizar una rutina un cribado de los estados de hipercoagulabilidad, y, por último, una exploración ginecológica y citología. Una vez finalizado la anamnesis y exploración, puede ser necesario realizar pruebas adicionales para detectar la presencia de otras enfermedades antes de decidir si son candidatas para un método anticonceptivo concreto [112–115].

Como se ha explicado anteriormente las condiciones para elegir el método anticonceptivo idóneo van a depender de dos factores principales: de la mujer y/o la pareja y, de las características propias del método en sí. Con relación a los factores dependientes de la mujer, para que la eficacia del método sea lo más parecida a la calculada por el índice Pearl, se debe de valorar la frecuencia y el tipo de relaciones sexuales, el objetivo de la contracepción y el cumplimiento por parte de la usuaria. Por otro lado, dentro de los factores dependientes del método anticonceptivo hallamos la eficacia (también relacionada con su correcta utilización, dependiente de la mujer), la seguridad, su reversibilidad en relación a la fertilidad, sus posibles efectos beneficiosos añadidos no contraceptivos, su facilidad o complejidad de uso, su relación con el coito y, por último, el precio [66].

La Guía Técnica de Atención en Planificación Familiar establece tres fases durante el asesoramiento anticonceptivo, con diferentes metas a conseguir según cuál sea. La primera fase es la de pre-elección, donde el profesional recibe cálidamente a la usuaria y se le formulan preguntas para identificar sus necesidades, condición o problema de salud, estilo de vida, comportamientos que favorecen la salud o la ponen en riesgo. El diagnóstico de necesidades está al servicio de la elección de método, pues consiste en un proceso de descarte de métodos que el proveedor y la usuaria consideran que a no le son útiles de acuerdo a sus circunstancias descritas. La segunda fase descrita es la de elección. En esta etapa el profesional responde a las necesidades de la usuaria, ofreciéndole información actualizada, adecuada y comprensible para ayudarla a escoger un método. En este punto, el profesional sólo abordará los métodos relevantes y/o convenientes según sus características de salud. Debe evitarse proporcionar toda la información disponible ya que podría saturar a la mujer y confundirla, se debe aportar la información esencial para que pueda realizar una elección adecuada. La tercera y última fase se trata de la de post-elección, donde la usuaria elegirá el método anticonceptivo que desee. Si rechaza el método al conocer más detalles, puede volver al paso anterior y escoger un método alternativo. Una vez escogido el método, el profesional se tiene que asegurar de que la usuaria ha comprendido las instrucciones de uso. Se tienen que ofrecer las directrices a seguir en caso de emergencia u olvidos, Finalmente, se deberá citar a la usuaria para realizar seguimiento del método, por si se dan efectos adversos, problemas, olvidos u otras incidencias para, de esta forma, asegurar la continuidad al método anticonceptivo [116].

Para poder ofrecer un buen asesoramiento, además, existen diferentes técnicas de atención al paciente. Una de las más aceptadas es el enfoque “GATHER” (*Greet, Ask, Tell, Help, Explain, y Return*); que se traduce en: saludar, preguntar, expresar, ayudar, describir y volver. Esta técnica es una guía donde el objetivo principal del asesoramiento es proporcionar una orientación sobre el método que mejor se adecua a la usuaria y que le permita realizar una planificación familiar efectiva. El profesional tiene que demostrar que comprende y se ocupa de las necesidades y preocupaciones de la usuaria, se debe suministrar información útil y actualizada, según la última evidencia científica publicada (es importante que el profesional ayude a la usuaria a comprender la información proporcionada), se debe dar soporte a la usuaria a tomar decisiones por sí misma, basándose en la información proporcionada, sus necesidades, preferencias y situación personal, y por último, se debe proporcionar información sobre cómo actuar en caso de problema con el método anticonceptivo [116,117].

La clave del éxito del asesoramiento anticonceptivo radica en la creación de un entorno que favorezca una relación de confianza entre el profesional y la usuaria. La actitud del profesional debe ser respetuosa, por lo que, la escucha activa será vital durante el proceso [3].

### **3 Adherencia: concepto, medición y estrategias de mejora**

Existen muchos términos lingüísticos relacionados con la palabra adherencia: observancia, cumplimiento o fidelidad terapéutica, sin que se haya llegado a un consenso sobre el significado que representa [118]. En 1979 Haynes definió el término cumplimiento como “el grado en el que un paciente sigue las recomendaciones del prescriptor” (Haynes et al, 1979) [119]. Sin embargo, esta definición implica una conducta pasiva del paciente en su tratamiento, siendo más propio de un modelo asistencial paternalista. Otros autores definen la adherencia como “el grado de coincidencia entre las orientaciones médico-sanitarias, no limitándose a las indicaciones terapéuticas, de tal forma que incluye asistencia a citas programadas, participación en programas de salud, búsqueda de cuidados y modificación del estilo de vida” (García et al, 2000) [120]. Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud, remodeló el término a adherencia terapéutica definiéndola como “el grado en el que la conducta de una persona, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario” (Organización Mundial de la Salud, 2003) [62]. A pesar de que los dos términos sobreestiman la carga del profesional sanitario en la toma de tratamiento, esta última definición implica mayor grado de participación del usuario [121].

Según la OMS, existen cinco dimensiones interdependientes que influyen sobre la adherencia terapéutica. En primer lugar, los factores socioeconómicos entre los que se encuentran la pobreza, el acceso a la atención de salud y medicamentos, el analfabetismo, la provisión de redes de apoyo social efectivas y mecanismos para la prestación de servicios de salud que tengan en cuenta las creencias culturales acerca de la enfermedad y el tratamiento. En segundo lugar, los factores relacionados con el tratamiento como la complejidad de la situación médica, la duración del tratamiento, los fracasos terapéuticos anteriores, los cambios constantes en el tratamiento, los efectos adversos y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos. También se encuentran los factores relacionados con el paciente, donde se incluyen la falta de recursos, creencias religiosas, nivel escolar, falta de percepción en la mejora de la enfermedad, confianza en el médico, deseo de control, autoeficacia y salud mental. A continuación, se encuentran los factores relacionados con la enfermedad, como la gravedad de los síntomas, el grado de discapacidad (física, psicológica y social), la velocidad de progresión y la disponibilidad de tratamientos efectivos. Por último, se presentan los factores relacionados con el

sistema o el equipo de asistencia sanitaria, donde se incluyen infraestructura y recursos de los centros de salud, carga asistencial del personal sanitario, educación para la salud para los pacientes, seguimiento en enfermedades crónicas, conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla [62].

Un tercio de los pacientes toma la medicación como se le ha prescrito, otro tercio lo hace ocasionalmente o de forma incorrecta y, por último, otro tercio no la toma nunca, según el estudio de Haynes y Scakett de 1979 [119]. La vicepresidenta de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), Ana Pastor, manifestó que son varias las causas que se asocian a la falta de adherencia como: efectos adversos, instrucciones insuficientes, fallo en la relación médico-paciente, desacuerdo respecto al tratamiento a seguir y/o mala memoria del paciente [122]. Entre los tratamientos en los que se produce una baja adherencia, destacan los métodos anticonceptivos, los cuales, como se ha descrito con anterioridad, buscan reducir al mínimo las probabilidades de tener un embarazo no deseado. Los anticonceptivos hormonales se encuentran entre los anticonceptivos más populares entre las mujeres por su facilidad de uso y por su elevada eficacia. No obstante, este método requiere una implicación diaria por parte de la usuaria [123]. A pesar de las altas tasas de efectividad de uso perfecto, las tasas de efectividad de uso habitual son mucho más bajas. Esta diferencia refleja las dificultades para el cumplimiento continuado de las píldoras hormonales y las bajas tasas de continuación. El uso correcto de los anticonceptivos para asegurar la efectividad es vital para reducir los embarazos no planeados [123].

#### Medición de la adherencia

Existen diferentes métodos para medir la adherencia al tratamiento. En la clasificación que se expone a continuación, se diferencian los métodos directos de los indirectos. Los métodos directos son los que miden la concentración del fármaco a través de una muestra biológica del paciente, como sangre u orina [124]. Por otro lado, los métodos indirectos incluyen la evaluación de la información proporcionada por el paciente o su cuidador a partir de una entrevista clínica o un cuestionario validado (es el más utilizado), el recuento de medicación, el uso de dispositivos electrónicos o el análisis del registro de dispensaciones [124].

Entre los métodos indirectos, como se ha citado anteriormente, se halla la evaluación mediante la entrevista clínica, la cual consiste en preguntar directamente al paciente sobre su adherencia al tratamiento; por ejemplo, se le pide un porcentaje de píldoras olvidadas

durante un período determinado. Estos métodos son poco utilizados en la práctica debido a la dificultad de la técnica y la variabilidad interindividual. También se le puede preguntar cómo es la prescripción de su tratamiento para asegurarnos de que conoce la dosificación e indicaciones para su toma [124]. El uso de cuestionarios/test también es una herramienta útil para conocer la adherencia por parte del paciente. Los test han de estar validados y pueden presentar varias versiones según la población o el contexto en el que se aplique. Cada test puede aportar una información diferente, por lo que se pueden utilizar de forma conjunta y tener así una visión holística del comportamiento del paciente en relación a la toma de medicación, barreras y factores determinantes para una correcta adherencia [125]. Estos métodos tienen como ventaja la sencillez, la facilidad de aplicación en la práctica clínica diaria y un menor coste que los métodos directos. Entre los inconvenientes de los métodos basados en la entrevista clínica están la posibilidad de que el paciente mienta o que olvide datos sobre la toma de medicación [124].

Hasta la fecha, no se ha descrito ningún método óptimo para la medición de la adherencia terapéutica, por lo que se recomienda la utilización de varias técnicas, aunque en la práctica clínica diaria puede ser difícil. A continuación, se describen algunos de los test/escalas desarrolladas para la medición de adherencia al tratamiento.

#### **Cuestionario “ARMS-e”**

Es una versión adaptada al español del cuestionario “ARMS” que es adecuada para la medida de la adherencia en pacientes pluripatológicos. Consta de 12 preguntas y no hay un punto de corte, sino que cuanto más baja es la puntuación, mejor es la adherencia. Para cuantificar el grado de adherencia, se asigna un valor de 1 a 4 a cada una de las posibilidades de respuesta de acuerdo a una escala tipo Likert: nunca, algunas veces, casi siempre o siempre [126].

#### **Test de Batalla (Test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad)**

Este cuestionario se basa en que un mayor conocimiento por parte del paciente sobre su enfermedad representa un mayor cumplimiento. Se realizan tres preguntas y si el paciente falla en alguna de ellas, se considera que no es adherente [124].

#### ***The Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ)***

Este test analiza las creencias de los pacientes sobre la medicación que pueden influir en la adherencia terapéutica. Se compone de dos secciones: una que evalúa las creencias sobre la medicación en general y consta de 8 ítems (BMQ General) y otra que valora las opiniones del paciente sobre su tratamiento específico y consta de 10 ítems (BMQ-Específico). Las dos secciones pueden utilizarse en combinación o por separado. Cada

ítem se evalúa mediante una escala Likert de cinco puntos (siendo 1 «totalmente en desacuerdo», mientras que 5 corresponde a «totalmente de acuerdo»). Se clasifican dos subescalas por cada sección: en la BMQ-General las de *Abuso* y *Daño*; en la BMQ-Específico encontramos las de *Necesidad* y *Preocupación*. Existe una versión española validada de este test. Se ha observado que una mayor puntuación en la subescala «necesidad» está relacionada con una mejor adherencia terapéutica, mientras que una mayor puntuación en la subescala «preocupación» se ha correlacionado con una menor adherencia [127].

### ***Brief Medication Questionnaire (Cuestionario Breve de la Medicación)***

Este test explora el comportamiento del paciente en relación a la toma de medicación y las barreras para la adherencia. Consta de tres apartados: uno en el que se analiza el régimen terapéutico mediante siete preguntas sobre cómo el paciente tomó la medicación la semana anterior; un segundo apartado sobre las creencias mediante dos preguntas sobre los efectos del tratamiento y las molestias que ocasiona; y, finalmente, un tercer apartado sobre las dificultades percibidas para recordar la toma de medicación. Los valores obtenidos mediante este cuestionario van del 0 (adherente) al 11, aportando el valor de 1 si la respuesta es Sí, o 0 si la respuesta es No [128].

### ***Drug Attitude Inventory (DAI o Inventario de Actitudes hacia la Medicación)***

Este cuestionario evalúa las actitudes y creencias relativas a la medicación. Inicialmente fue creada para la medicación psiquiátrica. Se desarrolló en primer lugar un cuestionario de 30 ítems (DAI-30), sin embargo, la versión de 10 ítems (DAI-10) es más utilizada en la práctica clínica. Cada ítem es una afirmación que ha de ser clasificada como verdadera o falsa. Cada respuesta es puntuada como +1 si es correcta, o -1 si es incorrecta. La puntuación final va desde -10 a +10. Una puntuación más alta indica una actitud más positiva hacia la medicación psiquiátrica [129,130].

### ***Test de Hayness-Sacket (o test del cumplimiento autocomunicado)***

Consiste en preguntar al paciente sobre su nivel de cumplimiento del tratamiento mediante tres preguntas: «¿tiene usted dificultades en tomar los suyos?», «¿cómo los toma?, ¿todos los días, muchos días, algunos días, pocos días o rara vez?» y, «Muchas personas tienen dificultad en seguir los tratamientos, ¿por qué no me comenta cómo le va a usted?». Si el paciente reconoce que tiene dificultad en alguna de las preguntas, se considera que no es adherente al tratamiento [124].

### ***Hill-Bone Compliance Scale***

Este cuestionario solo puede aplicarse a pacientes hipertensos y analiza las barreras para la adherencia y el comportamiento de los pacientes respecto tres aspectos: ingesta de sodio, seguimiento de las visitas médicas y la toma de medicación. Esta escala consta de 14 ítems que son respondidos mediante una escala Likert (nunca, a veces, muchas veces, siempre) [131].

### ***The Medication Adherence Report Scale (MARS o escala informativa de cumplimiento de la medicación)***

Este cuestionario consta de 10 ítems sobre las creencias y barreras para la adherencia. Se trata de una modificación de la escala DAI y el Test Morisky-Green. La puntuación va del 0 al 10. Puntuaciones más altas indican una mejor adherencia, pero este test solo ha sido validado en algunas enfermedades mentales [132,133].

### **Test de Morisky-Green**

Es uno de los cuestionarios más conocidos y utilizados tanto en la práctica clínica como en investigación. La primera versión consta de cuatro preguntas de respuesta dicotómica sí o no, y valora las barreras para una correcta adherencia terapéutica. Este test también se denomina *Medication Adherence Questionnaire (MAQ)* o *4-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4)* (ver Figura 2) [134]. Ha sido validado en una gran variedad de patologías, poblaciones y países [125]. Se considera que el paciente es adherente al tratamiento si responde correctamente a las cuatro preguntas, es decir, No/Sí/No/No [134].

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	Sí	No
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	Sí	No
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	Sí	No
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	Sí	No

**Figura 2: Versión española de la 4-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4)**

Fuente: Val Jiménez A, et al. (1992) [135]

En 2008 se publicó una nueva versión del test con ocho preguntas (*8-item Morisky Medication Adherence Scale* o MMAS-8) y que fue desarrollada a partir de las cuatro preguntas originales (ver Figura 3). Los cuatro ítems añadidos hacen referencia al

comportamiento relativo a la toma de medicación, especialmente, a la infrautilización [136].

1. ¿Olvida tomar su medicina algunas veces?	Sí	No
2. Algunas veces las personas no se toman su medicina por razones diferentes al olvido. Piense en las dos semanas pasadas. ¿Dejó de tomar su medicina algún día?	Sí	No
3. ¿Alguna vez ha tomado menos pastillas, o ha dejado de tomarlas sin decírselo al doctor porque se sentía peor cuando las tomaba?	Sí	No
4. ¿Cuándo viaja o sale de casa olvida llevar sus medicinas algunas veces?	Sí	No
5. ¿Se tomó sus medicinas ayer?	Sí	No
6. Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿deja de tomar su medicina algunas veces?	Sí	No
7. Tomar las medicinas todos los días es realmente incómodo para algunas personas, ¿siente usted que es un fastidio lidiar con su plan de tratamiento?	Sí	No
8. ¿Con qué frecuencia le es difícil recordar que debe tomar todas sus medicinas? Nunca/Raramente... De vez en cuando... A veces... Normalmente.... Siempre...		

**Figura 3: Versión española de la 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8)**

Fuente: Chaves N, Echeverri J, Ballesteros D, et al. (2016) [137]

Este test en todas sus versiones requiere un acuerdo de licencia para utilizarlo.

### ***The Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ)***

Este cuestionario fue validado a través de una cohorte española en relación a la adherencia al tratamiento antirretroviral. Se basa en el test de Morisky-Green, pero con algunas modificaciones relativas a la patología del VIH en particular [138].

Actualmente, además de los test/escalas, encontramos otros métodos como el recuento de la medicación sobrante, que consiste en contar las unidades de dosificación que el paciente ha tomado entre dos citas programadas con el profesional. Para calcular el ratio de adherencia se compara el número del recuento con el número que había recibido el paciente. También se pueden disponer de dispositivos electrónicos, los cuales monitorizan la adherencia mediante el envase de la medicación, denominados también

“Dispositivos Electrónicos de Envasado de Medicamentos” o *EMD*. Además, se supone que la obertura del envase representa la toma de medicación, de manera que es un método bastante objetivo. Estos sistemas ayudan a identificar si la falta de adherencia es esporádica o continuada, ya que los datos pueden ser descargados directamente desde el dispositivo o el propio dispositivo puede transferirlos a un dispositivo del profesional sanitario conectado a la red Wi-Fi. Actualmente, se han diseñado sistemas para integrar la monitorización electrónica en frascos, blísteres, inhaladores o medicamentos inyectables. Entre los más conocidos están los siguientes: Sistema de Monitorización de Eventos de Medicación (MEMS®), Nebulizer Chronolog®, Turboinhaler computer®, Doser®, Cerepak®, Dosepak®, etc. Este método no está exento de limitaciones: tiene un coste elevado, que hace que se utilice de forma exclusiva en el ámbito de los ensayos clínicos, y no se puede descartar que el paciente haya activado el dispositivo deliberadamente para simular un patrón de adherencia o de forma accidental para tomar la medicación. Otro método actual son las aplicaciones en el teléfono móvil, las cuales proporcionan recordatorios sobre la toma de medicación al usuario, se realiza educación sanitaria. En muchas de estas aplicaciones el usuario tiene que registrar la toma de medicación, por lo que queda un registro de la adherencia al tratamiento. Por último, pueden realizarse análisis de los registros de dispensación. Esta metodología se ha incrementado notablemente con la informatización de la salud. Para determinar el grado de adherencia se parte de que la reposición de la medicación por parte del paciente se corresponda con la prescripción médica. Como en el caso anterior, la obtención de la información es sencilla, pero hay que tener en cuenta que el hecho de que el medicamento haya sido dispensado no implica que el paciente se lo haya tomado [124].



#### **4 Aplicabilidad de las Herramientas de Ayuda en la Toma de Decisiones como soporte en la toma de decisiones compartidas en anticoncepción**

En la práctica clínica hay muchas situaciones donde pacientes y profesionales necesitan tomar decisiones juntos. Estas conversaciones van desde discusiones sobre qué intervención prefiere el paciente (por ejemplo, qué anticonceptivo prefiere) hasta discusiones sobre el final de la vida. La diferencia entre estas decisiones no sólo radica en el diagnóstico, la urgencia clínica, los participantes, los roles, la implicación y opciones. Estas decisiones varían en función del problema de salud que hace necesaria la toma de decisiones, qué tipo de resolución debe aportar la toma de decisiones y, en consecuencia, por el modo en que se toman las decisiones [139].

La toma de decisiones en salud tiene como elemento central el papel que desempeñan el paciente y el profesional, es decir, la relación sanitaria entre ambos. Según la relación que se establece entre el profesional y el paciente, y la forma en que se toma la decisión se pueden distinguir tres modelos de tomas de decisiones: paternalista, elección informada y toma de decisiones compartidas. El modelo paternalista es el tradicional en la medicina clínica, el médico determina cuál es el mejor tratamiento para el paciente en base a su conocimiento médico, aplicando una información selectiva para obtener la aprobación del mismo. El paciente ha de contribuir en este tipo de relación siguiendo las directrices del médico. En el otro extremo se sitúa el modelo informativo o de elección informada, en el que se espera un rol mucho más activo del paciente, en el que éste cuestiona la propuesta del médico e influye en la elección final. El rol del médico es más pasivo, limitándose a informar, como experto, de las opciones disponibles, sin emitir recomendaciones, dejando todo el peso de la elección al paciente [140]. El resumen de las características principales de cada modelo está descrito en la Figura 4.

	<b>Modelo paternalista</b>	<b>Modelo de Toma de Decisiones Compartidas</b>	<b>Modelo de Elección informada</b>
<b>Rol del profesional</b>	Activo: posee toda la información y traslada al paciente la mínima legalmente exigible. Toma la decisión.	Activo: Proporciona al paciente toda la información y opciones terapéuticas. Decide junto al paciente, puede recomendar alguna opción.	Pasivo: Proporciona al paciente toda la información y opciones terapéuticas. No toma parte en la decisión.
<b>Rol del paciente</b>	Pasivo: acepta la decisión del profesional	Activo: Obtiene toda la información, forma su opinión, discute con el profesional sobre las opciones, decide junto al profesional.	Activo: decide solo
<b>Flujo de información</b>	Del paciente al profesional	Bidireccional entre paciente y profesional	Del profesional al paciente
<b>Tipo de información facilitada</b>	Médica	Médica y personal	Médica
<b>Responsabilidad de la decisión</b>	Profesional	Compartida y consensuada entre profesional y paciente	Paciente

**Figura 4: Modelos en la de toma de decisiones y sus características principales**

Fuente: elaboración propia, modificado a partir de Villagrán, Ruiz-Granados y González-Saiz [140]

En los últimos años se ha propuesto un modelo en el que el paciente ya no es un simple receptor pasivo de la información proveniente del médico [69], sino un colaborador que trabaja junto al profesional sanitario para alcanzar una decisión común [141]. Se ha pasado, pues, de un modelo centrado en la enfermedad, donde el médico toma todas las decisiones terapéuticas basándose en sus conocimientos y en los datos exploratorios, a un modelo centrado en el paciente, donde éste es un colaborador activo en su propio cuidado y obtiene una atención sanitaria con el objetivo de satisfacer sus preferencias y necesidades individuales, además del consejo y apoyo de los profesionales sanitarios [32,142].

La Toma de Decisiones Compartidas (TDC) es un modelo intermedio entre el paternalista la elección informada, en el que se pretende fomentar los principios de beneficencia y autonomía por igual [143,144]. Los diferentes modelos no son estancos o inalterables, el paciente puede necesitar recurrir a un modelo u otro en función del momento [140].

El término TDC ha sido ampliamente utilizado desde mediados de los 90 aunque el concepto no siempre ha sido el mismo [145]. Términos como: proceso de decisión informada, proceso de decisión compartida informada, implicación del paciente, cuidado centrado en el paciente, elección del paciente, basada en la evidencia o asociación; han sido utilizados como sinónimos de TDC. Charles [32,146] definió cuatro pilares principales del modelo de TDC: implica, como mínimo, a paciente y médico; ambas partes comparten información entre sí; participan, de forma deliberativa, en el proceso de decisión expresando sus preferencias; y se llega a una decisión sobre el tratamiento consensuada. Por otro lado, Coulter propuso una definición muy similar a la de Charles, poniendo el foco en la co-responsabilización, tanto del intercambio de información, implicación en el proceso deliberativo y propiedad de la decisión tomada [147]. Por su parte, Towle y Godolphin, definen la TDC como un proceso similar al de Charles y Coulter pero en el que paciente y médico están adecuadamente informados (es decir, disponen de la información clínica basada en evidencia y de las características personales y valores del paciente) [148,149]. Aquí, por tanto, se acentúa el carácter de la información intercambiada y la calidad de la misma [150].

Para llevar a cabo la TDC se han propuesto distintos procedimientos según las instituciones y/o países, aunque todos incluyen los mismos aspectos a tener en cuenta. Estos aspectos incluyen: desarrollar una relación de confianza entre el profesional y el paciente en un entorno empático y de calidez (es importante que exista una comunicación fluida y facilitar el discurso del paciente); explorar y determinar las preferencias del paciente sobre la información que desea recibir (formato y cantidad); explorar las preferencias del paciente acerca de su papel en la TDC (nivel de participación tanto suya como de amigos o familiares) ; responder a las preguntas, preocupaciones y expectativas de los pacientes; identificar las posibles opciones y valorar la evidencia en el contexto individual del paciente ; aportar la información basada en evidencia y ayudar al paciente a reflexionar y a evaluar las consecuencias de las opciones en relación con sus valores y preferencias; negociar la decisión entre paciente y profesional, y resolver posibles conflictos; y, por último, acordar un plan de tratamiento y planificar el seguimiento [143,151].

En la práctica clínica históricamente partimos de un paradigma paternalista, que poco a poco ha ido avanzando hacia un modelo de relación respetuosa y deliberativa [31], en el que la/el usuaria/o expone sus necesidades y el clínico proporciona información actualizada de las opciones disponibles que mejor se adaptan a su situación, para que sea la/el usuaria/o quien elija. [32]. En España, el Sistema Nacional de Salud (SNS) incorporó, mediante la Ley 41/2002, el reconocimiento a la capacitación del paciente para tomar decisiones sobre su propia salud [30].

El interés que ha despertado la TDC ha permitido el desarrollo de numerosos instrumentos para la evaluación de su implementación en consulta y la satisfacción generada con el asesoramiento recibido. Destacan la *Preparation for Decision-Making Scale* [152], para la fase preparatoria del momento de toma de decisión, *OPTION* [153] para el proceso deliberativo, *COMRADE* [154] para la evaluación de los resultados de la decisión, y la *Satisfaction with Decision scale (SWD)* para evaluar la satisfacción. No obstante, faltan estudios comparativos entre ellos [155].

#### ***Preparation for Decision-Making Scale***

Esta escala evalúa la percepción del paciente sobre la utilidad de una ayuda para la toma de decisiones (HATD) u otra intervención de apoyo a la toma de decisiones para ayudar al paciente a comunicarse con su médico durante la visita en consulta y a tomar una decisión sanitaria. Este cuestionario ha de pasarse al paciente después de la visita con el profesional. Las puntuaciones van de 0-100, contra más elevada la puntuación, mayor nivel percibido de preparación para la toma de decisiones [152].

#### ***OPTION (Observing patient involvement)***

Es un instrumento basado en ítems desarrollado para evaluar la toma de decisiones compartidas específicamente en el contexto de la práctica general, pero se pretende que sea lo suficientemente genérico como para utilizarlo en todo tipo de consultas en la práctica clínica. La escala *OPTION* está diseñada para evaluar el proceso general de toma de decisiones compartidas. En resumen, examina si los problemas están bien definidos, si se formulan las opciones, si se proporciona información, si se evalúa la comprensión y la preferencia del paciente, y si se examinan las decisiones tanto desde el punto de vista profesional como del paciente [156].

### ***COMRADE (Combined outcome measure for risk communication and treatment decision making effectiveness)***

*COMRADE* es una escala de 20 ítems en dos factores para evaluar resultados basados en la comunicación de riesgos al paciente y la eficacia de la toma de decisiones de tratamiento. El objetivo era utilizarlo junto con otras tres medidas relevantes para la evaluación de la evaluación de las intervenciones sobre la comunicación y la comunicación y la toma de decisiones en las consultas: SF-12 genérica de calidad de vida [157], el instrumento de ansiedad abreviado de ansiedad [158] y el instrumento de capacitación del paciente [159][154].

### ***Satisfaction with Decision (SWD) scale***

La escala SWD de seis ítems es un instrumento fiable y válido que mide la satisfacción del paciente con una decisión en atención sanitaria. Una mayor satisfacción medida con la SWD se correlacionó con niveles más bajos de conflicto en la toma de decisiones y una mayor confianza en la decisión, dos constructos que se espera que influyan en los resultados de la decisión [155]. A día de hoy, este estilo de relación colaborativa sigue sin haberse establecido como norma, a pesar de que se traduce en una mejora en la atención sanitaria con una mayor satisfacción de los pacientes y los profesionales y mejor resolución de los problemas que han motivado la consulta, además de un mayor cumplimiento terapéutico [160–162].

La falta de información es una queja común entre los pacientes que manifiestan insatisfacción respecto a una entrevista clínica. Muchos de estos desearían haber obtenido más información i/o también afirman no comprender al 100% la información que sí se les ha ofrecido [139,163]. Esto puede deberse tanto a que un porcentaje significativo de estos pacientes no demanda esta información en muchos casos como a la falta de conocimientos de los profesionales acerca de los detalles de las preguntas clínicas que se les plantean. Por otra parte, también puede ser consecuencia de que el profesional, aunque conocedor de la evidencia científica, no tenga aptitudes comunicativas para relacionarse con los pacientes y ofrecerles esta información de manera adaptada a sus capacidades de comprensión [164].

En un estudio observacional llevado a cabo en las consultas de 97 médicos de familia de 5 provincias diferentes se constató que la implicación real del paciente en la toma de decisiones era de apenas el 36%. Esto podría deberse a que muchas veces éste tiene una confianza ciega en el profesional o simplemente prefiere delegar en él la responsabilidad de decidir, o a que, como se ha comentado antes, las estrategias comunicativas del profesional no invitan al paciente a la participación [160,161].

La aplicación del modelo de TDC se topa con barreras tanto desde el extremo del personal sanitario: en cuanto a tiempo, carga asistencial, incomodidad al ceder parte del control, falta de evidencia científica, mayor conocimiento del modelo y entrenamiento en la comprensión de la perspectiva del paciente; como del extremo de los pacientes, algunos de los cuales no poseen un nivel de estudios base suficiente que les permita entender fácilmente y rápidamente los problemas complejos que con frecuencia están involucrados en las decisiones médicas [164].

La aplicación de la TDC en consulta hace que los pacientes se enfrentan diariamente a situaciones en las que se deben tomar conjuntamente decisiones relacionadas con el proceso diagnóstico y/o las diferentes opciones de tratamiento. Los profesionales que analizan la toma de decisiones en salud han propuesto que la calidad decisional está compuesta por los conocimientos del paciente sobre el contexto clínico, el conflicto decisional y la satisfacción con el cuidado [165]. Por lo tanto, mediante la medición del conflicto decisional se puede valorar de forma indirecta la calidad decisional durante la toma de decisiones [166].

### Conflicto decisional

Janis y Mann definieron el conflicto decisional como "la presencia de tendencias opuestas al interior del individuo que lo llevan a aceptar o rechazar un curso de acción determinada" (Janis et al, 1977) [167]. Para O'Connor, el conflicto decisional es un estado de incertidumbre sobre qué decisión tomar cuando el paciente debe enfrentar más de una opción de tratamiento [168], produciéndose durante el período de toma de decisiones y después de la decisión [169].

En este caso, existen múltiples factores que pueden influir en el conflicto de decisional como la edad, el género, la raza, el origen étnico, el conocimiento, la presión social, las complicaciones, las expectativas y valores poco realistas [43,170].

En ocasiones nos podemos encontrar durante la consulta clínica que el proceso de la toma de decisiones compartidas no funciona de manera óptima debido a la información insuficiente aportada, la carencia de soporte o exceso de presión por parte del profesional o poca claridad acerca de los valores del paciente. Entonces, es probable que, debido a que ocasiona una incongruencia entre el método escogido y las preferencias y necesidades del paciente, se produzca un alto grado de conflicto decisional [35,36,40]. Como consecuencia de todo ello, puede producirse un aumento en el estrés, una demora en la toma de decisiones, una baja adherencia al tratamiento, la insatisfacción del paciente, un peor resultado de salud y una baja calidad de vida [35–39]. Por consiguiente, el aumento de la percepción del paciente de la toma de decisiones compartidas en salud se ha correlacionado con niveles más bajos de conflicto decisional y menos arrepentimiento con la decisión tomada [43–46].

Por otra parte se ha observado una alta frecuencia de conflicto decisional en las consultas de atención primaria [35], en las que el asesoramiento anticonceptivo es una de las intervenciones más realizadas [19]. Durante el asesoramiento anticonceptivo los pacientes pueden enfrentarse a diferentes alternativas de métodos anticonceptivos a elegir. La elección del método anticonceptivo es una decisión compleja, ya que influyen factores como el coste, los conocimientos sobre el tema, el asesoramiento recibido por parte del profesional, los valores y preferencias de las personas [18].

El Modelo Conceptual de Apoyo a la Toma de Decisiones en Salud de Ottawa validó, mediante un estudio desarrollado en la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile con el apoyo de la Universidad, entre los años 1999 y 2004, una escala para identificar el conflicto decisional y los factores que le influyen [56].

La Escala de Conflicto Decisional (ECD) fue adaptada de la *Decisional Conflict Scale* (DCS) [55], desarrollada por O'Connor, en respuesta a la falta de instrumentos disponibles para evaluar la necesidad de apoyo decisional de los usuarios en salud. El marco de referencia utilizado para su desarrollo es amplio, por lo que permite su aplicación en diferentes contextos [41].

Por otro lado, Dolan desarrolló la *Provider Decision Process Assessment Instrument* (PDPAI) para evaluar la toma de decisiones desde la perspectiva del profesional. Se trata de un cuestionario de 12 ítems que mide el grado de comodidad de un profesional sanitario con una decisión médica. Este instrumento se creó adaptando los 12 ítems de la

*Decisional Conflict Scale* de O'Connor para reflejar cuestiones equivalentes desde la perspectiva del profesional sanitario [171].

### Herramientas de Ayuda a la Toma de Decisiones

Un elemento de apoyo en la TDC es la utilización de Herramientas de Ayuda para la Toma de Decisiones (HATD) [72,172–174].

Las HATD son un soporte complementario durante el asesoramiento realizado por los profesionales sanitarios, con el objetivo de ayudar a los pacientes a deliberar sobre sus opciones diagnósticas y/o terapéuticas teniendo en cuenta sus valores, necesidades y preferencias. Suelen utilizarse en situaciones en que es necesario elegir entre diferentes opciones, ninguna de las cuales se puede afirmar mejor que otra [144,175]. La presentación de las HATD es variable: podemos encontrarlas en formato folleto, programas informáticos, DVDs o herramientas interactivas para su uso online o en la consulta [71].

Las HATD se diferencian de los materiales educativos habituales utilizados en salud porque se ocupan de manera detallada, específica y personalizada, de las opciones y posibles resultados, con el fin de que paciente y profesional tengan toda la información y se puede tomar una decisión, mientras que los materiales habituales tienen una perspectiva amplia, ayudando a las personas a entender su diagnóstico, tratamiento y atención, en términos generales, pero no favorece la TDC durante el proceso decisional [72].

Éstas pueden presentarse en diferentes formatos, tanto gráficos, ilustraciones, folletos, textos, videos, audios, páginas webs, etc., y se pueden aplicar en cualquier especialidad médicas. Las diferentes opciones pueden presentarse mediante diversos formatos; últimamente se suelen utilizar tablas en las que se presentan todas las opciones juntas y se van explicando las distintas características de cada una en diferentes formatos para mejorar su comprensión. [176].

Se pueden distinguir tres tipos de HATD en función del momento y la forma en que se utilicen. En primer lugar, las HATD utilizadas por los profesionales durante el asesoramiento. Este tipo de HATD muestra la información con frases cortas o gráficos, y pueden ser compartirse con el paciente fácilmente en consulta a través de un ordenador.

Ayudan al profesional a que haga partícipe al paciente, fomentando una discusión acerca de sus necesidades y preferencias. Estas herramientas no están diseñadas para ser utilizadas fuera de la consulta, ya que no contienen información suficiente para que se entienda la información sin el apoyo del profesional sanitario. Están diseñadas para adaptarse a la limitación de tiempo y al flujo de trabajo del profesional y requieren un mínimo de entrenamiento para su uso. En segundo lugar, las HATD que pueden utilizarse independientemente del asesoramiento en consulta. La mayoría de las HATD se han diseñado bajo este criterio, ya sea antes de una primera consulta de asesoramiento, para que el paciente llegue mejor informado y pueda tener una mayor participación en la TDC o después de la misma, para clarificar la información recibida durante la visita. Contienen información comprensible y guiada. La mayoría de ensayos clínicos se han llevado a cabo con este tipo de intervención. Por último, las HATD que se utilizan a través de redes sociales. Debido a que las nuevas tecnologías, cada vez más se está realizando interacciones paciente-paciente a través de las redes sociales, mediante grupos de Twitter, Facebook o foros de discusión que pueden auto-organizarse en torno a las enfermedades o síntomas. Estos grupos son parte del entorno de la información que los pacientes buscarán y utilizarán, y hoy en día son ya una realidad, aunque quedan dudas de si los contenidos están suficientemente basados en la evidencia o, por el contrario, sujetos a sesgos [177].

Es necesario aclarar que las HATD no se han de utilizar para aconsejar al paciente sobre una opción y otra, ni tampoco sustituyen la consulta de asesoramiento con el profesional, sino que funcionan como una guía para el paciente sobre todas las opciones disponibles para que, mediante una TDC con el profesional, se pueda tomar una decisión. Así pues, el objetivo principal es que el paciente, junto al profesional sanitario y su entorno, tome sus propias decisiones en salud, mediante información basada en evidencia científica actualizada, según sus valores y preferencias. Por otro lado, se ha de tener en cuenta que las HATD no predicen el resultado de un tratamiento, sino que plantea los posibles efectos que pueden ocurrir en base a cada opción, teniendo en cuenta la última evidencia. Las opciones se describen de forma detallada para que el paciente se haga una idea de los posibles efectos físicos, emocionales y sociales que experimentará y así, elegir la opción que le resulte más beneficiosa teniendo en cuenta los posibles daños [71].

La utilización de las HATD promueve una mejor relación terapéutica a la vez que enfatiza en su autonomía y aumenta su implicación en su salud, fortaleciendo su capacidad para decidir. Al presentar información objetiva y detallada, se aumenta el conocimiento del paciente y, en consecuencia, éste puede formarse unas expectativas realistas sobre su futuro al tomar la decisión. De esta forma, el paciente se siente más seguro con la opción terapéutica que va a recibir y toma conciencia de lo que podrá ocurrir durante el proceso, incluidos los posibles riesgos que se le han expuesto. Se ha demostrado que las HATD aumentan el conocimiento de los pacientes y disminuyen el conflicto decisional, en comparación con el asesoramiento habitual, ya que se sienten más informados sobre las opciones y más seguros con la decisión tomada [72,172–174]. Además, existe evidencia de que las HATD estimulan a los pacientes a tener un rol más activo en la TDC, contribuyen a que el paciente tenga una percepción de riesgo sobre las opciones más exacta y permiten que la decisión tenga mayor congruencia con los valores del paciente [53]. Por último, autores señalan que el asesoramiento mediante una HATD otorga una mayor satisfacción del paciente con la decisión tomada, así como una reducción en el arrepentimiento frente a posibles efectos adversos y una reducción del estrés [172,173].

El desarrollo de las HATD empezó en 1999 y, desde entonces, se ha extendido su uso, sobretodo por EEUU, Europa y Australia [173,174]. La problemática surgió años más tarde, cuando empezaron a crearse HATD con distintas estrategias y propósitos, sin ninguna guía o criterios que guiasen su creación. Es por ello que, en el año 2003, en la Conferencia Internacional sobre Toma de Decisiones Compartidas (*ISDM Conference, International Shared Decision Making*) en Gales [173,174], se creó la *International Patients Decisions Aids Standards* (IPDAS), formada por más de 100 investigadores de 14 países, con la finalidad de determinar los criterios standard para la elaboración de HATD. Se llegó al acuerdo en que las HATD han de estar estandarizadas, y deben someterse a un proceso de evaluación de calidad [178,179].

El principal propósito de estos criterios es mejorar la calidad y efectividad de las HATD, creando un marco compartido de información basado en la evidencia científica disponible, y unos ejes sobre los que basar los contenidos, el desarrollo y la evaluación de las mismas [71]. Estos criterios están clasificados en tres dominios para evaluar la calidad: contenido clínico, proceso de desarrollo y evaluación de la eficacia de las ayudas en la decisión del paciente.

## **Evaluación y Validación de una Herramienta de Ayuda a la Toma de Decisiones**

El ámbito de creación de las HATD ha ido cambiando significativamente. Se han ido publicando nuevas HATD (incluyendo HATD en formato web) cada vez con más detalles sobre su proceso de desarrollo. Algunos autores enfatizan algunos aspectos sobre otros, aunque la mayoría hace referencia a algunos elementos comunes

En el año 2013, el Gobierno de España elaboró un Manual con criterios de evaluación y validación de las Herramientas de Ayuda para la Toma de Decisiones [71]. Un manual que establece las etapas a seguir a la hora de desarrollar una HATD, tomando como referencia los criterios del grupo IPDAS. Estos criterios, publicados en 2005, sirven de base para una amplia variedad de personas y organizaciones que utilizan y/o desarrollan ayudas para la toma de decisiones de los pacientes [178,180].

Este manual de evaluación y validación [71], además de lo comentado, incide en la importancia de dejar constancia de la fuente de financiación de desarrollo y distribución de la HATD [71].

En relación a la información que debe proporcionar una HATD, refiere que se deben exponer todas las opciones de tratamiento, beneficios potenciales y efectos secundarios, así como incluir cómo se espera que se desarrolle la enfermedad sin tratamiento. Toda la información incluida en la HATD debe ser una síntesis de la evidencia científica evaluada y actualizada. Contempla que un aspecto a incluir sea la utilización de historias personales, las cuales pueden ser presentadas como texto en folletos (que pueden tener fotos y/o imágenes), en formato de audio y/o archivos de video (a través de DVD y/o internet), o como encuentros cara a cara. Relacionado con este punto, es importante tener en cuenta la alfabetización en salud de las HATD para permitir a la población general obtener, procesar y comprender la información que se le ofrece para tomar decisiones apropiadas a sus preferencias. En algún momento, mediante la utilización de la HATD, se ha de favorecer una comunicación de doble sentido para verificar el entendimiento, clarificar las preferencias de los pacientes informados y discutirlos [71].

La efectividad de las HATD se debe valorar para contribuir a mejorar dos aspectos: la calidad del proceso de toma de decisiones y la calidad de la decisión tomada. Por último, se debe facilitar la publicación de la HATD por internet. En este caso, además, se debe diferenciar la información, según a quién va dirigida: pacientes o profesional sanitario.

Mediante la difusión de la HATD a través de internet, se debería ofrecer la posibilidad de descarga de material soporte en formato papel [71].

### **Herramientas de Ayuda a la Toma de Decisiones en anticoncepción actuales**

En los últimos años se han creado diferentes HATD en anticoncepción, sin embargo, no se han seguido en ellas, los mismos criterios para su proceso de diseño y desarrollo (Ver Anexo I). La oferta de herramientas disponibles para ayudar a elegir un método anticonceptivo a los pacientes, aunque es amplia, es dispar (ver Figura 5).

A excepción de las herramientas publicadas por la OMS, Mayo Clinic y “Anticoncepción” [3], ninguna menciona los criterios IPDAS [75].

La mayoría de HATD en anticoncepción se encuentran disponibles en inglés. Si bien en un formato no digital puede ser que exista alguna HATD en castellano (excluyendo la de la OMS), actualmente en el contexto de nuestro país, a parte de la HATD “Anticoncepción” no existe ninguna en formato digital (web, blog, aplicación web o app) que cumpla con los criterios de calidad IPDAS, y además esté disponible en nuestro idioma. Tampoco se encontró ninguna que compare específicamente los anticonceptivos hormonales a excepción de “Anticoncepción” [3].

La mayoría se presentan como recursos web (tan solo un par están en formato App) que ofrecen información sobre cada método anticonceptivo, generalmente clasificados según su mecanismo de acción, con posibilidad de descargar la información en formato pdf. Muchas de ellas presentan calidad visual y contenidos destacables. La información que se ofrece sobre cada método anticonceptivo es básica, ofreciendo su eficacia y protección frente a ITS. En algunos casos aislados también se ofrece información sobre la actuación en caso de olvido de una píldora anticonceptiva.

Otra característica que se observa es que, en pocas de ellas, se pueden seleccionar aspectos del método, que actúen como filtro para presentarlos. Algunas de las HATD ofrecen la posibilidad de introducir datos de salud o responder un cuestionario para, en función de las respuestas, ofrecer los métodos que mejor se adapten a las usuarias.

Con relación a aportar historias reales, muy pocas HATD ofrecen esa opción. Un aspecto que llama la atención es que una de las HATD ofrecía acceso a chat con un profesional.

Por último, respecto a la facilidad de uso la mayoría de las herramientas presentaban una usabilidad correcta, a excepción de la herramienta de la OMS la cual dada su extensión

requiere de un entrenamiento previo en su uso; de hecho, hay disponible un documento dedicado a este fin, por lo que no la consideramos como una herramienta a recomendar para el uso en independiente por parte de la usuaria.

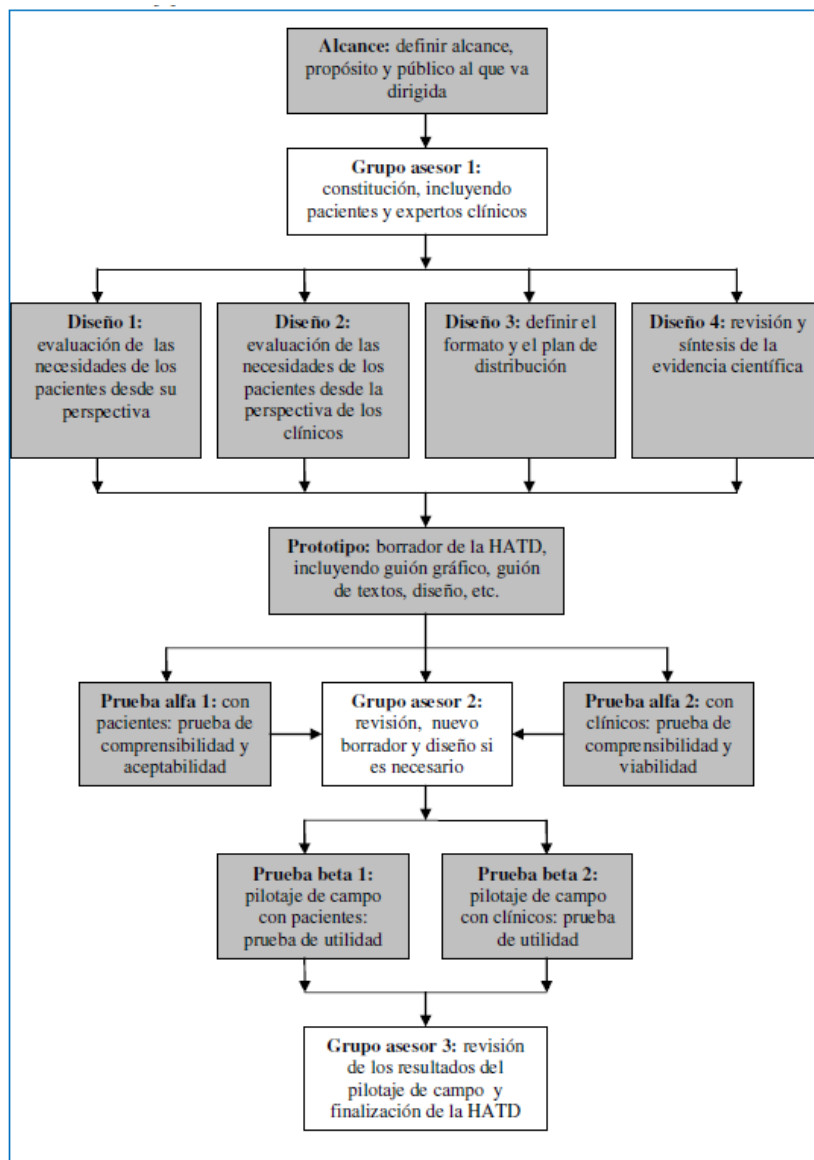


**Figura 5: Herramientas de Ayuda a la Toma de Decisiones sobre anticoncepción publicadas.**  
Gráfico de elaboración propia.

### **5 Proceso de diseño y creación de la HATD “Anticoncepción”**

En el año 2017, se inició el proyecto de diseño y desarrollo de la HATD “Anticoncepción”, la cual se llevó a cabo en dos etapas: en la primera se diseñó la HATD en anticoncepción hormonal; y en la segunda etapa, se incluyeron todas las opciones anticonceptivas (hormonales y no hormonales). Este proyecto fue promovido y financiado por la *Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries (AQuAS)* de Catalunya y por el *Servei Català de la Salut*; y siguió las recomendaciones del Modelo de Ottawa [180] para su elaboración, teniendo en cuenta los criterios IPDAS [75] y las etapas descritas por La Agencia de Evaluación, Tecnologías y Prestaciones del Sistema Nacional

de Salud (SNS), para la evaluación y validación de una HATD que se describen a continuación (Figura 6) [71].



**Figura 6: Fases de diseño y desarrollo de una HATD**

Fuente: Perestelo-Pérez L et al. (2013) [71]

Las etapas descritas por La Agencia de Evaluación, Tecnologías y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (SNS) [71], para la evaluación y validación de una HATD, contemplan que, en primer lugar, se ha de establecer el alcance, a quién va dirigida la HATD que se va a desarrollar. En segundo lugar, se forma el grupo asesor, un grupo de interés que asesora el proceso de desarrollo, evaluación e implementación de la herramienta.

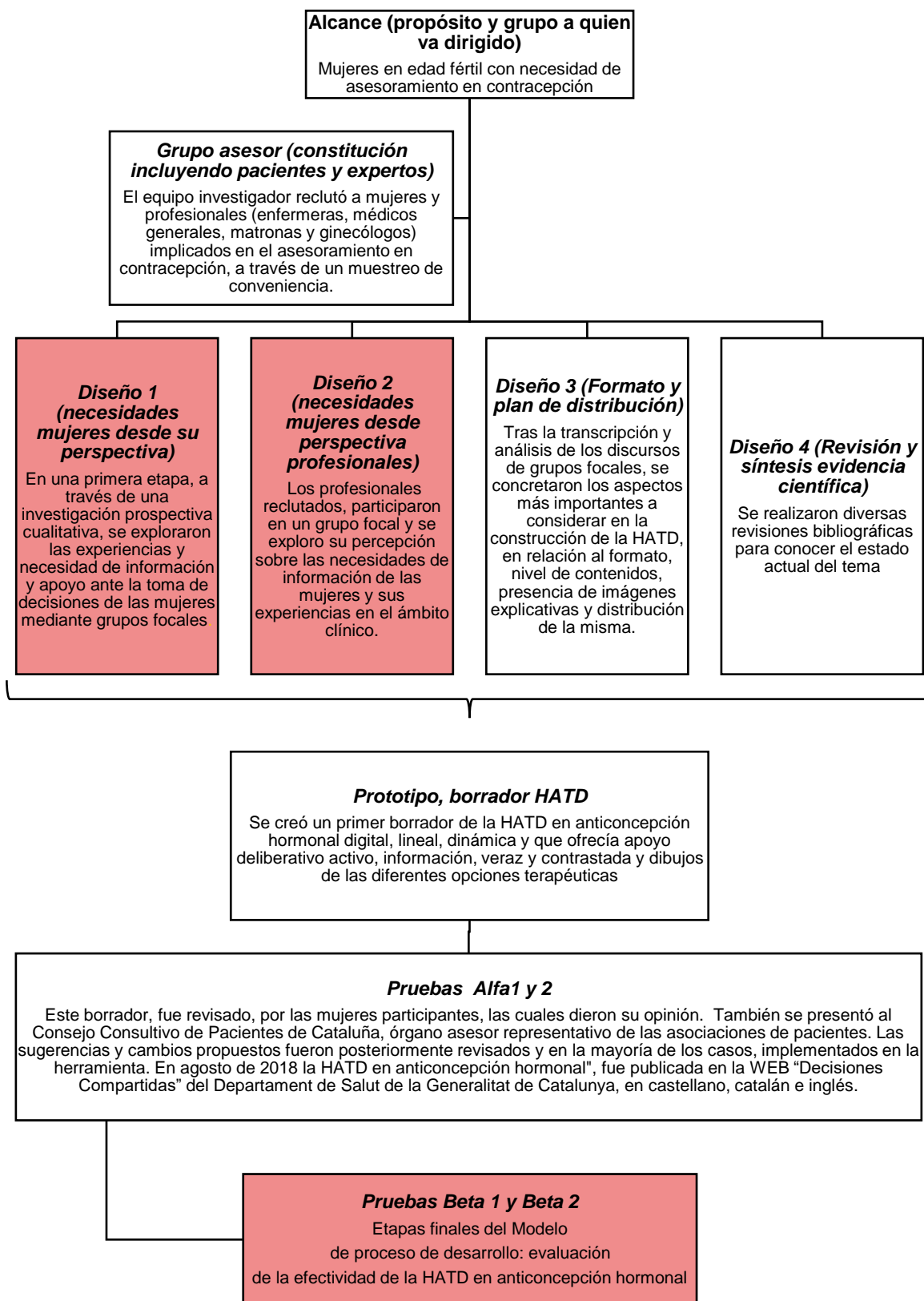
A continuación, se presentan las etapas de diseño 1 y 2, en las que se extrae información sobre las necesidades de información y de apoyo para la decisión en salud que corresponda. En la etapa diseño 3, se concretan los aspectos más importantes a considerar en la construcción de la HATD en relación al formato, nivel de contenidos, presencia de imágenes explicativas y distribución de la misma. Se continúa con el diseño 4, en el que se realizan diversas revisiones bibliográficas para conocer el estado actual del tema.

Una vez realizadas las etapas de diseño, se pasa a realizar un prototipo o borrador de la HATD con guion gráfico, texto, diseño web, vídeos...según el formato que se quiera presentar. Durante el pilotaje de campo Alfa 1 y 2 se produce una retroalimentación directa del prototipo por parte del grupo asesor y/o otras personas implicadas en el proceso de desarrollo.

Por último, las pruebas beta 1 y 2, son las etapas finales del Modelo de proceso de desarrollo de una HATD, en las que se realiza la evaluación de la efectividad de la HATD en la práctica clínica.

En 2017 se inició la primera etapa del proyecto de diseño y desarrollo de la HATD anticoncepción, siguiendo las etapas de diseño de una HATD del SNS anteriormente descritas (ver Figura 7). Se decidió empezar por la anticoncepción hormonal debido a su complejidad y puesto que es la que presentaba más dudas en la población.

En una primera etapa, se planteó una investigación cualitativa mediante grupos focales para recopilar información sobre las experiencias, necesidad de información y apoyo en la TD en anticoncepción de las mujeres y profesionales implicados en anticoncepción. Una vez desarrollado y presentado el prototipo de la HATD en anticoncepción hormonal a las mujeres participantes y al Consejo Consultivo de Pacientes de Cataluña, se publicó en la web de Gencat “Decisiones Compartidas” [21] en Agosto de 2018.



**Figura 7: Primera etapa del proyecto: diseño, desarrollo y evaluación de la HATD en anticoncepción hormonal.**

Esquema de elaboración propia basado en las fases de desarrollo de una HATD de Perestelo-Pérez L et al. (2013) [71]

A continuación, en el año 2019, se inició la segunda etapa, en la cual se propuso añadir el resto de métodos anticonceptivos a la HATD “Anticoncepción”. En esta segunda etapa se siguieron, otra vez, todos los pasos anteriormente descritos.

Una vez finalizada la segunda etapa del proyecto, en marzo de 2021 se publicó en la web “Decisiones Compartidas” del *Departament de Salut* de la Generalitat de Catalunya la HATD “Anticoncepción”, que contempla todos los métodos anticonceptivos actualmente comercializados en España (hormonales y no hormonales) [3].

En su página principal describe brevemente la herramienta y muestran los 6 apartados que contiene: *1- Información general sobre anticoncepción, 2-Métodos, 3-Compara tus opciones, 4-¿Cuáles son tus preferencias?, 5-Historias personales y 6-Preguntas frecuentes*. Además, consta de un apartado o banner al que denomina recurso para profesionales (ver Figura 8).

The screenshot shows the main page of the 'Anticoncepción' tool. At the top, the title 'Anticoncepción' is displayed in a light grey bar, accompanied by social media icons for Twitter, Facebook, Telegram, WhatsApp, and YouTube. Below the title, there is a paragraph of introductory text explaining the tool's purpose: 'Esta Herramienta de ayuda a la toma de decisiones te permitirá conocer todos los métodos de anticoncepción disponibles, para poder escoger el que se adapte mejor a tu estado de salud, necesidades y preferencias personales.' To the right of this text is a yellow button labeled 'Recursos para profesionales'. Below the introductory text, there are several lines of smaller text providing more details about the tool's development and the team involved. At the bottom of the page, there is a navigation menu with six categories, each represented by an icon and a text label: 'Información general' (with an information icon), 'Métodos' (with a crosshair icon), 'Compara tus opciones' (with a scales icon), '¿Cuáles son tus preferencias?' (with a checklist icon), 'Historias personales' (with a group of people icon), and 'Preguntas frecuentes' (with a question mark icon). The page also includes publication and revision dates: 'Fecha de publicación: Marzo 2021' and 'Fecha de revisión: Marzo 2023'.

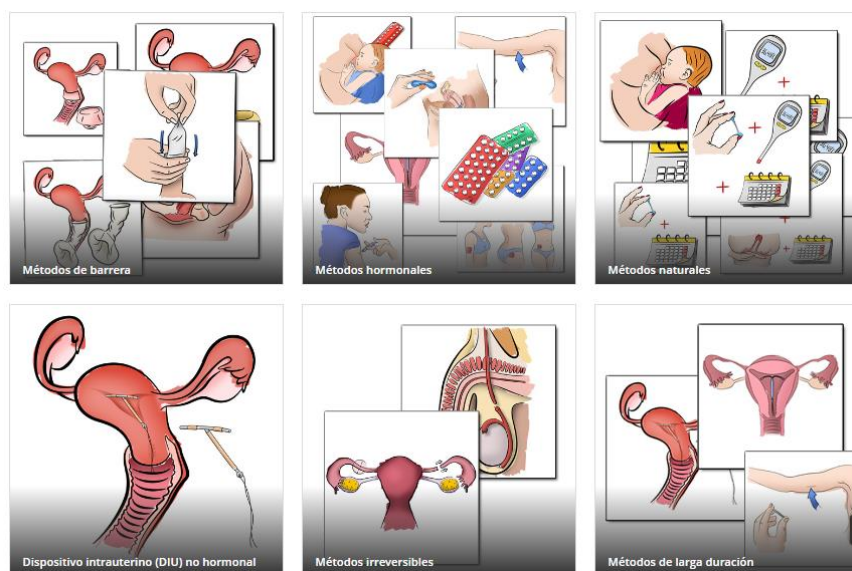
**Figura 8: Página principal de la HATD en anticoncepción “Anticoncepción”**

Fuente: extraído de la HATD “Anticoncepción” en la web “Decisiones compartidas” [3]

En el apartado 1, *Información general*, hallamos información sobre qué son los métodos anticonceptivos, la importancia de la anticoncepción para evitar embarazos no

planificados, aspectos a tener en cuenta para decidir qué anticonceptivo es el más adecuado para la usuaria/pareja, qué método es el más utilizado en España, pruebas necesarias para iniciar un método anticonceptivo hormonal, qué hacer en caso de fallo del método anticonceptivo que se está utilizando y, finalmente, se describen los tipos de anticonceptivos que existen.

En el apartado 2, *Métodos*, se clasifican los diferentes métodos anticonceptivos según sean de barrera, hormonales, naturales, intrauterinos, irreversibles y/o de larga duración (ver figura 9). En cada grupo, se detallan los métodos correspondientes y se ofrece información sobre cómo funciona, eficacia, cambios en la menstruación, utilización, qué hacer en caso de fallo u olvido, reversibilidad de la fertilidad, efectos adversos, ventajas, inconvenientes y precio. Información que puede descargarse en PDF.



**Figura 9: Apartado de métodos anticonceptivos de la HATD en anticoncepción “Anticoncepción”**

Fuente: extraído de la HATD “Anticoncepción” en la web “Decisiones compartidas” [3]

En el apartado 3, *Compara tus opciones*, se abre una página en la que hay 5 tablas comparativas resumidas para métodos naturales, métodos hormonales, métodos de barrera, métodos irreversibles, y DIU no hormonal. Estas tablas también pueden descargarse en formato pdf.

En el apartado 4, *¿Cuáles son tus preferencias?*, hay un algoritmo de toma de decisiones que, mediante preguntas, aconseja al usuario sobre el método o métodos anticonceptivos más adecuados de acuerdo con sus preferencias personales y su estado de salud, según las recomendaciones de Criterios médicos de elegibilidad para el uso de los métodos anticonceptivos y en las Recomendaciones de prácticas seleccionadas para el uso de

anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) [8,99]. En el Anexo II se presentan algunas ilustraciones sobre las diferentes pantallas que se encuentran los usuarios durante la realización el algoritmo.

En el apartado 5, *Historias personales*, se encuentran vivencias personales de usuarios sobre el uso de los diferentes métodos anticonceptivos, con el objetivo de ayudar a los usuarios a elegir un método.

En el apartado 6, *Preguntas frecuentes*, se recogen preguntas habituales relacionadas con los métodos en general, métodos de barrera, métodos hormonales, la píldora del día siguiente o píldora poscoital o del día después, métodos naturales, dispositivo intrauterino (DIU), métodos irreversibles y métodos de larga duración.

Es importante señalar que en cada apartado donde se ofrece información específica de cada método anticonceptivo, así como en la tabla comparativa, aparece una ilustración original de cada método anticonceptivo para que el usuario se pueda familiarizar con él.

Por último, el apartado *de Recursos para profesionales* está diseñado para ayudar a los profesionales a mejorar el asesoramiento anticonceptivo. En la parte superior de la página hay un video, elaborado por las investigadoras del proyecto, en el que se muestra cómo realizar el asesoramiento contraceptivo con el apoyo de la HATD “Anticoncepción”.

A continuación, en unas tablas, se expone como debe desarrollarse el encuentro entre el clínico y la usuaria y cuáles son los aspectos sobre el/los método/s anticonceptivo/s, que deben conocer las usuarias antes de elegir el que mejor se adapte a sus necesidades, valores y preferencias. En la parte final, aparecen todos los métodos anticonceptivos actualmente comercializados en España, las marcas disponibles, los principios activos y el perfil clínico al que va dirigido el método (ver Figuras 10 y 11).

ANTICONCEPTIVOS ORALES (NOMBRE COMERCIAL)	TIPO DE PROGESTERONA	PERFIL CLÍNICO
De segunda generación		
Microgynon, Ovoplex <sup>®</sup> (50µg), Rigevidon <sup>®</sup> Triagynon, Tricliclor (trifásicos)	Levonorgestrel	Puede ayudar a regular ciclos. Puede usarse para reducir el hirsutismo.
Edelsín <sup>®</sup> , Liberelle <sup>®</sup>	Norgestimato	
Loette <sup>®</sup> , Linelle <sup>®</sup> , Levobel <sup>®</sup> , Anaomi <sup>®</sup> , Keriette <sup>®</sup> , Levesialle <sup>®</sup> , Tricen <sup>®</sup>	Levonorgestrel	Puede usarse si hay alteraciones de la libido.
Seasonique	Levonorgestrel	Si desea reducir su número de reglas a cuatro al año.
Sibilla <sup>®</sup> , Donabel, Ailyn, Oedien <sup>®</sup> , Verenzana <sup>®</sup> , Cecilia <sup>®</sup> , Danielle	Dienogest (30 µg EE)(20 µg EE)	Puede regular ciclos en caso que no se consiga con los otros anticonceptivos.
Qlaira (cuatrfásico)	Dienogest	
De tercera generación		
Suavuret, Bemasive	Desogestrel	Puede ayudar a regular ciclos.
Harmonet, Drosiane, Melteva, Meliane Tri-Minulet, Trigynovin, Gestinyl (trifásicos)	Gestodeno	
Gracial (bifásico)	Desogestrel	
Minulet, Tevalet, Gynovin	Gestodeno	
Minesse, Melodene	Gestodeno (15µg EE)	
Otros preparados (con etinilestradiol)		
Yasmin, Aranka, Drosure, Yira, Liofora, Yaz, Drelle, Palandra, Cleosensa, Cleodette, Antin	Drosperinona (30µg EE)	Si la paciente tiene miedo a engordar. En casos de mastalgia. Reduce la tensión premenstrual. Reduce el hirsutismo.
Yasminelle, Dretinelle, Drospil, Drosurelle, Drosianelle Daylette, Drosbelalle, Drosbellaflex, Arankele	Drosperinona (20µg EE)	
Zoely	Nomegestrol	Puede ayudar a regular ciclos.
Belara, Balianca, Elynor	Acetato de clormadinona	Puede usarse para reducir el hirsutismo.
Diane-35, Gyneplen, Diacare	Acetato de ciproterona	







**Figura 10: Tabla de anticonceptivos hormonales orales comercializados en España**

Fuente: extraído del apartado *Recursos para profesionales* de la HATD “Anticoncepción” en la web “Decisiones compartidas” [3]

Esta información puede descargarse en formato pdf para mayor comodidad del profesional. (ver Figura 11).

## DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

[http://decisionescompartides.gencat.cat/es/decidir-sobre/anticoncepcio/decidir-sobre/anticoncepcio/recursos\\_professionals/](http://decisionescompartides.gencat.cat/es/decidir-sobre/anticoncepcio/decidir-sobre/anticoncepcio/recursos_professionals/)

Áncora 250 Cu Áncora 250 Cu+Ag Eurogine®	250 mm <sup>2</sup> de cobre o de cobre y plata	3-5	Núcleo de plata añadido al hilo de cobre que hace que su duración aumente.		Insertor de 3,8 mm. Tamaños pequeño, mediano y grande	20-30 €
Cu-Safe 300®, Flexi-T®, Sertalia®,	300 mm <sup>2</sup> de cobre  Poliétileno mezclado con sulfato de bario	10	Material muy flexible para nupíparas y brazos pequeños.  Cánula fina especial para nupíparas.		Insertor de 3 mm	25 €; México, Chile
GyneFix®	Cobre		Seis láminas de cobre sobre un vástago de plástico que se ancla en el fondo del útero. Reduce las expulsiones, especialmente tras un aborto.			
IUB (bola intrauterina), OCON DIU, Ballerine®	Níquel + 17 perlas de cobre (2 mm), superficie de cobre de 300 mm <sup>2</sup>	5	Al insertarlo adquiere una forma esférica, más ergonómica. Disminuye la posibilidad de perforación durante la inserción y reduce el sangrado.		Insertor de 3,2 mm	160-180 €
DIU liberador de levonorgestrel Mirena® de Bayer, Levosert® de Gedeon Richter	52 mg de levonorgestrel (20 µg/d)	5	Sulfato de bario en el cuerpo que puede verse por radiodiagnóstico, más difícilmente por ecografía.		Insertor de 4,74 mm	120-160 €
DIU liberador de levonorgestrel Jaydess® de Bayer	13,5 mg de levonorgestrel (6 µg/d)	3	Anillo de plata impregnado de óxido de bario que puede verse por ecografía.		Insertor de 3,8 mm	150-170 €

**Figura 11: Tabla de Dispositivos Intrauterinos comercializados en España**

Fuente: extraído de la HATD “Anticoncepción” en la web “Decisiones compartidas” [3]. Opción descargable en pdf.

La herramienta “Anticoncepción” es la HATD más visitada de la web “Decisiones compartidas” de la Generalitat de Catalunya [21] y, además, ha sido publicada en la web del *Ottawa Hospital Research Institute* (OHRI) en su directorio de herramientas de ayuda en la toma de decisiones [181].



# CAPÍTULO III: OBJETIVOS E HIPÓTESIS

---

---



## **Objetivos generales y específicos**

1 - Explorar las experiencias y necesidades de usuaria/os y profesionales implicados en la toma de decisiones en anticoncepción

1.1 Explorar los conocimientos y creencias que tienen las/os usuaria/os de nuestro entorno sobre los métodos anticonceptivos en general

1.2 Analizar qué aspectos han influido en las/os usuaria/os en la elección del método anticonceptivo y detectar qué información demandaron a la hora de elegir dicho método

1.3 Conocer las experiencias de las/os usuaria/os ante la demanda de un método anticonceptivo en consulta

1.4 Determinar los conocimientos que tienen los profesionales que atienden las consultas de asesoramiento en nuestro entorno sobre métodos anticonceptivos

1.5 Explorar cómo los profesionales realizan el asesoramiento ante la demanda de un método anticonceptivo en consulta

2 - Examinar la condición de adherencia de las usuarias de una consulta de asesoramiento en anticoncepción ante la elección de un método anticonceptivo

2.1 Identificar la condición de adherencia de las usuarias de anticonceptivos orales combinados, que acuden a una consulta de asesoramiento

2.2 Analizar si existe relación entre el perfil sociodemográfico, clínico y obstétrico y la condición de adherencia, de las usuarias de anticonceptivos orales combinados, que acuden a una consulta de asesoramiento anticonceptivo

2.3 Evaluar la idoneidad del uso de una escala de medición de adherencia ante una demanda de asesoramiento anticonceptivo para predecir olvidos y embarazos no planificados en un grupo de usuarias de anticonceptivos orales combinados que acuden a la consulta de asesoramiento anticonceptivo.

3 - Evaluar el conflicto decisional de las usuarias de una consulta de asesoramiento en anticoncepción ante la elección de un método anticonceptivo

3.1 Determinar la fiabilidad de la Escala de Conflicto Decisional O'Connor en el contexto de elección del método anticonceptivo en una consulta de asesoramiento

3.2 Identificar si la elección de un método anticonceptivo provoca conflicto decisional en las usuarias que acuden a una consulta de asesoramiento

3.3 Analizar la influencia de la utilización de la HATD en anticoncepción, en la puntuación en la Escala de Conflicto Decisional de O'Connor de las usuarias, ante la elección de un método anticonceptivo en la consulta de asesoramiento

3.4 Analizar la relación entre la puntuación en la Escala de Conflicto Decisional de O'Connor ante la elección de un método anticonceptivo y el perfil sociodemográfico, clínico y obstétrico, de las usuarias de la consulta de asesoramiento

### **Hipótesis**

Las usuarias de anticonceptivos orales combinados, que no cumplen con la condición de adherencia, tienen un mayor riesgo de sufrir olvidos, así como embarazos no planificados, en comparación con las mujeres que cumplen la condición de adherencia.

El asesoramiento anticonceptivo con el soporte de la HATD en anticoncepción disminuye el conflicto decisional ante la elección de un método anticonceptivo.

# CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

---

---



## Diseño

La finalidad de esta investigación fue, en primer lugar, conocer las experiencias y necesidades de usuaria/os y profesionales implicados en la toma de decisiones en anticoncepción; en segundo lugar, examinar la condición de adherencia de las usuarias de una consulta de asesoramiento en anticoncepción y, en tercer lugar, evaluar el conflicto decisional de las usuarias de una consulta de asesoramiento en anticoncepción ante la elección de un método anticonceptivo. Para lograrlo, se optó por una metodología mixta ya que esta metodología permite responder a los objetivos de investigación propuestos mediante un análisis de los datos más completo y sinérgico, aportando mayor profundidad al tema que nos ocupa [182]. Actualmente los paradigmas cualitativo y cuantitativo son utilizados en conjunto ya que enriquecen la investigación, no se excluyen ni sustituyen. Esta metodología agrega complejidad al diseño de estudio, pero incluye en la investigación todas las ventajas de cada uno de los enfoques [183].

Debido a las características de esta investigación, se presentará la metodología y los resultados en dos partes diferenciadas.

La primera parte, correspondiente a una investigación de diseño cualitativo, con el que se planteó dar respuesta al primer objetivo, *explorar las experiencias y necesidades de usuaria/os y profesionales implicados en la toma de decisiones en anticoncepción* y que se encuadra en el proceso de diseño y desarrollo de la HATD “Anticoncepción”, en sus dos fases.

La segunda parte, en la que se presenta una investigación cuantitativa, con dos estrategias metodológicas diferenciadas. En primer lugar, un estudio observacional, descriptivo y longitudinal adecuado para dar respuesta al segundo objetivo: *Conocer la condición de adherencia de las usuarias de una consulta de asesoramiento en anticoncepción* y; por otro lado, un estudio de diseño experimental para dar respuesta al tercer objetivo: *evaluar el conflicto decisional de las usuarias de una consulta de asesoramiento en anticoncepción, también con respecto a la utilización de la HATD “Anticoncepción”*.

## **Parte I: Investigación cualitativa**

### **Diseño**

Con el propósito de dar respuesta al primer objetivo: explorar las experiencias y necesidades de usuaria/os y profesionales implicados en la toma de decisiones en anticoncepción; se planteó una investigación con metodología cualitativa. La investigación cualitativa permite conocer las creencias, percepciones, opiniones y actitudes, desde la perspectiva de las personas implicadas, [184]. Esta metodología es de gran utilidad para dar ofrecer una visión holística del tema de estudio, cualidad fundamental en el cuidado, característico de la profesión sanitaria [185]. Mediante el enfoque cualitativo se favorece la reflexividad, la cual convierte al profesional en investigador para estudiar en profundidad factores que influyen en la salud y enfermedad [186], cómo la población interpreta estos procesos y explicar determinados comportamientos y actitudes [187].

Los datos recogidos y analizados en esta parte de la investigación corresponden a las fases de diseño 1 y 2 de las dos etapas del proyecto de desarrollo de la HATD “Anticoncepción” (ver figura 7). La recogida de los datos se inició en 2017, momento en el que se inició la primera etapa del proyecto de desarrollo de la HATD. Más tarde, en 2020, se recogieron los datos pertenecientes a la segunda etapa del proyecto, momento en el que se analizaron los datos de las dos etapas en conjunto para esta investigación.

### **Ámbito de Estudio**

Entornos rurales y urbanos de la provincia de Tarragona (Cataluña).

### **Población y muestra**

La población diana la conformaron, por un lado, usuarios de anticoncepción: mujeres, hombres y adolescentes, usuarios de Hospitales, Programas de Asistencia a la Salud Sexual y Reproductiva (PASSIR) de la provincia de Tarragona; y, por otro lado, profesionales implicados en el asesoramiento anticonceptivo como enfermeras, médicos de familia, matronas, ginecólogos y educadores sociales que trabajaban en centros de atención primaria, hospitales o servicios sociales de la provincia de Tarragona.

Los criterios de inclusión de los usuarios al estudio fueron: a) encontrarse en edad reproductiva (a partir de 16 años), b) ser candidatos a utilizar métodos anticonceptivos (con diferentes finalidades); c) firmar el consentimiento informado. Los criterios de

inclusión de los profesionales fueron: a) participar profesionalmente en actividades de asesoramiento anticonceptivo; b) firmar el consentimiento informado.

#### Tamaño de la muestra

No se estableció tamaño muestral puesto que la investigación cualitativa exige recolectar muestra e información hasta que ocurra la saturación de los datos (28). Según Krueger, la saturación de datos es el punto en el cual con cada entrevista u observación adicional no aparecen elementos nuevos y los datos obtenidos ofrecen una explicación nueva y plausible del fenómeno estudiado [188–190].

#### Técnica de muestreo

Los participantes (tanto usuarios como profesionales) fueron reclutados a través de la red profesional de algunos de los investigadores mediante un muestreo no probabilístico de conveniencia y bola de nieve. Se llevaron a cabo diferentes estrategias de reclutamiento como grupos de *WhatsApp* y listas de correo electrónico.

### **Recogida de datos**

#### Procedimiento

En esta investigación, se utilizaron los grupos focales como técnica de recopilación de información de los participantes. Los grupos focales permiten que, mediante un grupo de discusión, guiado por un conjunto de preguntas diseñadas con un objetivo particular [191,192] surjan actitudes, sentimientos, creencias, experiencias y reacciones en los participantes [193]. Todo ello, además, se centra en la interacción dentro del grupo, que gira alrededor del tema propuesto por el investigador [194].

Para la conformación de los GF se buscó una homogeneidad intragrupal que permitiese una interacción fluida y abierta, y una heterogeneidad intergrupala para lograr una mayor diversidad discursiva. Es por ello que, a la hora de confeccionar el perfil de los grupos focales, se seleccionaron grupos específicos de usuarios con unas características determinadas y relevantes para el estudio. Para ello, se definieron diferentes criterios de inclusión para cada grupo focal (ver Tabla 1).

**Tabla 1: Criterios de inclusión específicos de los GF**

<b>Criterios de inclusión específicos de cada Grupo Focal</b>				
<b>GF Mujeres jóvenes (MJ)</b>	<b>GF Mujeres adultas (MA)</b>	<b>GF Hombres (H)</b>	<b>Adolescentes (A)</b>	<b>Profesionales (P)</b>
Edad de 18 a 30 Sexo: femenino	Edad a partir de 30 Sexo: femenino	Edad a partir de 18 (adultos y jóvenes) Sexo: masculino	Edad de 16 a 20 Sexo: femenino y masculino	Edad a partir de 18 Sexo: femenino y masculino
Experiencia o necesidad sentida de asesoramiento contraceptivo	Experiencia o necesidad sentida de asesoramiento contraceptivo	Experiencia o necesidad sentida de asesoramiento contraceptivo	Experiencia o necesidad sentida de asesoramiento contraceptivo	Profesional implicado en asesoramiento contraceptivo

Se conformaron seis GF de mujeres, uno de adolescentes de ambos sexos, uno de hombres y dos de profesionales. Autores como Myers (1998) proponen que, según las características y la complejidad del tema a tratar, así como la experiencia y la habilidad del moderador, se determine el número adecuado de participantes, sin exceder de las 12 personas [191].

Los GF se llevaron a cabo entre 2017 (primera etapa del proyecto) y 2020 (segunda etapa del proyecto) en la Sala de Juntas del Departamento de Enfermería, excepto el de adolescentes, que se realizó en julio de 2020, por lo que se llevó a cabo en un parque de Tarragona debido a las restricciones por COVID-19. Las sesiones duraron entre 45 y 60 minutos. Cada GF fue coordinado por una moderadora y una asistente del equipo de profesoras de la Universidad Rovira i Virgili, con experiencia en conducción y moderación de GF. La asistente se encargó de repartir y reunir los cuestionarios y consentimientos informados, además de tomar notas que aportaran información durante el análisis de las transcripciones. La moderadora se sirvió de un guión con preguntas abiertas basado en los ejes temáticos a tratar para estimular la conversación (ver tabla 2 y tabla 3). Puesto que la investigación pretendía recoger tanto la opinión de usuarios como de profesionales, se elaboraron dos guiones diferentes para cada grupo.

**Tabla 2: Ejes Temáticos principales de los GF de usuarios**

- Percepción, conocimientos y creencias de los usuarios sobre los métodos anticonceptivos en relación con sus características, eficacia y seguridad entre otros
- Motivos que han influido en la usuaria / o ante la elección del método anticonceptivo elegido: accesibilidad, economía, el entorno cultural o religioso u otros.
- El asesoramiento anticonceptivo profesional recibido ante la demanda de contracepción en general.
- Qué información querrían tener en una web específica sobre anticoncepción y en qué formato.

**Tabla 3: Ejes Temáticos principales de los GF de profesionales**

- Percepción de los profesionales sobre los conocimientos y creencias que tienen las usuarias sobre los métodos de contracepción en relación con su eficacia y seguridad entre otros.
- Motivos que creen los profesionales que llevan a la usuaria a elegir un método u otro: accesibilidad, economía, el entorno cultural o religioso u otros.
- Conocer sobre qué creen que deben informar a la población en referencia a los sistemas anticonceptivos
- Conocer la formación que reciben los profesionales en materia de anticoncepción
- Conocer las opiniones en relación a cómo se puede mejorar el consejo contraceptivo

En los GF se garantizó la privacidad y la confidencialidad de los participantes, por lo que en las sesiones sólo estuvieron presentes el moderador y el asistente. Las sesiones fueron grabadas digitalmente (Olympus VN-3500PC) y transcritas literalmente por los investigadores. Cualquiera de los participantes del estudio, podía retirarse del estudio si así lo deseaba en cualquier momento de la investigación.

### Instrumentos

Como se ha descrito anteriormente, el moderador de los GF se sirvió de un guion de preguntas abiertas para favorecer la interacción de los participantes a cada GF. Al inicio de las sesiones los participantes cumplieron un cuestionario ad-hoc de datos sociodemográficas (usuarios y profesionales) y clínicos (usuarios).

### **Análisis de los datos**

El análisis de los datos se realizó mediante un análisis temático del contenido recogido en las transcripciones. En primer lugar, se buscó familiarizarse con el texto, leyendo las transcripciones y destacando las palabras clave, anotando las ideas iniciales. Posteriormente, se inició el proceso de codificación, organizando la información por grupos significativos. Los datos fueron categorizados mediante un proceso flexible de

ampliación y eliminación de códigos según su contenido. Los códigos se recogieron en categorías.

Para definir y clasificar las categorías obtenidas del análisis de las transcripciones, se buscaron estudios de características similares a esta investigación, para buscar una guía que se pudiese adaptar a nuestros datos y permitiese comparar los resultados más fácilmente una vez finalizado el análisis. Es así como se halló una investigación de Holt et al. de 2018, en la que analizaron las preferencias sobre el asesoramiento anticonceptivo de mujeres mexicanas mediante GF [195]. En esta investigación se analizaban los datos cualitativos mediante el marco conceptual de asesoramiento integral del mismo autor. Holt et al., definieron en 2017 los objetivos a cumplir durante el asesoramiento anticonceptivo a partir de un “Marco integral de asesoramiento de alta calidad” en tres etapas: en la primera, centrarse en el paciente explorando las experiencias previas y preferencias de la usuaria sobre las características del método; a continuación, ofrecer apoyo a la toma de decisiones proporcionando información completa y detallada sobre sus opciones de anticoncepción y soporte mediante una toma de decisiones compartida; y, por último, dejar la decisión final en manos de la usuaria, facilitando el seguimiento del método. Además de las tres etapas, los autores definieron unos elementos centrales, que incluyen técnicas y elementos interpersonales, los cuales forman parte e influyen durante todo el proceso de asesoramiento: privacidad, confidencialidad, no discriminación, respeto, confianza y empatía (ver Figura 12) [196].



**Figura 12: Etapas del Marco de asesoramiento anticonceptivo de calidad.**

Fuente: elaboración propia a partir de "Quality in contraceptive counseling", extraído del artículo "Defining quality in contraceptive counseling to improve measurement of individuals' experiences and enable service delivery improvement" [196].

Para garantizar su validez, una vez finalizado el análisis de los datos, las categorías finales se presentaron a los participantes para que verificaran su contenido o hicieran sugerencias. Se utilizó el software WeftQDA v 1.0.1 para realizar el análisis.

### **Aspectos éticos**

Para garantizar el anonimato de los participantes se asoció un código identificador a cada uno de ellos para realizar el análisis de los datos. El Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIM) del Instituto de Investigaciones Sanitarias Pere Virgili (IISPV), emitió dictámenes favorables a la realización de las dos fases del estudio "Herramienta de ayuda en la toma de decisiones en anticoncepción" (1ª Fase: Ref.CEIm: 034/2017 y 2ª Fase Ref. CEIm: 177/2019).

## **Parte II: Investigación cuantitativa**

Con el propósito de dar respuesta a los objetivos: *examinar la condición de adherencia de las usuarias de una consulta de asesoramiento en anticoncepción ante la elección de un método anticonceptivo*; y, *evaluar el conflicto decisional de las usuarias de una consulta de asesoramiento en anticoncepción ante la elección de un método anticonceptivo*; se propuso un análisis cuantitativo.

La investigación cuantitativa ofrece un enfoque positivista mediante el cual se puede cuantificar y analizar los datos recogidos, con el objetivo de comprobar las relaciones estadísticas entre las variables a estudiar [183].

### **Diseño**

Como se ha comentado anteriormente, se establecieron diferentes estrategias metodológicas dentro del enfoque cuantitativo. Para el análisis de la condición de adherencia, segundo objetivo de esta tesis, se planteó un enfoque de tipo observacional, descriptivo y longitudinal. Por otro lado, para analizar el conflicto decisional, tercer objetivo de esta tesis, se planteó un ensayo clínico comunitario con grupo control y experimental.

La principal ventaja de los estudios observacionales es que permiten informar sobre resultados en los ámbitos del tratamiento y la prevención, la etiología, daño o morbilidad, el diagnóstico, y el pronóstico e historia natural; otorgando distintos niveles de evidencia, según el diseño en particular y el ámbito del que se trate [197].

Los ensayos clínicos, por otro lado, permiten comprobar la eficacia y la calidad de nuevas intervenciones donde los resultados podrán extrapolarse a otras poblaciones. Son especialmente interesantes ya que pueden contribuir a mejorar la calidad de la atención al paciente y la organización de los servicios de salud [198]. Específicamente, los ensayos comunitarios evalúan intervenciones en comunidades donde el registro de la intervención no se llevan a cabo de manera individual [199–202]. Mientras que en el formato de ensayo clínico convencional la asignación se realiza sobre los mismos sujetos participantes, en el formato comunitario la asignación se realiza por macrounidades (clusters) [203].

Los dos enfoques metodológicos forman parte de la misma investigación, llevada a cabo entre 2019 y 2020, en la que se pretendía evaluar la eficacia de la HATD en

anticoncepción hormonal (fase beta 1 y 2 de la primera etapa del proyecto de desarrollo de la HATD “Anticoncepción”).

### Ámbito de Estudio

En esta investigación, participaron 43 centros de España, pertenecientes a siete comunidades autónomas (Cataluña, Madrid, Galicia, Aragón, Valencia y País Vasco/La Rioja), en los que se realizaba asesoramiento anticonceptivo

### Población y muestra

La población diana fueron mujeres demandantes de asesoramiento anticonceptivo que acudieron a las consultas de las unidades participantes en el estudio, entre el 1 de Julio de 2019 y el 30 de setiembre de 2020 (se estableció previamente el 30 de junio de 2020 como fecha límite de recogida de datos, pero se solicitó y concedió una ampliación de tiempo debido a la situación de pandemia por COVID-19 (ver Anexo X)). Los criterios de inclusión y exclusión se exponen en la Tabla 4.

**Tabla 4: Criterios de inclusión y exclusión de mujeres participantes en el estudio experimental**

Criterios de inclusión y exclusión de los participantes del estudio experimental	
Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Edad entre 15 y 49 años	Deseo de tener en un hijo durante el próximo año
Tener estudios primarios	Tener antecedentes de: ICTUS, IAM, Trombosis, Cáncer de mama (<5 años), cirrosis hepática o tumor hepático
Competentes en castellano y/o catalán	
Acceso a internet	
Participación voluntaria en el estudio	

### Tamaño de la muestra

Inicialmente, el cálculo de la muestra se efectuó mediante el programa EPIDAT para contraste de hipótesis en un modelo de comparación de proporciones en grupos independientes. Al modelo inicial, compuesto por 1.280 participantes (640 al grupo experimental y 640 al grupo de control), se estimó una pérdida posible de un 25% de la muestra, con lo que aplicando el factor corrector donde R es la proporción esperada de pérdidas. Finalmente se asumió un error alfa de 0,05, un error beta de 0,2 y una potencia de un 80%, valores convencionales en este tipo de estudios, por lo que se obtuvo como resultado una muestra de 1.708 mujeres.

Debido a la pandemia de COVID-19, en 2020 se solicitó una modificación del protocolo de estudio, ya que las dificultades que encontraron las mujeres durante la pandemia de

COVID-19 para poder asistir a las consultas de los profesionales obligaron a reducir la muestra del estudio. La modificación fue aprobada por el organismo financiador del proyecto PI 18/00915, el Instituto de Salud Carlos III - ISCIII (Gobierno de España).

Finalmente, el tamaño de la muestra se fijó en 702 participantes (351 en cada grupo). Se asumió un error alfa convencional de 0,05, un error beta de 0,2 y una potencia de 80%. A partir de un universo de 10.387.019 mujeres españolas de 15 a 49 años en 2019, para un nivel de confianza del 95% y el supuesto de máxima incertidumbre ( $p=q=0,5$ ), el margen de error para estimar los parámetros fue de  $\pm 3,28\%$ .

### Técnica de muestreo

En una primera etapa, se seleccionaron los clústeres mediante los que accederíamos a la muestra. Durante el primer trimestre de 2019, se invitó a participar a entre 150 y 200 profesionales clínicos (ginecólogos, matronas, médicos de familia y/o enfermeras) de las diferentes comunidades españolas participantes al proyecto. Un total de 71 profesionales de las 43 unidades de asesoramiento clínico sobre anticoncepción de España fueron captados mediante un muestreo no probabilístico de conveniencia y bola de nieve, mediante diferentes estrategias como grupos de *WhatsApp* y listas de correo electrónico, a través de las redes profesionales de los investigadores de cada comunidad (Cataluña (n=39), Madrid (n=14), Galicia (n=7), Aragón (n=6), Valencia (n=3) y País Vasco/La Rioja (n=2)). Cada centro tenía tantos clusters como profesionales participantes en la investigación [195].

En una segunda etapa, los profesionales participantes reclutaron la muestra de estudio: las usuarias que acudían a su consulta con necesidad de asesoramiento anticonceptivo, y que, tras ser informadas, accedían a participar en la investigación y firmaban el consentimiento informado. El muestreo fue no probabilístico accidental

### **Variables**

Para el estudio observacional, descriptivo y longitudinal que estudió la condición de adherencia, las variables fueron las siguientes:

#### Variable dependiente

- Condición de adherencia de la usuaria medida mediante la escala MMAS-4 durante el asesoramiento anticonceptivo

### Variables independientes

- Características sociodemográficas de la usuaria: edad, lugar de nacimiento, nivel de estudios, situación laboral, estado civil, convivencia en pareja,
- Antecedentes médicos, obstétricos y ginecológicos: peso, tensión arterial sistólica, tensión arterial diastólica, tabaquismo, IVE, antecedentes de embarazos no planificados, uso previo de anticonceptivos, hijos vivos, método anticonceptivo utilizado, satisfacción con el método anticonceptivo que utiliza, olvidos en anticoncepción, incidencias con el método utilizado, si tuvo que recurrir a AE, razones para desear cambiar de método anticonceptivo y método anticonceptivo escogido en consulta.

Por otro lado, para el ensayo clínico que evaluó la efectividad de la HATD en relación al conflicto decisional, las variables fueron las siguientes:

### Variable dependiente

- Resultado de la usuaria en la escala de conflicto decisional después del asesoramiento recibido y la elección del método anticonceptivo

### Variables independientes

- Utilización de la HATD en anticoncepción hormonal en consulta de asesoramiento
- Características sociodemográficas de la usuaria: edad, lugar de nacimiento, nivel de estudios, situación laboral, estado civil, convivencia en pareja.
- Antecedentes médicos, obstétricos y ginecológicos: peso, tensión arterial sistólica, tensión arterial diastólica, tabaquismo, IVE, antecedentes de embarazos no planificados, uso previo de anticonceptivos, hijos vivos, método anticonceptivo utilizado, satisfacción con el método anticonceptivo que utiliza, olvidos en anticoncepción, incidencias con el método utilizado, si tuvo que recurrir a AE, razones para desear cambiar de método anticonceptivo y método anticonceptivo escogido en consulta.

## **Recogida de datos**

### Procedimiento

Los profesionales, una vez aceptaron participar en el estudio, fueron asignados consecutivamente:

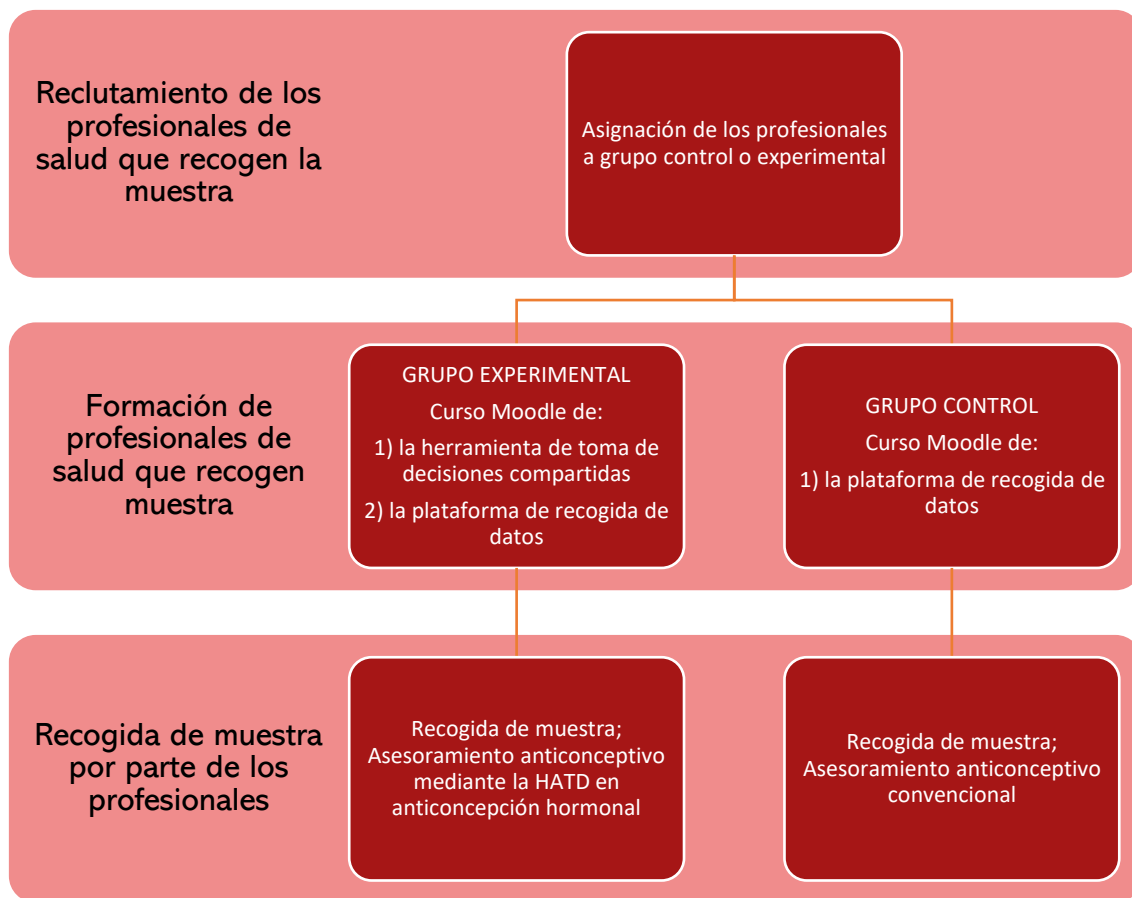
- 1- al Grupo Experimental (GE), profesionales que realizaron el asesoramiento en consulta con el soporte de la HATD en anticoncepción hormonal (n=35)
- 2- al Grupo Control (GC), profesionales que realizaron el asesoramiento clínico tal como lo hacían hasta entonces mediante un asesoramiento contraceptivo convencional (n=36).

La única restricción para aplicar la secuencia de asignación consecutiva según el orden de aceptación de participación era tener un número equilibrado de profesionales en cada grupo. Los profesionales se ordenaron alfabéticamente en una lista. Cada profesional conocía su distribución individual: al GE o al GC. La inscripción de los participantes y la asignación a las intervenciones de forma consecutiva fue realizada por los autores. Debido a las características del estudio no se cegaron ni profesionales ni usuarias.

Se reclutó a 895 mujeres (mayores de 16 años) y fueron asignadas al GC (n=418) o GE (n=477) según el grupo al que pertenecía el profesional al que habían acudido (proporción 1,1:1).

Antes del inicio del trabajo de campo, los profesionales del grupo experimental, dado que los perfiles profesionales eran diferentes y existía una amplia dispersión geográfica, participaron en un curso de formación online en la plataforma Moodle de la *Universitat Rovira i Virgili*, para estandarizar el procedimiento a seguir durante el asesoramiento anticonceptivo, con la ayuda de la HATD “Anticoncepción”.

Los profesionales del grupo control, fueron informados de que debían hacer el asesoramiento de la manera habitual y de cómo debían cumplimentar los cuestionarios de las participantes, en la Base datos online creada para la investigación. Las fases descritas se recogen en la Figura 13.



**Figura 13: Flow-Chart de la participación de los profesionales de salud que recogen muestra en el estudio.**

Fuente: Elaboración propia.

El curso online de 60 horas de duración, creado por los investigadores del proyecto, fue gestionado por la Fundación de la Universidad Rovira i Virgili. Este curso online sigue alojado en la plataforma Moodle de la URV y puede ser consultado. Hay dos versiones del curso, uno para los profesionales que realizaron asesoramiento con la HATD en anticoncepción hormonal (Grupo experimental) y otro para los profesionales que realizaron asesoramiento anticonceptivo convencional (Grupo control). Los profesionales, de cada grupo, recibieron vía email un link con el que accedieron con usuario y contraseña, al curso virtual que les correspondía. En el Anexo XIII se encuentran las ilustraciones de acceso al curso.

El curso contenía diferentes temas (ver Tabla 5) a los que podían acceder, según fueran profesionales asignados al GE (podían visualizar desde el principio los 6 temas) o al GC

(solo podían ver durante el trabajo de campo los temas 2 y 6, aunque al finalizar la recogida de la muestra se les permitió el acceso a los demás temas).

**Tabla 5: Contenidos curso moodle para los profesionales participantes**

Tema 1	El modelo de decisiones compartidas
Tema 2	El proyecto SHARECONTRACEPT
Tema 3	Que son los criterios de elegibilidad de la OMS
Tema 4	Claves para dar un buen asesoramiento en consulta
Tema 5	Videos con ejemplos de cómo asesorar con el soporte de “SHARECONTRACEPT”
Tema 6	Instrucciones de como implementar la Plataforma de recogida de información del P. SHARECONTRACEPT

Fuente: Elaboración propia

Durante la consulta, los profesionales (ginecólogas, matronas, enfermeras y médicos generalistas y de familia) informaron a las mujeres sobre los objetivos y desarrollo de la investigación y les propusieron su participación voluntaria. A continuación, los profesionales recogieron los datos mediante el uso de una plataforma en línea creada específicamente para el desarrollo de esta investigación [204]. El profesional durante la visita recogió los datos sociodemográficos, clínicos y obstétricos de cada participante y los introdujo en la plataforma web durante la primera consulta. La información de cada paciente se recogió:

- Durante la visita de asesoramiento (el profesional en consulta presencial):  $t_0$  (ver Anexo XIV).
- Al mes (empresa telefónica por teléfono)
- A los seis meses (empresa telefónica por teléfono)
- Al año (el profesional en consulta presencial o por teléfono):  $t_1$  (ver Anexo XV).

### Instrumentos

Se utilizó la HATD en anticoncepción hormonal y un cuestionario ad-hoc alojado en la plataforma web para recoger las variables sociodemográficas, clínicas y obstétricas de cada participante.

Para medir la condición de adherencia de las usuarias se utilizó la escala de Morisky-Green (MMAS-4) de 1986 en su versión en español. Esta escala consiste en cuatro preguntas dicotómicas que evalúan el grado de cumplimiento farmacoterapéutico. [134].

La ventaja de utilizar la escala MMAS-4 respecto a otros cuestionarios es que tiene un uso muy generalizado tanto en diferentes patologías, poblaciones y países, por lo que es la más utilizada en investigación [205,206], y para su utilización durante la práctica clínica diaria [207].

Se consideró que la usuaria era adherente cuando respondía adecuadamente a las cuatro preguntas (¿olvidó tomar la medicación?, ¿tomó la medicación a las horas indicadas?, ¿dejó de tomar la medicación si se sentía bien?, ¿dejó de tomar la medicación si le producía malestar?) es decir, respondía No/Sí/No/No, en base al estudio original de validación de la escala de cuatro ítems [134].

Para la medición del conflicto decisional se utilizó la Escala de Conflicto Decisional de O'Connor [55], utilizada en el entorno clínico. Esta escala mide el nivel de incertidumbre ante la toma de decisiones, los factores que contribuyen a ésta y la percepción de la eficacia en la misma [41]. La escala de conflicto decisional de O'Connor, en sus diferentes versiones, está traducida a 12 idiomas, entre ellos a inglés, español, francés, alemán, japonés y chino, y es de acceso libre [208]. En esta investigación, se utilizó la versión española de la Escala de Conflicto Decisional de O'Connor de 16 ítems. Esta escala, a su vez, se subdivide en cinco subescalas ("Subescala de información", "Subescala de incertidumbre", "Subescala de claridad de valores", "Subescala de decisión efectiva" y "Subescala de apoyo"), que mide de forma específica cada aspecto que contribuye en la toma de decisiones [56].

### **Análisis de los datos**

Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, clínicas y obstétricas de las participantes. Las variables categóricas fueron evaluadas mediante medidas de frecuencia absolutas (casos) y relativas (porcentajes). Las variables numéricas se evaluaron a partir de medidas de tendencia central (media, mediana), de dispersión (desviación estándar) y de posición (cuartiles).

En cuanto al análisis de la condición de adherencia de las usuarias, se realizó un análisis bivariado entre la condición de adherencia y las variables sociodemográficas, clínicas y obstétricas de las usuarias. Para ello, de entrada, se utilizó la prueba de independencia chi-cuadrado. A continuación, se realizó una regresión logística binomial para evaluar el efecto de diversos factores predictores sobre la identificación de mujer adherente o no adherente, controlando los posibles factores de confusión. Por último, para el análisis del

riesgo entre variables, se realizó la prueba Odds Ratio. Se comunicaron los valores p de los parámetros (asumiendo como referencia el umbral  $p=0,05$  para identificar relaciones estadísticamente significativas), el tamaño del efecto mediante los contrastes Phi y V de Cramer, y los riesgos con sus respectivos intervalos de confianza a un nivel de significación del 95%. A efectos descriptivos y para predecir la variable de condición de adherencia, se incluyeron variables sociodemográficas de control: edad (categorizada en tres grupos, donde los puntos de corte entre grupos fueron para garantizar un equilibrio muestral en cada uno de ellos), lugar de nacimiento, nivel de estudios, situación de actividad actual, convivencia en pareja, y una respuesta dicotómica sobre el uso previo de métodos anticonceptivos.

En relación con el estudio del conflicto decisional, la fiabilidad de la escala de Conflicto Decisional de O'Connor se evaluó mediante el alfa de Cronbach y se realizó un análisis factorial de los ítems que componen la escala. Se calcularon la media, la mediana, la desviación estándar y los cuartiles de la puntuación total de la escala de conflicto decisional, así como la de cada subescala. Se evaluó la normalidad de la puntuación del conflicto decisional y de cada una de las subescalas mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, presentando en todos los casos una distribución no normal, con asimetría positiva. Cuando la variable de resultado se evaluó en formato numérico, se realizaron pruebas no paramétricas para comparar las puntuaciones de conflicto decisional con el grupo de control (prueba U de Mann-Whitney). Se utilizó la prueba de chi-cuadrado y se informó del riesgo relativo (GE frente a GC) cuando la variable de resultado se codificó en su formato categórico, incluyendo la Odds Ratio y las diferencias de riesgo. Se utilizó el parámetro d de Cohen y el coeficiente Phi para medir el tamaño del efecto.

### **Aspectos éticos**

Los participantes fueron informados sobre el contenido, la finalidad, el diseño y el procedimiento del estudio. No se esperó ningún impacto negativo en los participantes del estudio. Los datos recogidos de cada usuaria se identificaron mediante un código y sólo los investigadores del estudio podían relacionar estos datos con la participante.

El acceso a la información personal quedó restringido a los investigadores del estudio, colaboradores, autoridades sanitarias, al CEIm y al personal autorizado por el promotor, cuando lo requiriese para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de acuerdo con la legislación vigente.

El estudio se llevó a cabo de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki, y seguirá las directrices de buena práctica de España (Buena Práctica Clínica). La confidencialidad de los datos se protegió según la ley española que regula la protección de datos personales (Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos de Carácter Personal).

El Comité de Ética del Instituto de Investigación Sanitaria Pere Virgili (IISPV), de Tarragona (España), dio su aprobación para realizar el estudio "Herramienta de ayuda en la toma de decisiones en anticoncepción" en dos fases (1ª Fase: Ref. CEIm: 034/2017, y 2ª Fase Ref. CEIm: 177/2019).

Las aprobaciones éticas que cubren todos los centros participantes incluidos en este estudio provinieron del Comité de Ética del *Institut d'Atenció Primària Jordi Gol* (código de referencia: P18/208) y del *Institut d'Investigacions Sanitàries Pere Virgili* (código de referencia CEIM: 186/2018). Las Comunidades Autónomas de Madrid y Galicia pidieron la aprobación de sus propios comités éticos antes de la aceptación de participar en la investigación.



# CAPÍTULO V: RESULTADOS

---

---



## **Introducción a los resultados**

Debido a las características de esta investigación, los resultados se exponen según la metodología de investigación utilizada, tal como se describe en el apartado metodológico.

## **Parte I de la investigación: Experiencias de usuarios y profesionales implicados en decisiones en anticoncepción**

En esta primera parte, se expone el análisis de los datos derivados de las experiencias y necesidades de usuarios y profesionales implicados en la toma de decisiones en anticoncepción.

### **Perfil sociodemográfico de usuarios y profesionales participantes**

Participaron un total de 64 usuaria/os y 19 profesionales clínicos. Los GF fueron realizados entre los meses de marzo de 2017 y julio de 2020, realizándose 3 GF de mujeres jóvenes (MJ), 3 GF de mujeres adultas (MA), 1 GF de hombres (H), 1 GF de adolescentes y 2 GF de profesionales clínicos. Las características sociodemográficas y clínicas de los usuarios se exponen a continuación (ver tabla 6).

**Tabla 6: Perfil sociodemográfico de usuarias y usuarios**

<b>Variabes sociodemográficas y clínicas</b>	<b>Categorías</b>	<b>n (%)</b>
<b>Sexo</b>	Mujeres	49 (77%)
	Hombres	15 (23%)
<b>Edad (años)</b>	De 15 a 20	19 (30%)
	De 21 a 26	13 (20%)
	De 27 a 35	8 (13%)
	De 36 a 45	13 (20%)
	De 46 en adelante	11 (17%)
<b>Nivel de estudios</b>	ESO	5 (8%)
	Formación profesional básica	6 (9%)
	Ciclo formativo de grado medio	7 (11%)
	Ciclo formativo de grado superior	8 (13%)
	Bachillerato	4 (6%)
	Estudios universitarios	19 (30%)
	Máster, Postgrado, Doctorado	13 (20%)
	Ninguna opción me representa	2 (3%)
<b>Pareja estable</b>	<u>Si</u>	11 (17%)
	No	41 (64%)
	NS/NC	12 (19%)
<b>Método anticonceptivo actual</b>	No	18 (28%)
	Si	46 (72%)
	<b>¿Qué métodos?</b>	
	Preservativo masculino	27 (59%)
	Anticonceptivos orales	10 (22%)

	Vasectomía/Ligadura de trompas	1 (2%)
	Anillo vaginal	1 (2%)
	Métodos naturales	1 (2%)
	DIU	4 (9%)
	Minipíldora	1 (2%)
	Implante subdérmico	1 (2%)
<b>Finalidad del método anticonceptivo actual</b>	Contraceptiva	25 (39%)
	Protección frente a ITS	12(19%)
	Ambas	14 (22%)
	Otras*	2 (3%)
	NS/NC	11(17%)
<b>Incidencias o problemas con el método anticonceptivo actual</b>	No	27 (42%)
	Sí	26 (41%)
	NS/NC	11 (17%)
<b>¿Cuáles? (podían elegir más de uno)</b>	Rotura	8
	Deslizamiento	2
	Olvido	7
	Molestia	3
	Efectos secundarios **	15
	Coste	2

Perfil de los usuarios participantes según variables sociodemográficas y clínicas

\* *otros fines terapéuticos: acné, menstruaciones abundantes o dismenorrea*

\*\* *aparición de arañas vasculares, amenorrea, dolor de las extremidades inferiores, cefalea y otros no especificados*

Los GF de profesionales lo conformaron 19 participantes: 3 enfermeras, 5 médicos de familia, 3 ginecólogas, una residente de ginecología, 6 matronas y una educadora social. El 89% eran mujeres y la media de edad fue de 46 años (ver Tabla 7).

**Tabla 7: Perfil sociodemográfico de profesionales**

<b>Variables sociodemográficas y clínicas</b>	<b>Categorías</b>	<b>n (%)</b>
<b>Sexo</b>	Mujeres	17 (89%)
	Hombres	2 (11%)
<b>Edad (años)</b>	De 20 a 30	4 (21%)
	De 31 a 40	2 (10.5%)
	De 41 a 50	3 (16%)
	De 51 en adelante	10 (53%)
<b>Categoría profesional</b>	Médico de familia	5 (26%)
	Ginecóloga	3 (16%)
	Residente de ginecología	1 (5%)
	Matrona	6 (32%)
	Enfermera	3 (16%)
	Educador social	1 (5%)
<b>Activo laboralmente en el momento del estudio</b>	Sí	18 (95%)
	No	1 (5%)

Tabla 5: Perfil de los profesionales participantes

## **Análisis del contenido recogido en las transcripciones clasificado según las etapas del Marco teórico de asesoramiento anticonceptivo de alta calidad**

Una vez identificadas las categorías obtenidas del análisis de las transcripciones en el análisis del contenido, se clasificaron en alguna de las etapas descritas por Holt [196], según fueran usuarios (ver tabla 8) o profesionales (ver tabla 9).

### Experiencias y necesidades de usuarios implicados en la toma de decisiones en anticoncepción

**Tabla 8: Clasificación de las categorías de los usuarios según las etapas descritas por Holt et al. [196]**

<b><u>Etapas descritas en el marco teórico de Holt et al.</u></b>	<b><u>Categorías identificadas</u></b>
<b>1ª ETAPA - Explorar las necesidades, preferencias y experiencias previas con anticonceptivos, para adaptar la comunicación, a las demandas y preocupaciones específicas</b>	Fuentes de información diversas, a veces poco fiables o no contrastadas
	Prescripción del método demandado por la usuaria, sin explorar necesidades
	Preocupación por los efectos secundarios de los métodos
	Creencias erróneas y falsos mitos no explorados
<b>2ª ETAPA - Facilitar la toma de decisiones ante la elección del método proporcionando información actualizada de todas las opciones: eficacia, mecanismo de acción, efectos secundarios, contraindicaciones, barreras a su uso, etc., de manera neutral y comprensible</b>	Falta de información sobre los diferentes métodos, en relación con su eficacia, composición, mecanismo de acción, protección frente a infecciones de transmisión sexual, coste, etc.)
	Desconfianza en el profesional al recibir información sesgada o no detallada sobre los métodos
<b>3ª ETAPA - Respetar la elección del método en un contexto de decisiones compartidas, incorporando información para el uso del método y seguimiento de este</b>	Resistencia del profesional a ceder el poder de decisión
	Resistencia del usuario a asumir la decisión
	Opiniones sobre la accesibilidad a la información, fuera de la consulta

*1ª Etapa- Explorar las necesidades, preferencias y experiencias previas con anticonceptivos, para adaptar la comunicación, a las demandas y preocupaciones específicas*

Las mujeres jóvenes (MJ) y adultas (MA) generalmente acuden a la consulta del profesional, con un método anticonceptivo ya elegido, habitualmente a partir de la información obtenida por su entorno más próximo, como familiares y amigos. Las fuentes de información de los más jóvenes (A) fueron las redes sociales, la TV e internet. Los adolescentes y los hombres son los que presentaron un mayor grado de desinformación sobre los métodos.

En consecuencia, la elección puede ser en base a conocimientos erróneos o desinformación en cuanto a los métodos disponibles en el mercado, su composición, su mecanismo de acción y su efectividad, entre otros, aspectos que deberían ser habitualmente indagados y/o contrastados por el clínico en la consulta de asesoramiento. El coste aparece como un condicionante en la elección del método por ingresos bajos, o por no tener recursos propios, como sería en el caso de los más jóvenes.

**Fuentes de información diversas, a veces poco fiables o no contrastadas**

*“...empiezas a escuchar algo cuando vas a la ESO, alguna charla. Yo por ejemplo tengo mucha confianza con mi tía y toda la información la he podido escuchar de ella”, H1*

*“¿la información sobre anticoncepción por donde circula? El amigo o el hermano que me lo ha explicado”, H9*

*“yo sinceramente donde he aprendido más de anticonceptivos es en la serie “The big house” (...) también de lo que he buscado en internet...”, A10*

*“yo encuentro cosas sobre anticoncepción en la tele, o en YouTube, si miras un poco, solo ves anuncios y vídeos de preservativo, al menos yo solo he visto esos. Yo no he visto un anuncio del parche o del DIU”, A10*

*“en mi caso yo he tenido una relación muy cercana con mi familia y le pregunté sobre anticoncepción a mi madre (...) me dijo que usaba ella esto o lo otro, pero claro, dijo que era mejor ir al médico informarnos bien”, MJ2*

Las usuarias jóvenes se mostraban preocupadas por la desinformación que tienen a la hora de elegir un método anticonceptivo. Expusieron que los profesionales prescriben el método anticonceptivo que ellas demandan, sin explorar las características de salud de la mujer y sus preferencias.

#### **Prescripción del método demandado por la usuaria, sin explorar necesidades**

*"Creo que puedes ir a la visita con una idea fija, pero si te ofrecen todo el abanico de oportunidades que hay pues igual cambias..., no sé, si conoces otros métodos y son más ventajosos para ti es mucho mejor que te lo cuenten todo ", MJ9*

*"yo creo que se tendría que dar información sobre todos los métodos posibles, no solo hablar del condón, si no como hemos hablado antes, del doble método..." , MJ17*

*"tengo amigas que ya han utilizado la varilla (implante subdérmico), me habían hablado bien y...he optado por ese método", MJ16*

*"sabes que al final de mes lo máximo que te puedes gastar con las pastillas anticonceptivas son 20€, pero no caes en cuenta, y al final del año son 200€. Pero como que no lo ves porque solo ves tú mes en el DIU te gastas 118 € pero dura 5 años, lo que representa que me gasté 6€ al mes.", MJ5*

*"es importante saber lo que cuesta, porque muchas personas empiezan a tener relaciones sexuales no cuentan con el consentimiento de los padres y no tienen dinero", MJ4*

Es importante para los usuarios que el profesional conozca sus preocupaciones con respecto al uso de determinados métodos, como el deseo de tener la menstruación cada mes, el deseo de no tener hemorragia intermenstrual y/o la reticencia al uso de métodos hormonales.

Las usuarias expresaron su interés y/o preocupación en conocer si la utilización de determinados métodos hormonales, afectarían a la menstruación, provocarían hemorragia intermenstrual y/o provocarían efectos secundarios, como aumento de peso, dolor de cabeza, cambios de humor, disminución del deseo sexual, aumento de vello, aparición de manchas en la piel, amenorrea y sangrados intermenstruales.

Por otro lado, explicaron que los motivos por los que acuden a solicitar un cambio de método se relacionan directamente con los efectos secundarios del mismo, aspectos de los que a menudo, refieren que no son informadas por el profesional en la consulta de asesoramiento.

#### **Preocupación por los efectos secundarios de los métodos**

*"Hemos utilizado las pastillas anticonceptivas, pero...bueno...hemos estado leyendo que provocan cambios hormonales, como engordar o que a la larga te pueden dejar estéril... Y por eso decidimos pasar al preservativo", H8*

*"...conozco muchas personas que dicen que no le sientan bien las hormonas. .... no sé, al no producirlas el mismo cuerpo, pueden producir algún tipo de rechazo, pienso yo", MJ17*

*"Cuando me puse el DIU el primer mes no tuve la regla y tuve miedo por si estaba embarazada, ahora en el segundo mes sí que he tenido la regla, pero me molesta no saber cuándo me vendrá la regla y cuándo se me va a ir..." , MJ18*

*"necesito saber los efectos secundarios... no vaya a ser que me vuelva una mujer fría...que me envejezca más rápido, ya que eso tiene que ver con las hormonas... ¿sabes?", MA22*

*"decidí probar algún método hormonal, las pastillas en mi caso...noté que me cambió el carácter y que estaba de mal humor... y también las manchas en la piel con el anillo...tengo manchas en la piel..." , MA1*

*"... con el aro super bien, pero lo dejé porque a la hora de tener relaciones el deseo disminuía, no tenía tantas ganas de tener relaciones...", MJ9*

*"bueno son hormonas y el cuerpo te cambia por dentro... Puedes engordar o te puedes adelgazar también, o el tema de los pelos también...que puedes tener más o menos...", A8*

*"los anticonceptivos hormonales llevan un chute hormonal súper fuerte, ¿no?", A1*

Las falsas creencias y mitos están muy extendidas en la población, y se relacionan con la toma de contraceptivos e infertilidad futura, el uso del DIU exclusivo para mujeres que hayan sido madres, la amenorrea como algo negativo para el cuerpo de la mujer y la necesidad de descansos en la toma de anticonceptivos, aspectos que no siempre son explorados por el profesional, ante una demanda de anticoncepción, lo que provoca que perduren en el tiempo.

#### **Creencias erróneas y falsos mitos no explorados**

*"...a mí también me han dicho que si no haces una pausa te quedas infértil (sobre los ACOS)", MJ5*

*"también dicen que después de unos meses tomándote las pastillas deberías descansar un mes o dos, y luego volver...", MJ11*

*"Imagínate, porque si la regla no te viene durante cinco años... tú te imaginas los dolores de cabeza... tú te imaginas el mal genio... no puede ser eso normal, no puede ser bueno... porque la falta de estrógenos hace que te arrugues, te vuelves anciana en un momento, es como si tuvieras la menopausia (...).y yo pienso, si esto es algo que necesitamos como mujer, o sea, que necesitamos eliminar esa sangre, que como quien dice" es mala", que no sirve, ¿qué pasa con esa sangre que está acumulada ahí...", MA22*

*"...que cada año de pastillas anticonceptivas son 7 años de envejecimiento del útero...", MJ4*

*"me habían explicado que había un DIU que no era hormonal pero que para las personas que no habíamos tenido hijos no debíamos usarlo nunca, ya que había riesgo de dañar el útero", MA1*

*"Hemos utilizado las pastillas anticonceptivas, pero hemos estado leyendo que provocan cambios hormonales como engordar, que a la larga te pueda dejar estéril... para la mujer, ¿no? Es lo que tengo entendido y es por lo que entonces decidimos pasar a los preservativos", H8*

*Etapa 2. Facilitar la toma de decisiones ante la elección del método proporcionando información actualizada de todas las opciones: eficacia, mecanismo de acción, efectos secundarios, contraindicaciones, barreras a su uso, etc., de manera neutral y comprensible*

La/os usuaria/os comentaron recibir poca información sobre anticoncepción de los profesionales que les atienden y demandan más información sobre los métodos anticonceptivos disponibles en el mercado, los mecanismos de acción, la protección frente a ITS, su efectividad o su coste, ya que, por ejemplo, la mayoría desconocía los precios o la posibilidad de utilizar un método subvencionado, entre otros.

**Falta de información sobre los diferentes métodos, en relación con su eficacia, composición, mecanismo de acción, protección frente a infecciones de transmisión sexual, coste, etc.)**

*“Lo que yo no sé es si todos los anticonceptivos sirven para evitar un embarazo o sirven también para evitar ETS. Yo esto no lo sé no sé, cuáles tienen efecto en las ETS o no... el preservativo masculino si, ¿y el femenino?”*, A6.

*“...cuando me estuve informando sobre los métodos anticonceptivos disponibles miré sobre todo que fuera eficaz porque...aunque no sería un trauma quedarme embarazada, no quiero que pase ...”*, MJ3

*“...el DIU me gusta, lo que pasa es que doscientos euros... ¿de dónde los sacas?”*, MA22

*“si los profesionales me dicen que el método anticonceptivo tiene un determinado porcentaje de seguridad pues yo ya me lo pienso...pero yo lo quiero saber...”*, MA22

*“yo tome ACOS, porque fue la única opción que me dieron, yo por ejemplo no sé qué es el diafragma. Creo que falta información. Yo por ejemplo hoy en día no conozco muchos de los anticonceptivos de esta lista (...) estoy desinformada”*, MA5

En ocasiones, un asesoramiento poco neutral, acompañado de insuficiente información, o utilización de lenguaje excesivamente técnico provoca una desconfianza hacia el profesional y, en definitiva, en una mala experiencia de asesoramiento del usuario.

**Desconfianza en el profesional, al recibir información sesgada, o no detallada, sobre los métodos**

*“yo siempre he pensado, por mi relación con los diferentes ginecólogos a los que he ido, que hay una liga a favor de las ACOS. Cuando he preguntado por el diafragma, ¿me han dicho que “uy no! que es, poco efectivo” (...), incluso al pedir un método sin hormonas, me ofrecieron el anillo... ¡como si no llevara!”*, MA9

*“...él me insistía en ponerme el DIU, y no sé por qué...y yo le preguntaba: “¿es algo comercial?” ¿qué ha salido nuevo, lo probáis o por qué insistes en que me lo ponga?”*, MA18

*“les dije que quería cambiar las pastillas porque me sentaban muy mal, me hacían vomitar... y me dijo que no, que esas pastillas tenían muchos estrógenos y que me iba a recetar unas que me iban a ir mejor, ya que no tenían tantos estrógenos e iban a ser mejores para mí... pero no me dijo el por qué, ni nada”*, MA22

*“A los 16 fui a preguntar sobre algún otro método anticonceptivo (yo ya tomaba pastillas anticonceptivas) y me dijo “Tomate las pastillas que ya tomas y ya está” y me fui de la consulta sin ninguna información más”*, MJ10

*“...yo le dije al ginecólogo que estudiaba enfermería y entonces él se relajó un poco y me explicó un poco más ... porque al principio como que no quería entrar mucho en el tema porque no sabía cómo explicármelo sin que fuera muy técnico... entonces...crea una falta información al final ”*, MJ8

*“yo creo que quizá tendría que haber un examen más exhaustivo para saber tus condiciones, lo hacen en determinados centros (privados) (...) hablamos te hacen un análisis de sangre miran tus niveles de hormonas, y a partir de ahí te dan una cosa u otra”*, MJ3

*Etapa 3. Respetar la elección del método en un contexto de decisiones compartidas, incorporando información para el uso del método y seguimiento de este*

Algunas usuarias sentían que el profesional les impone el método anticonceptivo, sin ofrecerles otras opciones anticonceptivas o bien, que no les apoyó cuando expresaban su voluntad de utilizar un método concreto, diferente al recomendado.

#### **Resistencia del profesional a ceder el poder de decisión**

*“Es que el tema de los anticonceptivos es muy personal por opiniones, experiencias personales y demás...como que te da un poquito más de autonomía a ti a la hora de decidir (...) que no simplemente que el médico controle lo que tú tienes que hacer y lo que no... Que habrá médicos que es con buena intención, pero al final no deja de ser un tratamiento para ti, que, si te va bien o no... a ellos no les afecta, entonces si no tienes una buena relación con el profesional, o lo que sea, pues te va a dar lo que le vaya mejor para él y punto”, MJ8*

*“la ginecóloga me frenó el tema del DIU...y me dijo que siguiera con las pastillas si quería seguir con algún método contraceptivo...no me dio más información sobre otros métodos...”, MJ13*

*“tomo estas pastillas anticonceptivas porque son unas que me dio el ginecólogo...me dijo que me las tomara, pero sin darme más opciones...”, MJ9*

*“pero el tema de la ligadura... es yo que cuando fui a la consulta me dio la sensación de que la comadrona no me apoyaba en la decisión, cuando para mí no ha sido una decisión de “me levanto y ¡uy! me voy a hacer una ligadura!” ..., para mí ha sido una decisión súper meditada”, MA19*

*“Cuando me quedé embarazada me regañó, me dijo de todo...o sea, de todo menos guapa...hasta que me enfadé y le dije, mira tengo cuarenta y un años, me quedé embarazada de mi marido y ha sido un accidente...”, MA22*

Sin embargo, hay mujeres que se sentían cómodas y confiaban en que el profesional decidía el mejor método para ellas.

#### **Resistencia del usuario a asumir la decisión**

*“Buenos yo tengo mucha confianza en ella y le digo: lo que tú me recomiendes, yo lo seguiré”, MJ9*

*“pero porque yo confío en ella y sé que si me hubiera dicho que no va bien (el método anticonceptivo), no lo uso directamente...”, MJ9*

*“en mi caso siempre le pregunto al ginecólogo... porque en mi país en Venezuela es mucha tendencia que si necesitas algo le consultas al médico. (...) y hasta que el ginecólogo no te lo aprueba tú no vas a comprar nada”, MJ5*

Reclamaron, en general, poder tener una mayor accesibilidad al sistema y/o a información fiable, fuera de la consulta para favorecer su implicación en el proceso de decisión y poder resolver las dudas, si surgen, durante la utilización del método. Las mujeres (MA y MJ), consideraron que es importante un buen seguimiento posterior, por parte de los profesionales, y que podría estar respaldado por folletos, trípticos o un espacio web fiable y actualizado. Mostraron en general interés en la creación de una HATD en anticoncepción y hacen sugerencias sobre cómo les gustaría que fuera. Demandaron

contenido audiovisual y poco texto, presencia de testimonios reales, asistente virtual y/o teléfono gratuito para las consultas. A los más jóvenes (A), también les gustó la idea de poder acceder a información vía web, pero remarcan la necesidad de que sea accesible desde el móvil y que se acceda a ella a partir de redes sociales, como Facebook o Instagram.

#### **Opiniones sobre la accesibilidad a la información, fuera de la consulta**

*“yo creo que hay información, pero que tienes que ir tu a buscarla... Que tu no la tienes al alcance... has de buscarte tú la vida, has de ser tu...”, MA11*

*“...yo creo que sería interesante la recomendación de un espacio web con testimonios (...) también con información concreta de los diferentes métodos, y videos... que deberían ser cortos... muy esenciales... menos de un minuto, creo que es preferible fragmentar, píldoras de lo más fundamental, que sea fácil de ver desde cualquier dispositivo móvil, fácil de navegar... un poco que, de cada método, que tuvieras efectividad, protección, y decides para poderlos comparar...”, MA5*

*“...con dibujos que se vean súper claros”, MJ5*

*“...con ideas básicas y luego acceso a más información”, MJ7*

*“...si hay mucho texto no se va a leer.... yo soy un caso raro que me gusta leer mucho, (...) la gente ve 4-5 cosas y sale corriendo”, MJ2*

*“Charlas, las justas. Letras, las justas. Imagen, película, film... Dos minutos. Tres minutos. Mas no. Cuando vas al colegio y tienes al niño pequeño al cabo de 5 minutos no le estás hablando que ya está jugando con el de al lado y no lo entiende. Tiene que ser película. Audiovisual.”, H9*

*“también podría ser interesante, aparte de lo del teléfono, que en esa página web, se ofreciera la posibilidad de poder hacer una consulta por escrito a un asistente virtual, como también hacen algunas empresas, como Ikea“, MA5*

*“...Más que una página web, sería interesante poner información en Instagram con un link que se pueda ir a la página web(...) es lo que ahora se lleva”, A4*

Experiencias y necesidades de profesionales implicados en la toma de decisiones en anticoncepción

**Tabla 9: Clasificación de las categorías de los profesionales según las etapas descritas por Holt et al. [196]**

<u>Etapas descritas en el marco teórico de Holt et al.</u>	<u>Categorías identificadas</u>
<b>1ª ETAPA - Explorar las necesidades, preferencias y experiencias previas con anticonceptivos, para adaptar la comunicación, a las demandas y preocupaciones específicas</b>	La elección en base a las influencias del entorno
	Dificultades en la comunicación con la usuaria (idioma y culturas diversas, sobrecarga asistencial y falta de conocimientos en anticoncepción)
<b>2ª ETAPA - Facilitar la toma de decisiones ante la elección del método proporcionando información actualizada de todas las opciones: eficacia, mecanismo de acción, efectos secundarios, contraindicaciones, barreras a su uso, etc., de manera neutral y comprensible</b>	La importancia de dar información actualizada, sobre eficacia, coste, seguridad, prevención ITS, ES... de los diferentes métodos
	Falta de formación específica en anticoncepción de los profesionales, un obstáculo para un asesoramiento adecuado y neutral
<b>3ª ETAPA - Respetar la elección del método en un contexto de decisiones compartidas, incorporando información para el uso del método y seguimiento de este</b>	Enfoque paternalista predominante
	Sistema sanitario que dificulta un buen seguimiento
	Necesidad de mejorar la accesibilidad a la información a profesionales y usuarios en entornos amigables

*1ª Etapa- Explorar las necesidades, preferencias y experiencias previas con anticonceptivos, para adaptar la comunicación, a las demandas y preocupaciones específicas*

Refirieron, que las mujeres llegan con la idea de un método, según su edad o de si tienen pareja: los adolescentes prefieren los preservativos, las mujeres más jóvenes, los ACOS y las mujeres adultas, los DIU. Aunque los profesionales coincidieron en que se debería asesorar sobre otros métodos, e indagar en la situación personal y económica, momento

vital o experiencias con otros métodos, reconocen que no lo hacen, manteniéndose al margen de la elección. La mayoría de ellos coincidieron en que falta conocimiento sobre anticoncepción en la población y en que habría que individualizar el asesoramiento, aunque lo entienden más como informar sobre un método, que como favorecer a la usuaria la elección del método en base a una decisión compartida.

#### **La elección en base a las influencias del entorno**

*“toma pastillas, y le van bien. Y tú le intentas explicar que, pues el DIU igual le iría mejor. La gente ya viene con una idea de un método AC. Quieren pastillas, porque su vecina del cuarto las toma y le va bien (...) entonces es muy difícil convencerlas...” (Enfermera, 53 años)*

*“...tienes que acotar la información según las características de la paciente, su patología médica, y lo que crees que le va a ir mejor... porque a veces, lo que le va mejor a la paciente en tu opinión médica, no es lo que ella quiere...” (Médico de familia, 60 años)*

*“... por eso hay tantos métodos anticonceptivos, porque hay muchos perfiles de mujer. Yo lo primero que explico es lo que ella me pide. Me aseguro de que me lo pide porque lo conoce, le aclaro las dudas y si le sigue interesando, vale. Lo que yo pienso es que, si sale de la consulta con un método distinto del que ella ha decidido, no lo usará ...” (Médico de familia, 47 años)*

*“porque muchas chicas se basan en la experiencia de alrededor, ¿no? de su amiga, de su hermana, (...) con lo cual hay mucha predisposición hacia a según qué métodos AC, o quieren usar uno porque a tal persona le va bien, con lo cual desconoce completamente los efectos secundarios, o si es apropiado para ella o no” (Ginecóloga, 31 años)*

*“la franja de los más jóvenes, se guían por conocidos, por amigos “a ella le va muy bien a mi amiga, no sé qué” no se centran igual tanto en lo que le vendría mejor a ella, sino que va un poco guiada por las influencias, por las amistades, conocidos...” (Ginecóloga, 26 años)*

Los profesionales percibían que las usuarias a las que atienden tienen pocos conocimientos en materia de anticoncepción y dificultades a la hora de interpretar un prospecto. Esto se agrava, en el entorno de mujeres inmigrantes. Algunos de los aspectos que consideraban que dificulta y/o empeora esta situación son, la sobrecarga asistencial, la barrera idiomática y la falta de formación específica en anticoncepción de los profesionales.

#### **Dificultades en la comunicación con las usuarias (idioma y culturas diversas, sobrecarga asistencial y falta de formación específica en anticoncepción)**

*“Todo eso lo pone en el prospecto...pero por alguna razón la gente lee los prospectos y no acaba de entenderlos... porque después de un olvido allí te pone claramente que uses un método de barrera...pero no lo hacen”, (Médico de familia, 60 años)*

*“Porque ahora en consulta tenemos una barrera idiomática...que por mucho que quieras dar la información, hay personas que no la recibirán toda...” (Ginecóloga, 26 años)*

*“... tienes sobrecarga asistencial y, además, no tienes una formación específica... Por lo que una visita te tomará mucho tiempo porque estás desinformado, por lo tanto, no sabes informar...la mujer tiene dudas y probablemente sale insatisfecha...otro problema es el desconocimiento porque aún hay profesionales que deciden suspender el método anticonceptivo para realizar descansos ...”, (Matrona, 29 años)*

*"también pienso que no solamente los usuarios desconocen los métodos anticonceptivos, sino que los profesionales tienen una falta de información y acabamos decidiendo por ellos.", (Matrona, 65 años)*

*"...yo siempre hablo desde la experiencia de donde yo trabajo... si te viene una marroquina o una china y no me entiende..., ¿cómo lo hago? ¿Cómo le puedo explicar cómo funciona un método natural?", (Matrona, 60 años)*

*"...trato mucho con jóvenes marroquí y la información que tienen sobre anticoncepción es nula, no saben nada de nada, como mucho el preservativo...", (Educatora social, 36 años)*

*Etapa 2. Facilitar la toma de decisiones ante la elección del método proporcionando información actualizada de todas las opciones: eficacia, mecanismo de acción, efectos secundarios, contraindicaciones, barreras a su uso, etc., de manera neutral y comprensible*

Los profesionales creyeron importante informar adecuadamente a la población durante el asesoramiento anticonceptivo. Aspectos como el coste, la seguridad, la eficacia, la prevención de las ITS, los efectos secundarios y otros, han de ser considerados al informar sobre los diferentes métodos. Expusieron que, los principales motivos de cambio o incluso abandono del método anticonceptivo de las usuarias son el precio y los efectos secundarios. Con respecto a los efectos secundarios, añadieron que deberían invertir más tiempo en explicarlos mejor, para intentar así, disminuir el abandono.

***La importancia de dar información actualizada, sobre eficacia, coste, seguridad, prevención ITS, ES... de los diferentes métodos***

*"...es fundamental explicar cómo funciona, cómo se utiliza, si tiene algún efecto secundario ... si hay algún cambio..., por ejemplo, si hablamos del implante, lo que primero se le explica es el tanto por ciento de probabilidad de que se quede en amenorrea, tanto por ciento que tiene de probabilidad de tener un sangrado irregular...", (Matrona, 51 años)*

*"...Yo pienso que la clave está en dedicar tiempo a explicar las cosas... por ejemplo, en el caso del DIU hormonal: que un tercio de las mujeres se quedan en amenorrea o igual la tienen una o dos veces al año (la menstruación), o bien tienen reglas muy escasas... y habrá otras que con el DIU de cobre tendrán reglas abundantes y prolongadas... en definitiva, si lo explicas bien... las mujeres se adaptan y aceptan mejor el método...", (Matrona, 54 años)*

*"En gente joven es importante explicarle muy bien que el preservativo ya no es sólo para evitar el embarazo, ...se ha olvidado un poco el miedo del VIH que había hace unos años, y creo que eso también es muy importante al final ", (Residente de ginecología, 26 años)*

*"... ha habido muchas usuarias que han cambiado su método por motivos económicos. Por ejemplo, todas las usuarias del anillo vaginal, que había muchas y estaban muy contentas, han cambiado de método y han pasado a un anticonceptivo oral subvencionado porque no se pueden pagar lo que vale el parche o el aro...", (Ginecóloga, 26 años)*

Los profesionales reconocieron una falta de conocimientos sobre algunos métodos anticonceptivos, falta de formación adecuada y desactualización sobre anticoncepción, y les preocupa que ello provoque un asesoramiento dirigido hacia aquellos métodos que mejor conocen o influya en la desinformación de las usuarias. Consideran que una formación adecuada les permitiría asesorar mejor, en el tiempo limitado que tienen en la consulta. Las cargas asistenciales son un argumento para excusar la falta de información de todos los métodos disponibles.

#### **Falta de formación específica en anticoncepción de los profesionales**

*“...hay profesionales que, ante una demanda de anticonceptivos hormonales combinados, al no saber, siguen dando “Loeb”, “Sibilla” o “Diane 35”, aunque las guías dicen que no hay que darlas...esto pasa porque no nos actualizamos... y si nosotros mismos no conocemos las características de los métodos ¿Cómo vamos a explicarlos o prescribirlos?”, (Matrona, 29 años)*

*“pienso que no solamente los usuarios desconocen los métodos anticonceptivos, sino que entre profesionales también hay una falta de información y acabamos decidiendo por ellos”, (Matrona, 65 años)*

*“...la sobrecarga asistencial hace que las consultas, tal vez, no sean lo suficientemente largas (...), pero, además, no tienes una formación específica en eso y esto te tomará mucho tiempo en consulta porque tú estás desinformado, no sabes informar, la mujer tiene dudas, tú le generas más dudas, es un no acabar, ¿no? y probablemente la mujer sale insatisfecha y tú también...”, (Médico de familia, 52 años)*

*“se debería informar más a la usuaria cuando tú estás recomendando un método o le estás aconsejando, también explicarle un poquito más allá de cómo utilizar ese método...falta pedagogía...”, (Ginecóloga, 26 años)*

*Etapa 3. Respetar la elección del método en un contexto de decisiones compartidas, incorporando información para el uso del método y seguimiento de este*

Algunos profesionales reconocieron que persiste un paradigma paternalista en la atención asistencial y suelen decidir ellos el método anticonceptivo para la mujer. La percepción de confianza de las mujeres hacia ellos, como profesionales, es una de las razones argumentadas. También expresaron que el consejo anticonceptivo, lo realizaban en función del nivel de responsabilidad que percibían de la usuaria con respecto a su salud.

#### **Enfoque paternalista predominante**

*“...ahí estamos decidiendo por ella, creo, que es el modelo del que venimos y que sigue estando, que nos cuesta cambiar, porque la tendencia que tenemos es a eso, a decidir por ella, y piensas, ¿cómo te voy a meter ahora en este lío? ... quizás una “herramienta de este tipo” (HATD en anticoncepción), es la manera de garantizar que llegue la información”, (Médico de familia, 52 años)*

*“en cualquier caso yo creo que ellas, en el fondo, confían bastante en nosotros, los profesionales. Cualquier método que tú les digas...porque siempre te dicen, aconséjame el mejor, (...) la mayoría se dejan aconsejar bastante. Se fían bastante de ti”, (Matrona, 60 años)*

*“yo creo que depende de la mujer, del momento, porque, por ejemplo, yo si tengo a una mujer que va por el cuarto hijo, pues depende de qué método, ya ni se lo hablo...creo...”*, (Matrona, 60 años)

*“...Es la facilidad de la mujer de: dime lo que tengo que usar y me lo pones...”*, (Médico de familia, 45 años)

*“hay profesionales que deciden por las mujeres que acuden a consulta al presentarles únicamente lo que ellos creen que deberían escoger”*, (Matrona, 29 años)

Coincidieron algunos profesionales en que el retraso administrativo en la derivación de las usuarias para la administración de algunos de los métodos anticonceptivos de larga duración (DIU o implante) incrementa el riesgo de embarazo, a la vez que dificulta la relación con el profesional, ya que las mujeres responden mal ante la demora.

#### **Sistema sanitario que dificulta un buen seguimiento**

*“el hecho es que cuando la mujer pide la visita, lo hace en caliente y lo quiere ya (DIU o implante) (...) entonces el hecho de que tarde un mes o tarde dos... o el simple hecho de decirle que cuando le venga la regla llame y que cuando llame las visitas estén todas cubiertas y tenga que esperar al mes siguiente...eso es un problema...eso es un problema...ya que además muchas se enfadan...”*, (Matrona, 65 años)

*“si tú tienes una lista de espera para una vasectomía de X meses, le tienes que decir que hasta la cirugía, hay que usar un método. No es el único problema, obviamente, pero está demostrado con mucha evidencia el quickstart: si el día que vienen a consulta empiezan el método, la adherencia al tratamiento es más alta que si tienen que esperarse. Está demostrado que es así...”*, (Médico de familia, 52 años)

Por otro lado, algunos profesionales expresaron que la consulta podría resultar un lugar poco confortable para alguno/as de lo/as usuarios/as más jóvenes, que se sienten más cómodos hablando del tema en talleres o espacios externos a los centros de salud.

Destacaron la idoneidad del uso de estrategias, para mejorar el asesoramiento en contracepción, como las HATD, lo que favorecería que las usuarias acudieran a la consulta previamente informadas, sobre los métodos disponibles. También consideraron que la creación de una HATD en anticoncepción les permitiría, tener un espacio donde ellos consultar información y actualizarse.

#### **Necesidad de mejorar la accesibilidad a la información a profesionales y usuarios en entornos amigable**

*“Yo me he encontrado muchas veces que no quieren ir directamente al CAP, con médicos o enfermeras...quizás la bata blanca les asusta, no lo sé... y piden algún profesional más de pie de calle, tal vez más de tú a tú, ¿no? Y entonces muchas veces los derivamos a espacios de salud, que quizá enfocan el tema de una forma más informal, o allí también reparten preservativos... es como un taller, más que ir directamente a la consulta... esa es mi experiencia...”*, (Educatra social, 36 años)

*“... Siempre dejar la puerta abierta que pueda llamar para cualquier duda que tenga, ¿no? Pero sobre todo qué es el método, en qué consiste, qué es lo que implica, el modo de uso, y que hacer si algo no va bien ...”*, (Matrona, 51 años)

*“...Tenemos mucha falta de tiempo en consulta y tener una herramienta que, cómodamente y en poco espacio de tiempo, te pueda a ayudar para que la mujer tome la decisión... pues sí, creo que puede ser útil...”* (Médico de familia, 41 años)

*“Una herramienta la usaríamos mucho en el día a día. Lo compartiríamos con el paciente ya que es el que tiene que decidir...Le explicamos pros, contras y todas las opciones. Pero el paciente es el que debe decidir. Nosotros les damos apoyo, evidentemente...si tenemos una herramienta que nos ayude a hacer estas cosas, mucho mejor”, (Médico de familia, 52 años)*

*“Supongo que estaría bien que esta herramienta estuviera en diferentes idiomas: árabe, inglés, francés, ruso quizás...y chino”, (Matrona, 51 años)*

*“...sería bueno tener testimonios de todo, en la HATD, positivos y negativos. y en mismo número”, (Matrona, 51 años)*

*“Sería interesante que hubiera una parte imprimible (HATD). De esta forma podemos hacer una segunda consulta donde discutir el tema de la primera mediante el impreso, indagar en si lo entendió todo o no ...” (Médico de familia, 52 años)*

*“Esta herramienta podría pedir al entrar y consultar una serie de datos, como, por ejemplo, si es fumadora... de cuántos cigarrillos...O sea como un algoritmo, para que te salga su perfil”, (Enfermera, 50 años)*

**Parte II de la investigación: condición de adherencia y conflicto decisional de las usuarias de una consulta de asesoramiento en anticoncepción ante la elección de un método anticonceptivo**

Investigación centrada, por un lado, en el análisis de la condición de adherencia de las usuarias y por el otro, en la valoración del conflicto decisional ante la elección de un método anticonceptivo, en relación a la utilización de una Herramienta de ayuda a la toma de decisiones, durante el asesoramiento.

**Resultados sociodemográficos, clínicos y obstétricos de las usuarias participantes**

La muestra estuvo compuesta por 895 usuarias que acudieron a una consulta con necesidad de asesoramiento. Tenían una edad de  $\bar{x}=28,42$  (DS=7,43, rango=15 a 48) y los lugares de residencia fueron Cataluña (41,3%, n=370), Madrid (26%, n=233), la Comunidad Valenciana (13,6%, n=121), Galicia (6,9%, n=61), el País Vasco/La Rioja (4,2%, n=38), y la Comunidad de Aragón (8%, n=72). La mayoría de las participantes habían nacido en España (62,1%, n=556), eran solteras (68,4%, n=612), con estudios universitarios (34,2%, n=306) y estaban empleadas (57,9%, n=518). En cuanto a los datos obstétricos y ginecológicos, el 59,9% de las mujeres utilizaba un método anticonceptivo (n=536), el antecedente de aborto espontáneo era del 14,5% (n=130) y el antecedente de embarazo no planificado era del 26,1% (n=234). El método anticonceptivo más común fue el preservativo masculino (40,1%, n=359) (ver Tabla 10).

**Tabla 10: Datos sociodemográficos, obstétricos y ginecológicos de las usuarias**

		<b>n (%)</b>
<b>Edad (años)</b>		28.42
<b>Lugar de Nacimiento</b>	España	556 (62.1)
	Extranjero	339 (37.9)
<b>Estado civil</b>	Casada	232 (25.9)
	Soltera	612 (68.4)
	Separada, divorciada o viuda	51 (5.7)
<b>Convivencia en pareja</b>	Sí	539 (60.2)
	No	356 (39.8)
<b>Tiene hijos</b>	Sí	464 (51.8)
	No	431 (48.2)
<b>Nivel de estudios</b>	Estudios primarios	60 (6.7)
	Estudios secundarios de primera etapa o inferiores	260 (29.1)
	Estudios secundarios de segunda etapa	269 (30.1)
	Estudios universitarios	306 (34.2)
<b>Situación laboral</b>	Desocupada	118 (13.2)

	Ocupada	518 (57.9)
	Tareas del hogar u otra inactividad	90 (10.1)
	Estudiante	162 (18.1)
	NS/NC	7 (0.7)
<b>Antecedentes obstétricos</b>	Embarazo no planificado	Sí: 234 (26.1)
		No: 658 (73.5)
		NS/NC: 3 (0.4)
	Aborto no espontáneo	Sí: 130 (14.5)
		No: 105
<b>Datos ginecológicos</b>	Usa actualmente algún método anticonceptivo	Sí: 536 (59.9)
		No: 298 (33.3)
		NS/NC: 61 (6.8)
	Usa: Preservativo masculino	359 (40.1)
	Usa: Anticonceptivo Hormonal Oral Combinado	101 (11.3)
	Usa: Anticonceptivo Hormonal Oral de sólo gestágenos	18 (2)
	Usa: Implantes	18 (2)
	Usa: DIU Cobre	11 (1.2)
	Usa: Coitus Interruptus	26 (2.9)

\* En el cuestionario se incluyeron otros métodos como el preservativo femenino, inyectables solo gestágenos, anillo vaginal, parche, DIU progesterona, el diafragma, espermicida, esterilización tubárica, vasectomía, método Ogino, método billing, método de amenorrea de la lactancia (MELA). No se muestran aquí por la escasa presencia. Podían elegir más de un método anticonceptivo.

A continuación, se exponen los datos sociodemográficos, clínicos y obstétricos de las usuarias según el grupo al que pertenecían (GC o GE) (ver tabla 11).

**Tabla 11: Datos sociodemográficos de las usuarias según el grupo al que pertenecían**

		<b>GC n=418 (%)</b>	<b>GE n=477 (%)</b>
<b>Edad (años)</b>		28.81	28.08
<b>Lugar de Nacimiento</b>	España	244 (58.4)	312 (65.4)
	Extranjero	174 (41.6)	165 (34.6)
<b>Estado civil</b>	Casada	102 (24.8)	130 (27.6)
	Soltera	290 (70.4)	322 (68.4)
	Separada, divorciada o viuda	20 (4.9)	19 (4.0)
<b>Convivencia en pareja</b>	Sí	259 (62.0)	280 (58.7)
	No	159 (38.0)	197 (41.3)
<b>Tiene hijos</b>	Sí	238 (56.9)	226 (47.4)
	No	180 (43.1)	251 (52.6)
<b>Nivel de estudios</b>	Estudios secundarios de primera etapa o inferiores	155 (37.1)	165 (34.6)
	Estudios secundarios de segunda etapa	122 (29.2)	147 (30.8)
	Estudios universitarios	141 (33.7)	165 (34.6)

<b>Situación laboral</b>	Desocupada	63 (15.1)	55 (11.7)
	Ocupada	250 (60.1)	268 (56.8)
	Tareas del hogar u otra inactividad	46 (11.1)	44 (9.3)
	Estudiante	57 (13.7)	105 (22.2)
<b>Antecedentes obstétricos</b>	Embarazo no planificado	112 (26.8)	122 (25.7)
	Aborto no espontáneo	57 (13.6)	73 (15.3)
<b>Datos ginecológicos</b>	Usa actualmente algún método anticonceptivo	218 (58.0)	318 (69.4)
	Usa: Preservativo masculino	140 (33.5)	219 (45.9)
	Usa: Anticonceptivo Hormonal Oral Combinado	39 (9.3)	62 (13.0)
	Usa: Anticonceptivo Hormonal Oral de sólo gestágenos	9 (2.2)	9 (1.9)
	Usa: Implantes	8 (1.9)	10 (2.1)
	Usa: DIU Cobre	9 (2.2)	2 (0.4)
	Usa: Coitus Interruptus	6 (1.4)	20 (4.2)

\* En el cuestionario se incluyeron otros métodos como el preservativo femenino, inyectables solo gestágenos, anillo vaginal, parche, DIU progesterona, el diafragma, espermicida, esterilización tubárica, vasectomía, método Ogino, método billing, método de amenorrea de la lactancia (MELA). No se muestran aquí por la escasa presencia. Podían elegir más de un método anticonceptivo

En la figura 14 se muestra la presentación de los resultados de la parte II de esta investigación.



**Figura 14: Esquema de presentación de resultados de la parte II de la investigación.**

Fuente: Elaboración propia

### Valoración de la condición de adherencia al método anticonceptivo mediante la escala Morisky-Green (MMAS-4)

A continuación se exponen los resultados cuantitativos relacionados con la condición de adherencia de las usuarias que participaron en la segunda parte de esta investigación.

La muestra global fue de 895 usuarias, de las cuales 101 (11,3%) eran usuarias actuales de AHOC y 226 (25,2%) habían acudido a la consulta con la intención de utilizar AHOC. Centramos los resultados relacionados con la condición de adherencia en esta submuestra de 327 usuarias (ver tabla 12).

En primer lugar, el análisis se centró en cuantificar la prevalencia de usuarias no adherentes e identificar las características de la condición de adherencia. El análisis reveló que 6 de cada 10 usuarias eran no adherentes (60,6%), un 72,3% en el primer grupo (usaban AHOC) y un 55,1% en el segundo grupo (pretendían utilizar AHOC).

La tabla 12 muestra las características demográficas y obstétricas de la muestra, e incluye un análisis bivariante de cada factor. Los valores p inferiores a 0,05 eran indicativos de diferencias significativas en la condición de adherencia. Se relacionó con la condición de “no adherente” a las usuarias que estaban casadas, eran madres, fumadoras, que refirieron antecedentes previos de embarazo no planificado o que habían sufrido interrupción voluntaria del embarazo y las que vivían en pareja y estaban empleadas. No se hallaron diferencias en el peso, nivel de estudios o lugar de nacimiento.

**Tabla 12: Características sociodemográficas y obstétricas de la muestra, relacionadas con los resultados de condición de adherencia (n=327 en total)**

Variables categóricas	n=327 (% del total)	“No adherente” n=198 (% de fila)	“Adherente” n=129 (% de fila)	Valor de p
Estado civil				
Casada	54 (16.5%)	41 (75.9%)	13 (24.1%)	<b>.010</b>
Soltera u otro	270 (82.6%)	154 (57.0%)	116 (43.0%)	
Tiene hijos				
Sí	99 (30.3%)	72 (72.7%)	102 (44.7%)	<b>.003</b>
No	228 (69.7%)	126 (55.3%)	27 (27.3%)	
Vive en pareja				
Sí	149 (45.6%)	104 (69.8%)	45 (30.2%)	<b>.002</b>
No	178 (54.4%)	94 (52.8%)	84 (47.2%)	
Situación laboral				
Empleado	179 (54.7%)	122 (68.2%)	57 (31.8%)	<b>.002</b>
Desempleo	146 (44.6%)	75 (51.4%)	71 (48.6%)	
Antecedentes de embarazo no planificado				
Sí	64 (19.6%)	46 (71.9%)	18 (28.1%)	<b>.037</b>
No	262 (80.1%)	151 (57.6%)	111 (42.4%)	

Interrupción Voluntaria de embarazo				
Sí	49 (15.0%)	36 (73.5%)	13 (26.5%)	<b>.045</b>
No	278 (85.0%)	162 (58.3%)	116 (41.7%)	
Fumadora				
Sí	74 (22.6%)	53 (71.6%)	21 (28.4%)	<b>.027</b>
No	253 (77.4%)	145 (57.3%)	108 (42.7%)	
Nivel de estudios				
Estudios secundarios de primera etapa o inferiores				.999
Estudios secundarios de segunda etapa	112 (34.3%)	68 (60.7%)	44 (39.3%)	
Universidad	104 (31.8%)	62 (60.6%)	41 (39.4%)	
Universidad	111 (33.9%)	67 (60.4%)	44 (39.6%)	
Lugar de nacimiento				
España	222 (67.9%)	128 (57.7%)	94 (42.3%)	.120
Otros	105 (32.1%)	70 (66.7%)	35 (33.3%)	
<b>VARIABLES CONTÍNUAS</b>	<b>Media (DE)</b>	<b>Media (DE)</b>	<b>Media (DE)</b>	<b>p</b>
Edad	26.13 (0.40)	27.45 (0.51)	24.11 (0.58)	<b>&lt;0.001</b>
Peso	63.04 (0.69)	63.79 (0.85)	61.88 (1.17)	.177
Presión arterial sistólica	113.2 (0.62)	112.11 (0.78)	114.9 (0.99)	<b>.027</b>
Presión arterial diastólica	69.99 (0.46)	69.03 (0.58)	70.5 (0.73)	<b>.008</b>

Todos los valores p fueron significativos utilizando la corrección de comparaciones múltiples (valor p ajustado de Benjamini-Hochberg). DE: Desviación estándar

A continuación, se realizó una regresión logística binomial para determinar los efectos de todas las variables demográficas y obstétricas significativas ( $p < 0,05$ ) de la Tabla 12, sobre la probabilidad de no ser adherente entre esta muestra de usuarias que utilizaban AHOC o planeaban utilizarlo. El modelo de regresión logística fue estadísticamente significativo,  $\chi^2 = 49,931(10)$ ,  $p < 0,001$ , el modelo explicó el 20,0% ( $R^2$  de Nagelkerke) de la varianza y clasificó correctamente el 67,2% de los casos. La sensibilidad (clasificación correcta de las usuarias no adherentes) fue del 79,8%, la especificidad del 47,1%, el valor predictivo positivo del 71,3% y el valor predictivo negativo del 59,4%.

La tabla 13 muestra que la edad, la presión arterial diastólica y el hecho de ser fumadora siguen siendo factores estadísticamente significativos de ser “no adherente”. Las fumadoras tenían 2,081 veces más probabilidades de no ser adherentes que las no fumadoras (IC 95%: 1,085 a 3,945). El aumento de la edad se asoció con un aumento significativo de la probabilidad de no ser adherente (1,063 veces mayor por cada aumento de la edad; IC 95%: 1,008 a 1,121). El aumento de la presión arterial diastólica se asoció con una reducción significativa de la probabilidad de no ser adherente (Odds Ratio 0,958; IC95% 0,923 a 0,994). El resto de variables no se definieron como predictores de falta de adherencia, aunque el análisis bivariante mostrado en la Tabla 12 informó de una asociación con la condición de adherencia.

**Tabla 13: Regresión logística binomial para predecir la probabilidad de ser “no adherente” (MMAS-4) en función de factores demográficos y obstétricos (n=314 en t<sub>0</sub>)**

	B	Error estándar	Wald	g l	p	Odds Ratio	95% IC para Odds Ratio	
							Inferior	Superior
<b>Predictores categóricos</b>								
Estado civil Casada (Ref.) Soltera u otros	-.879	.486	3.271	1	.070	.415	.160	1.076
Tiene hijos No (Ref.) Sí	.084	.424	.040	1	.842	1.088	.474	2.496
Vive en pareja No (Ref.) Sí	.057	.320	.032	1	.859	1.059	.565	1.982
Situación laboral Empleada (Ref.) Desempleada	-.094	.293	.104	1	.748	.910	.512	1.617
Antecedentes de embarazo no planificado No (Ref.) Sí	.020	.691	.001	1	.977	1.020	.263	3.951
Interrupción Voluntaria del Embarazo No (Ref.) Sí	.375	.737	.259	1	.611	1.455	.343	6.164
Fumadora No (Ref.) Sí	.733	.320	5.243	1	<b>.022</b>	2.081	1.111	3.898
<b>Predictores continuos</b>								
Edad	.075	.027	7.511	1	<b>.006</b>	1.078	1.022	1.137
Presión arterial sistólica	-.017	.014	1.405	1	.236	.983	.957	1.011
Presión arterial diastólica	-.043	.019	5.075	1	<b>.024</b>	.958	.923	.994
Constante	4.016	1.567	6.571	1	.010	55.478		

*Todos los valores p fueron significativos utilizando la corrección de comparaciones múltiples (valor p ajustado de Benjamini-Hochberg).*

*Se excluyeron 13 casos de la muestra n=327 tras un análisis de valores atípicos*

En segundo lugar, el análisis se enfocó en contrastar la idoneidad de la utilización de la MMAS-4 para identificar situaciones de riesgo en las mujeres usuarias o potencialmente usuarias de AHOC. Dividimos la muestra en los dos subgrupos indicados anteriormente: a) mujeres que actualmente utilizan AHOC, y b) mujeres que estaban planeando un cambio de método a AHOC. El objetivo era centrar nuestra atención en dos direcciones: a) cómo se vinculaba la condición de adherencia con las principales razones para planificar el uso de otro método anticonceptivo (sólo para las usuarias actuales de AHOC) y b) cómo se vinculaba la condición de adherencia con las principales razones para planificar el uso de AHOC (sólo para las mujeres que planeaban un cambio de método a AHOC).

En la primera dirección (de AHOC a otro método anticonceptivo), la causa más probable argumentada fue el olvido ocasional de tomar las píldoras (24,8%). Entre las usuarias no adherentes, la probabilidad de responder a esta razón era significativamente mayor (el 31,5% de las usuarias no adherentes que utilizaban AHOC estaban planeando un cambio de método anticonceptivo vs el 7,1% de las adherentes): esta probabilidad era 5,998 veces mayor (IC95%: 1,307 - 27,027; p=0,011) en comparación con las usuarias adherentes. El sangrado entre periodos (13,9%), los dolores de cabeza (11,9%) y el aumento de peso (9,9%) fueron otros motivos con  $n \geq 10$  entre las 101 usuarias de AHOC. No encontramos diferencias significativas entre usuarias adherentes y no adherentes en estos otros factores.

En la segunda dirección (mujeres que pensaban utilizar AHOC, excluidas las actuales usuarias de AHOC), la causa más probable argumentada fue: búsqueda de un método anticonceptivo más eficaz (66,0%), consejos de otras mujeres (35,0%), mayor confianza con los AOC en comparación con el método anterior (26,1%), tener una pareja estable (22,7%), consejo profesional (21,7%), porque quiere un método anticonceptivo subvencionado (19,5%) y como reacción a la historia de un embarazo previo no planificado (14,6%). En casi todos los casos, no se encontraron diferencias significativas entre usuarias adherentes y no adherentes. Solamente el factor consejo profesional presentó un comportamiento diferente según la condición de adherencia: el 28% de las no adherentes refirieron este motivo, frente al 13,9% de las adherentes (ver tabla 14).

**Tabla 14: Motivos para cambiar al método anticonceptivo AHOC o desde el método anticonceptivo AHOC, comparado con los resultados de condición de adherencia (n=101 y n=226, en t<sub>0</sub>)**

Perfil	Factores	Total (%)	"No adherente" (%)	"Adherente" (%)	Análisis bivariado		
					OR	IC95%	p
Usuarias de AHOC: principales razones para querer cambiar a otro método anticonceptivo (n=101)	Olvido ocasional de tomar las pastillas	25 (24.8%)	23 (31.5%)	2 (7.1%)	5.988	1.307 – 27.027	<b>.011</b>
	Sangrado entre periodos	14 (13.9%)	4 (14.3%)	10 (13.7%)	1.050	.300 – 3.669	1.000
	Cefalea	12 (11.9%)	8 (11.0%)	4 (14.3%)	.739	.204 – 2.681	.733
	Ganar peso	10 (9.9%)	5 (6.8%)	5 (17.9%)	.338	.090 – 1.274	.135
No usuarias de AHOC:	Quiere un método	151 (66.8%)	78 (62.4%)	73 (72.3%)	.637	.361 – 1.122	.117

principales razones para cambiar al método anticonceptivo AHOC (n=226)	anticonceptivo más eficaz						
	Consejos de otras mujeres	79 (35.0%)	42 (33.6%)	37 (36.6%)	.875	.505 – 1.516	.634
	No confiaba en el método anterior	59 (26.1%)	35 (28.0%)	24 (23.8%)	1.248	.683 – 2.278	.471
	Tiene una pareja estable	53 (23.5%)	27 (21.6%)	26 (25.7%)	.795	.429 – 1.473	.465
	Consejo de profesional	49 (21.7%)	35 (28.0%)	14 (13.9%)	2.417	1.217 – 4.800	<b>.010</b>
	Quiere un método anticonceptivo subvencionado	44 (19.5%)	28 (22.4%)	16 (15.8%)	1.534	.777 – 3.026	.216
	Antecedente de embarazo no planificado	33 (14.6%)	20 (16.0%)	13 (12.9%)	1.289	.607 – 2.739	.508

Nota: se podía elegir más de una opción

Todos los valores p fueron significativos utilizando la corrección de comparaciones múltiples (valor p ajustado de Benjamini-Hochberg).

Por último, se realizó un seguimiento de las mujeres durante 1 año para conocer información sobre determinadas variables obstétricas a partir de su identificación como “adherentes” o “no adherentes” desde  $t_0$  hasta un año después ( $t_1$ ). El número de mujeres usuarias de AHOC en  $t_1$  era de  $n=147$ . De éstas, 48 (36 usuarias no adherentes y 12 adherentes) ya eran usuarias de AHOC en  $t_0$  y 99 (54 usuarias no adherentes y 45 adherentes) formaban parte del grupo que planeaba tomar AHOC en  $t_0$ . De las usuarias de AHOC en  $t_0$  que no continuaron siendo usuarias de AHOC en  $t_1$  (incluyendo 5 abandonos), el 68,9% eran “no adherentes”. De las que planeaban utilizar AHOC en  $t_0$  pero finalmente no pasaron a serlo en  $t_1$  (incluyendo 31 abandonos), el 55,9% eran “no adherentes”.

En el grupo de usuarias de AHOC en el momento  $t_1$  ( $n=147$ ), se evaluaron varios factores relacionados con el uso de este método anticonceptivo durante el último año, en función de su identificación como usuarias adherentes o no adherentes.

Se identificó un riesgo obstétrico significativamente mayor entre las usuarias “no adherentes”. Concretamente, se encontró una mayor probabilidad de haber olvidado tomar las píldoras (47,8% de este grupo pero 29,8% entre las adherentes,  $p=.031$ , Odds Ratio 2,153) y de haber tenido problemas relacionados con el uso del método anticonceptivo (27,8% de este grupo pero 3,8% entre las adherentes,  $p<.001$ , Odds Ratio 9,808).

Además, el grado de satisfacción con el método anticonceptivo (medido en una escala de 0 a 10) fue significativamente menor entre las usuarias “no adherentes” (media = 7,92) que entre las “adherentes” (media = 8,82), con un tamaño del efecto medio ( $d = 0,664$ ,  $p < .001$ ).

No se realizaron análisis en relación a la variable embarazo no planificado o en necesidad de tomar anticoncepción de emergencia ya que todos los casos identificados correspondían a usuarias “no adherentes”. Dada la naturaleza de estas dos variables, su corto período de seguimiento y que el tamaño de la muestra disponible era pequeño, este factor podría haber afectado a la posibilidad de realizar los análisis (Tabla 15).

**Tabla 15: Factores de riesgo en el uso de AOC en  $t_1$ , durante el último año (desde  $t_0$ ), por resultados MMAS-4 de condición de adherencia,  $n=147$  en  $t_1$**

Variables categóricas	Total (% del total de usuarias AHOC, $n=206$ )	“No adherente” (% de “no adherentes”, $n=128$ )	“Adherente” (% de “adherentes”, $n=78$ )	Análisis bivariado			Tamaño de Efecto
				OR	95% CI	p	$\phi$
Olvidarse de tomar las pastillas	60 (40.8%)	43 (47.8%)	17 (29.8%)	2.153	1.067 – 4.345	.031	.178
Algunas incidencias o problemas relacionados con el método anticonceptivo (AHOC)	27 (18.9%)	25 (27.8%)	2 (3.8%)	9.808	2.219 – 43.353	<.001	.296
Embarazo no planificado	1 (.7%)	1 (1.1%)	0 (0%)	-	-	-	-
Necesitó recurrir a anticoncepción de emergencia	2 (1.4%)	2 (2.2%)	0 (0%)	-	-	-	-
Variables continuas	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	d de Cohen	95% CI	p	
Grado de satisfacción con el método anticonceptivo	8.27 ± 1.56	7.92 ± 1.750	8.82 ± .984			<.001	.664

### **Evaluación del conflicto decisional ante la toma de decisiones en anticoncepción**

A continuación se exponen los resultados relacionados con el conflicto decisional. En primer lugar, se realizó un estudio de la fiabilidad de la escala utilizada en el contexto de toma de decisiones en anticoncepción. Para, a continuación, evaluar el conflicto en relación a la utilización de la HATD en anticoncepción hormonal (1ª fase de la HATD *Anticoncepción*).

#### Fiabilidad de la Escala de Conflicto Decisional en el contexto de toma de decisiones en anticoncepción

Para el estudio de la fiabilidad de la escala se utilizó el estadístico Alfa de Cronbach. Es un indicador que permite medir si los ítems que componen una escala aditiva son fiables, es decir, que las medidas son estables y presentan una elevada correlación entre ellas. Se obtuvo un valor de Alfa de Cronbach de 0,95, lo que indica un alto nivel de consistencia interna. Ningún elemento se presentó como imprescindible (el valor mínimo si se elimina fue 0,95) y las correlaciones entre los ítems y la escala indican que los elementos miden el mismo constructo subyacente (valor mínimo  $r=0,63$ ).

Se llevó a cabo un análisis factorial para identificar la posible presencia de dimensiones internas (Ver tabla 16). Tanto el estadístico KMO (0,94) como la prueba de esfericidad de Bartlett ( $p<0,001$ ) indican la adecuación de los datos para realizar el análisis. Se obtuvieron 2 factores con autovalores superiores a 1 mediante rotación Varimax. Estos factores explicaban el 68,84% de la varianza inicial correspondiente a los 16 ítems, con un peso del 37,07% y del 31,77% respectivamente. La primera dimensión incorpora los ítems relativos al proceso de decisión (incorpora aspectos de incertidumbre, conocimiento e información y claridad) mientras que la segunda dimensión incorpora los ítems relativos a la valoración sobre la decisión (incorpora aspectos como el apoyo, la seguridad, la facilidad, la importancia, la firmeza o la satisfacción con la decisión). En ambos casos se replicó el análisis de la fiabilidad, siendo alto tanto para la dimensión 1 (Alfa de Cronbach = 0,93) como para la dimensión 2 (Alfa de Cronbach = 0,93).

**Tabla 16: Análisis factorial de las dimensiones internas de la Escala de Conflicto Decisional**

	<b>Dimensión 1</b>	<b>Dimensión 2</b>
<b>Yo soy <b>consciente</b> de las diferentes opciones que tengo</b>	0.72	
<b>Yo siento que <b>conozco</b> los aspectos positivos de cada opción</b>	0.83	
<b>Yo siento que <b>conozco</b> los aspectos negativos de cada opción</b>	0.83	

Yo tengo <b>claridad</b> acerca de cuan importantes son los aspectos positivos para mí	0.78	
Yo tengo <b>claridad</b> acerca de cuan importantes son los aspectos negativos para mí	0.82	
Yo tengo <b>claridad</b> acerca de qué es lo más importante para mí	0.75	
Yo tengo la cantidad apropiada de <b>apoyo</b> de otros para tomar esta decisión	0.63	
Yo estoy tomando esta decisión sin ninguna <b>presión</b> de otras personas	0.59	
Yo cuento con suficientes <b>consejos</b> acerca de las opciones	0.69	
Está claro cuál es la mejor <b>opción</b> para mí		0.78
Yo estoy segura de lo que tengo que hacer en esta <b>decisión</b>		0.79
Esta es una <b>decisión</b> fácil de tomar para mí		0.84
Yo siento que he hecho una <b>elección</b> bien informada	0.50	0.69
Mi decisión muestra lo que es <b>importante</b> para mí		0.73
Yo espero mantenerme <b>firme</b> en mi decisión		0.76
Yo estoy <b>satisfecha</b> con mi decisión		0.80

Fuente: Urrutia M, Campos S, O'Connor A. (2008) [56]

### Estudio del Conflicto Decisional

La puntuación media de la escala de conflicto decisional fue  $\bar{x} = 12,7$ , la mediana fue 9,4, el Huber M-estimator fue 11,5 y la desviación típica 12.6. Se analizaron también por separado las puntuaciones de las subescalas: los niveles más altos de conflicto decisional se encontraron en la subescala de incertidumbre ( $\bar{x} = 14,6$ ) y los más bajos en la subescala de soporte ( $\bar{x} = 10,8$ ). No obstante, estos resultados se vieron afectados por la presencia de casos extremos y la asimetría positiva. El estimador M de Huber, que limita este efecto, mostró unas puntuaciones superiores en la subescala de soporte e inferiores en la de decisión efectiva (Ver tabla 17).

**Tabla 17: Puntuación total en la Escala de Conflicto Decisional de O'Connor y en sus subescalas**

	Puntuación total escala	Subescala Incertidumbre	Subescala Información	Subescala Claridad de valores	Subescala de Soporte	Subescala Decisión efectiva
Media	12.7	14.6	12.8	12.4	10.8	12.7
Mediana	9.4	8.3	8.3	8.3	8.3	6.3
Estimador M de Huber	11.5	9.8	9.7	8.5	10.5	8.1
Desviación estándar	12.6	17.4	15.0	14.4	12.7	14.0

Posteriormente, se evaluó el nivel de conflicto decisional en relación a la utilización de la HATD en anticoncepción hormonal. Se realizó una comparación del conflicto entre el grupo que recibió el asesoramiento utilizando la herramienta en anticoncepción (GE) y el grupo que recibió el asesoramiento habitual (GC). Los niveles de conflicto decisional fueron significativamente más altos en las usuarias del GE que en las del GC, si bien el tamaño del efecto fue bajo (ver Tabla 18). Además, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de las 5 subescalas de ambos grupos.

**Tabla 18: Puntuación total en la Escala de Conflicto Decisional de O'Connor y en sus subescalas por grupos**

	<b>Puntuación total</b>	<b>Subescala Incertidumbre</b>	<b>Subescala Información</b>	<b>Subescala Claridad de valores</b>	<b>Subescala de Soporte</b>	<b>Subescala Decisión efectiva</b>
	<b>Media (DS)</b>	<b>Media (DS)</b>	<b>Media (DS)</b>	<b>Media (DS)</b>	<b>Media (DS)</b>	<b>Media (DS)</b>
GC	10.5 (11.0)	11.2 (11.2)	10.8 (13.7)	9.0 (11.3)	11.6 (15.9)	10.0 (12.4)
GE	14.6 (13.6)	14.2 (14.6)	13.9 (14.8)	12.3 (13.6)	17.2 (18.2)	15.0 (14.9)
Valor de p <sup>α</sup>	<0.001	<0.001	0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Tamaño de efecto <sup>β</sup>	0.160	0.101	0.109	0.126	0.160	0.177

<sup>α</sup> Del test Mann Whitney U

<sup>β</sup> d-Cohen

Profundizando en esta cuestión, se identificó que la composición del grupo control y del grupo experimental presentaba diferencias en lo relativo a diversas variables sociodemográficas y obstétricas. Así, en el GE había una mayor presencia de nacidas en España, sin hijos y de usuarias estudiantes en comparación con el GC, mientras que no existieron diferencias estadísticamente significativas con relación a la edad, estado civil, convivencia en pareja ni nivel de estudios. En lo que refiere a los datos obstétricos y ginecológicos (ver Tabla 19), se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el uso actual de algún método anticonceptivo y, concretamente, en el caso del preservativo masculino, del DIU cobre y del coitus interruptus. En estos casos, las usuarias del GE presentaron un mayor uso en todos los casos excepto en el DIU cobre. No se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos en relación a la presencia

de antecedentes de embarazos no planificados, de abortos no espontáneos ni en el uso de otros métodos anticonceptivos.

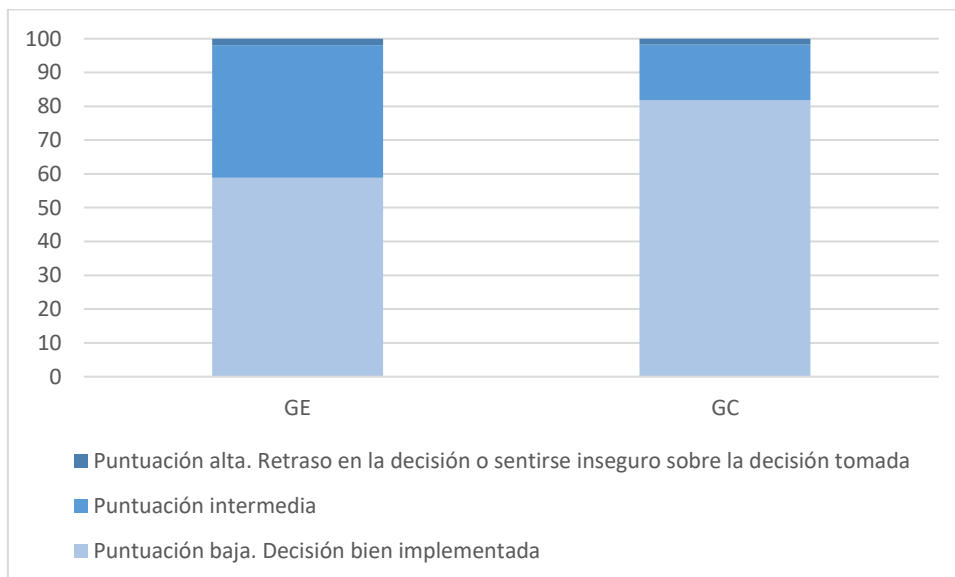
**Tabla 19: Relación entre las variables sociodemográficas, obstétricas y ginecológicas y el grupo al que pertenecían las usuarias**

		<b>GC n=418 (%)</b>	<b>GE n=477 (%)</b>	<b>p</b>
<b>Edad (años)</b>	28.42 (7.43)	28.81	28.08	0.127
<b>Lugar de Nacimiento</b>	España	244 (58.4)	312 (65.4)	0.030
	Extranjero	174 (41.6)	165 (34.6)	
<b>Estado civil</b>	Casada	102 (24.8)	130 (27.6)	0.565
	Soltera	290 (70.4)	322 (68.4)	
	Separada, divorciada o viuda	20 (4.9)	19 (4.0)	
<b>Convivencia en pareja</b>	Sí	259 (62.0)	280 (58.7)	0.320
	No	159 (38.0)	197 (41.3)	
<b>Tiene hijos</b>	Sí	238 (56.9)	226 (47.4)	0.004
	No	180 (43.1)	251 (52.6)	
<b>Nivel de estudios</b>	Estudios secundarios de primera etapa o inferiores	155 (37.1)	165 (34.6)	0.729
	Estudios secundarios de segunda etapa	122 (29.2)	147 (30.8)	
	Estudios universitarios	141 (33.7)	165 (34.6)	
<b>Situación laboral</b>	Desocupada	63 (15.1)	55 (11.7)	0.008
	Ocupada	250 (60.1)	268 (56.8)	
	Tareas del hogar u otra inactividad	46 (11.1)	44 (9.3)	
	Estudiante	57 (13.7)	105 (22.2)	
<b>Antecedentes obstétricos</b>	Embarazo no planificado	112 (26.8)	122 (25.7)	0.721
	Aborto no espontáneo	57 (13.6)	73 (15.3)	0.480
<b>Datos ginecológicos</b>	Usa actualmente algún método anticonceptivo	218 (58.0)	318 (69.4)	0.001
	Usa: Preservativo masculino	140 (33.5)	219 (45.9)	<0.000
	Usa: Anticonceptivo Hormonal Oral Combinado	39 (9.3)	62 (13.0)	0.084
	Usa: Anticonceptivo Hormonal Oral de sólo gestágenos	9 (2.2)	9 (1.9)	0.777
	Usa: Implantes	8 (1.9)	10 (2.1)	0.846
	Usa: DIU Cobre	9 (2.2)	2 (0.4)	0.019
	Usa: Coitus Interruptus	6 (1.4)	20 (4.2)	0.014

\* En el cuestionario se incluyeron otros métodos como el preservativo femenino, inyectables solo gestágenos, anillo vaginal, parche, DIU progesterona, el diafragma, espermicida, esterilización tubárica, vasectomía, método Ogino, método billing, método de amenorrea de la lactancia (MELA). No se muestran aquí por la escasa presencia. Podían elegir más de un método anticonceptivo.

Se controló si estas diferencias podían sesgar los diferentes niveles de conflicto decisional entre los dos grupos. Para ello, se codificó la variable de resultado (puntuación de la escala de conflicto decisional) convirtiéndola en una variable categórica según las recomendaciones del manual de uso de la Escala de Conflicto Decisional de O'Connor [55]. Así, puntuaciones superiores a 37,5 en la Escala de Conflicto Decisional se identificaron con retraso en la decisión o inseguridad acerca de su implementación (*decision delay or feeling unsure about implementation*), mientras que puntuaciones inferiores a 25 se vincularon a *implementing decisions*.

El 1,9% de las usuarias del GE (n=9) presentaron puntuaciones superiores a 37,5 en la escala de conflicto decisional, por un 1,7% (n=7) entre las usuarias del GC, por lo que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en lo referente a un alto nivel de conflicto decisional (Chi cuadrado = 0,057; p=0,811; Riesgo Relativo GE= 0,888, IC95%: 0,333 a 2,362). Sí hubo diferencias estadísticamente significativas entre el GC y el GE en los casos de bajo nivel de conflicto decisional: el GC presentó un mayor porcentaje de usuarias (81,8%) con bajo nivel de conflicto decisional en comparación al GE (58,9%) (Chi cuadrado = 555,265; p<0,001; Riesgo Relativo GE = 0,442, IC95%: 0,352 a 0,557) (Figura 14).



**Figura 15: Distribución de los valores altos, intermedios y bajos en la Escala de Conflicto Decisional de O'Connor por grupos**

Se evaluó el nivel de conflicto decisional en las usuarias en función de sus características sociodemográficas y obstétricas. Principalmente, se identificó que la convivencia en pareja, la situación laboral, la maternidad y el uso de anticonceptivos presentaron

puntuaciones significativamente diferentes en conflicto decisional. De manera más detallada, el conflicto decisional fue superior entre las usuarias que no convivían en pareja, no tenían hijos, eran estudiantes y que ya estaban utilizando algún método anticonceptivo en el momento de la consulta (Ver tabla 20).

**Tabla 20: Asociación entre las características sociodemográficas y obstétricas de las usuarias y la puntuación de la Escala de Conflicto Decisional de O'Connor**

Variables sociodemográficas y obstétricas		Valor medio de conflicto decisional	Valores P	Tamaño de efecto <sup>δ</sup>
Edad		.	0.192 <sup>α</sup>	.
Lugar de nacimiento	España	12.94	0.422 <sup>β</sup>	.
	Extranjero	12.21		
Estado civil	Casada	11.1	0.127 <sup>γ</sup>	.
	Soltera	13.1		
	Separada, divorciada o viuda	12.6		
Convivencia en pareja	Sí	11.58	0.002 <sup>β</sup>	0.214
	No	14.29		
Tiene hijos	Sí	11.45	0.003 <sup>β</sup>	0.200
	No	13.96		
Nivel de instrucción	Estudios secundarios de primera etapa o inferiores	14.2	0.197 <sup>γ</sup>	.
	Estudios secundarios de segunda etapa	11.5		
	Estudios universitarios	12.5		
Situación laboral	Ocupada	12.09	<0.001 <sup>γ</sup>	0.085
	Desocupada	12.89		
	Tareas del hogar	9.64		
	Estudiante	16.07		
Embarazo no planificado	Sí	13.03	0.579 <sup>β</sup>	.
	No	12.80		
Aborto no espontáneo	Sí	12.54	0.689 <sup>β</sup>	.
	No	11.86		
Uso de algún método anticonceptivo	Sí	13.6	0.043 <sup>β</sup>	-0.145
	No	11.7		

<sup>α</sup> Coeficiente de correlación de Spearman.

<sup>β</sup> Prueba no paramétrica U de Mann Whitney.

<sup>γ</sup> Prueba no paramétrica K de Kruskal Wallis.

<sup>δ</sup> d-Cohen

Por otra parte, se detectó que las usuarias que no se decidieron por ningún método durante la consulta presentaron un mayor nivel de conflicto decisional ( $\bar{x} = 22,47$ ). Entre las que sí eligieron un método durante la consulta, los mayores niveles de conflicto decisional aparecieron entre aquellas que optaron por parches, inyectables, anillo vaginal o preservativo masculino, siendo en los tres primeros casos estadísticamente superiores en

comparación a las usuarias que no seleccionaron dichos métodos. También se identificaron niveles diferentes de conflicto decisional a la hora de escoger implantes y DIU cobre: en ambos casos la selección de estos métodos estuvo asociada a un menor conflicto decisional respecto (tabla 21).

**Tabla 21: Relación entre los diferentes métodos anticonceptivos y el resultado de la Escala de conflicto decisional**

Método elegido durante el asesoramiento anticonceptivo en consulta	Valor medio de conflicto decisional	Valores P <sup>α</sup>	Tamaño de efecto β
Preservativo masculino	Seleccionado: 15.35 No Seleccionado: 12.53	0.257	.
Anticonceptivo Hormonal Oral Combinado	Seleccionado: 12.84 No Seleccionado: 12.59	0.788	.
Anticonceptivo Hormonal Oral de sólo gestágenos	Seleccionado: 11.62 No Seleccionado: 12.79	0.298	.
Inyectables	Seleccionado: 16.55 No Seleccionado: 12.40	0.008	-0.330
Implantes	Seleccionado: 10.11 No Seleccionado: 13.29	0.002	0.109
Anillo vaginal	Seleccionado: 15.83 No Seleccionado: 12.34	0.007	-0.278
Parche	Seleccionado: 17.69 No Seleccionado: 12.43	0.014	-0.420
DIU Cobre	Seleccionado: 10.15 No Seleccionado: 12.95	0.039	0.223
DIU de progesterona	Seleccionado: 10.91 No Seleccionado: 12.89	0.096	.
Ninguno	Ninguno: 22.47 Alguno: 12.12	<0.001	

<sup>α</sup> Estadístico Mann Whitney U para la igualdad de medias en pruebas independientes

<sup>β</sup> d-Cohen

# CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN

---

---



En la primera parte del presente estudio, se exploraron las experiencias y necesidades de usuarios y profesionales implicados en la toma de decisiones en anticoncepción. La interpretación y discusión de los resultados se muestran a continuación.

### **La opinión de la/os usuaria/os**

En general la/os usuaria/os participantes, la gran mayoría mujeres, se sienten insatisfecha/os ante el asesoramiento recibido, por falta de información, asesoramiento demasiado rápido y/o sensación de imposición de un método anticonceptivo en particular. Sus experiencias durante el asesoramiento responden a diferentes estilos de atención, en función del profesional que les atiende, a semejanza de los resultados de un estudio realizado en EEUU en el que se quería valorar el modelo de asesoramiento utilizado por los profesionales ante la elección del método anticonceptivo en la consulta [209].

El análisis de los discursos de los usuarios describe, en su mayoría, a profesionales que les asesoran sin explorar sus habilidades o dificultades para la utilización de un método, ni sus conocimientos, necesidades y/o preferencias en anticoncepción, atendiendo directamente a su demanda. Esta forma de asesoramiento es lo que Dehlendorf denomina un *enfoque excluido*, en el que los profesionales sólo proporcionan información, sobre los métodos que los usuarios mencionan de forma explícita [19].

Una parte de las/os usuaria/os comenta recibir información sesgada, durante un asesoramiento, que no contempla todas las opciones anticonceptivas. Otra/os, refieren no sentirse escuchadas y describen a profesionales, que les imponen el método anticonceptivo a utilizar. Algunas veces, el método “impuesto” puede ser bien aceptado por la usuaria en algún caso, pero suele generar insatisfacción, lo que es contraproducente, tal como se muestra en un estudio en el que se comprobó que las mujeres que se sintieron presionadas a utilizar un implante anticonceptivo fueron más propensas a su abandono [210]. En la misma línea, otro estudio refiere que las mujeres que se habían sentido presionadas durante el asesoramiento, tenían menos probabilidades de volver al centro de planificación familiar en un futuro [211].

En lo que coinciden la mayoría de los autores es en el hecho de que la satisfacción de los usuarios con el cuidado sanitario está directamente relacionada con el nivel de expectativas que han sido alcanzadas durante el asesoramiento, y, un aspecto muy importante en este sentido, es la información que el usuario recibe por parte del médico o enfermera durante el asesoramiento [212]. Malouf resalta la importancia de ser muy cuidadoso y especialmente preciso en las explicaciones que los profesionales ofrecen a

los usuarios, especialmente en relación a las expectativas que pueden tener acerca de los procesos y/o tratamientos [213].

Cuando la información se adapta a las necesidades de la/os usuaria/os durante el asesoramiento, tiene consecuencias positivas, ya que se asocia a una mejora de la adherencia del método anticonceptivo elegido y al uso de un método de eficacia alta o moderada seis meses después de la visita [214]. Por el contrario, cuando se omiten las preferencias de los pacientes se observa que los tratamientos son menos efectivos y aumenta de forma injustificada la variabilidad clínica, que, en esta circunstancia, queda sujeta exclusivamente a criterio médico [215].

Hace más de 20 años, que se promueve un cambio de paradigma durante el asesoramiento anticonceptivo, hacia un modelo de decisiones compartidas, en el que el profesional, en base a la historia clínica de la mujer, aporte los pros y contras de todas las opciones anticonceptivas existentes y que el usuario/a aporte sus preferencias y exprese sus preocupaciones, valores personales y necesidades [69,216]. La investigación en anticoncepción coincide en que las mujeres están más satisfechas con el asesoramiento recibido y el método escogido cuando se encuentran en un contexto de toma de decisiones compartida, junto al profesional [217]. Pero ante lo expuesto, parece claro, que hay profesionales que se resisten y siguen asumiendo un papel directivo, propio de un paradigma paternalista, o bien se sienten incómodos, manteniéndose en un enfoque de elección informada al no saber gestionar la tensión entre la priorización de la autonomía del paciente en la elección y el deseo de alentar a las mujeres a utilizar métodos altamente eficaces. Ante esta situación autores como Dehlendorf recomiendan a los profesionales, ser objetivos y no prejuiciosos, proporcionar sólo información y no participar en la selección del método en sí, para asegurar que las mujeres no sean influenciadas de manera inapropiada [19].

La mayoría de las participantes reconocieron que les faltaba información para poder elegir en función de sus necesidades, coincidiendo con los resultados del estudio de Hodgson, en el que la mayoría de las participantes no eran conscientes de la variedad y características de las opciones anticonceptivas [218]. Se valora positivamente el recibir información sobre los métodos disponibles y la sensación de no sentirse juzgada o forzada por parte del profesional, al elegir [219]. Las mujeres agradecen que los profesionales les ayuden a tomar la decisión, en un entorno amigable, siempre que la opinión del

profesional vaya acompañada de una explicación subyacente [195]. La/os usuaria/os del estudio, reclaman información sobre las características de los métodos disponibles, su eficacia, composición, mecanismo de acción, frecuencia de uso, coste y efectos secundarios, bienestar mental y fertilidad futura (especialmente si son métodos hormonales), en línea con otros estudios [217,220,221]. Consideran, que, si se les informara sobre los efectos adversos del método y se les facilitara información adicional o bien un acceso fácil al sistema sanitario, disminuirían los abandonos, teoría que también respaldan otros autores [220]. Según diversas investigaciones, las mujeres desean recibir información clara y objetiva del método, así como correcciones a la desinformación y/o falsos mitos [222,223]. Algunas de las mujeres que asistieron a los GF, consideraban “que los AHOC disminuían la fertilidad y que por ello era necesario descansar”, falsos mitos que condicionan negativamente el uso de los AHOC [224]. La SEC publicó al respecto en 2020, que un 28% de las usuarias de AHOC en nuestro país, realizan, erróneamente, estos descansos, aumentando el riesgo de un embarazo no deseado [7], lo que parece un claro ejemplo de que una parte de los profesionales podrían no ser conscientes de los mitos que circulan y/o tienen insuficiente información para contrarrestarlos. La/os usuaria/os participantes reclamaron recibir más información sobre la eficacia de los diferentes métodos durante el asesoramiento, coincidiendo con diversos estudios [225,226], que sitúan a la eficacia del método como de mayor prioridad, a la hora de elegir y que refieren que gran parte de la población desconoce la eficacia de los diferentes métodos [227].

Adarve, en un reciente estudio sobre los factores que influían en la adherencia de los AHOC, indicó que afectaban positivamente: los conocimientos que tiene la mujer (tener acceso a información con evidencia científica mediante páginas web fiables sobre anticoncepción), iniciar el método anticonceptivo de forma inmediata, el apoyo de la pareja, confiar en el método, así como participar en la elección del mismo. Todo ello dentro de un marco de asesoramiento anticonceptivo individualizado, que tenga en cuenta el estilo de vida de la mujer y su nivel sociocultural [60].

Es esencial establecer una buena relación interpersonal durante el asesoramiento anticonceptivo, dado su contexto personal y sensible [220]. Los comportamientos de comunicación, como saludar cordialmente a los pacientes y conversar trivialmente, se han asociado con la continuación del anticonceptivo [228]. Autores como Dehlendorf recomiendan a los profesionales abrir la conversación con un enfoque a las preferencias

de la usuaria, ser objetivos y no prejuiciosos, en el entorno de una conversación educativa interactiva, pero sin participar en la selección del método en sí, para asegurar que las mujeres no sean influenciadas de manera inapropiada [19].

Las usuarias, mostraban miedo y preocupación ante los posibles efectos secundarios, especialmente cuando se trataba de métodos hormonales y su efecto sobre el estado de ánimo, bienestar mental y fertilidad futura, en línea con lo descrito en otros estudios [195,221]. Hay autores que responsabilizan de la situación, a las redes sociales, en las que la información negativa, sobre los métodos, se comunica más comúnmente que la positiva [229–232]. Holt destaca que es importante durante el asesoramiento informar sobre los efectos adversos del método, y revisarlos durante las visitas de seguimiento [195]. El asesoramiento anticipado sobre los posibles efectos secundarios se ha asociado tanto con la satisfacción del método como con la adherencia del mismo [233,234].

En una reciente publicación sobre el asesoramiento [235], se recomienda responder primero a las prioridades expresadas por la/os usuaria/os, en respuesta a la pregunta inicial sobre preferencias. Por ejemplo, si indican que lo más importante del método que elija, es que no tenga que estar pendiente, los profesionales deben proporcionar la gama de opciones que respondan a dicha demanda e iniciarlo con preguntas como: "Hay métodos que se toman todos los días, todas las semanas, todos los meses, cada tres meses o incluso con menos frecuencia. ¿Cuál le parece mejor para su situación?". A continuación, se recomienda revisar las características generales (p. ej., la eficacia o los cambios menstruales resultantes) y discutir la gama de opciones dentro de cada característica. Las usuarias muestran preferencias fuertes y variadas, así como conocimientos erróneos con relación a los cambios en el sangrado menstrual. Es importante destacar que el mismo cambio, como la amenorrea, puede ser visto como un beneficio por algunas mujeres y como un efecto secundario negativo por otras [223], por lo que es un aspecto importante a ser explorado.

### **La opinión de la/os profesionales**

El papel de los profesionales en el asesoramiento anticonceptivo es clave a la hora de elegir el método. Según datos extraídos de la Encuesta de Anticoncepción en España de 2020, el 64,3% de mujeres en edad fértil ha acudido a un profesional para elegir el método anticonceptivo que mejor se adapte a sus necesidades, sobre todo en las mujeres adultas, ya que dan peso a la información que reciben en las consultas [7].

Los profesionales participantes en el estudio están de acuerdo en que debe realizarse un asesoramiento de calidad, a partir de las preferencias y valores de la persona, insistiendo en la importancia de crear una relación estrecha y confiada, en un entorno de privacidad, respeto, empatía y no discriminación por género, raza / etnia, clase social u otros factores, acorde a un proceso de decisiones compartidas, en consonancia a lo que refieren diversos autores [18–20,196]. No obstante, los profesionales en los GF, indicaron que, en la práctica, les es difícil explorar conocimientos o necesidades e informar sobre todos los métodos disponibles, argumentando, por un lado, dificultades en la comunicación con la usuaria por el idioma y/o aspectos culturales y por el otro, sobrecarga asistencial y como consecuencia, falta de tiempo para brindar un buen asesoramiento, en la consulta. Estas dificultades nos deben alertar ya que pueden derivar en lo que Downing ha llamado “disparidades raciales y étnicas en la atención obstétrica y ginecológica”, y que evidencia estudios que muestran sesgos en la asesoría según la raza y/o cultura de la/el usuaria/o, en los que las mujeres de color tienen más probabilidades de se les aconseje limitar su maternidad que las mujeres blancas [236], a la vez que son más propensas a ser presionadas por el profesional a usar anticonceptivos de alta eficacia [237].

Hay que considerar además el hecho de que los profesionales encuestados consideran que no todos ellos asesoran con información actualizada y basada en evidencias, lo que sumado a la falta de formación específica en anticoncepción de algunos de ellos y la falta de habilidades comunicativas, favorecería un enfoque paternalista de atención, dirigido a la elección del método que mejor conocen.

En definitiva, algo muy diferente a lo esperado, respecto a lo que Holt considera que debe ser un asesoramiento de calidad, es decir un entorno que favorezca la toma de decisiones compartidas, ante la elección del método, con el objetivo de promover la continuación y adherencia de los anticonceptivos y favorecer una gestión adecuada ante la aparición de efectos secundarios [238].

En contraste con el asesoramiento directivo, la toma de decisiones compartida proporciona una estructura para el asesoramiento que protege contra los prejuicios percibidos o reales en el asesoramiento, al centrarse explícitamente en las preferencias expresadas por las mujeres. Sin embargo, dado que el sesgo puede influir en la forma en que se proporciona el apoyo a la toma de decisiones, los profesionales deben ser conscientes de la posibilidad de que este influya en su asesoramiento de manera sutil y

deben trabajar el no enfatizar demasiado en métodos específicos basándose en el supuesto de lo que “deberían querer” [235].

Según Donabedian la calidad del cuidado se mide por su capacidad en lograr y producir salud y satisfacción; considerando que, si los usuarios no están satisfechos, el cuidado, aunque sea de alta calidad, no es el ideal. Conseguir un alto grado de satisfacción ha de ser un elemento esencial para asegurar unos buenos resultados [239].

Para facilitar que el paciente se implique en un proceso de decisiones compartidas es necesario que esté bien informado. Las HATD son intervenciones complementarias, utilizadas para informar y asesorar a los pacientes desde la evidencia científica, que mejoran el conocimiento de usuarios y profesionales, acerca de las opciones, pero estas han de ser complementadas con acciones o cursos estructurados que ayuden a mejorar los conocimientos en anticoncepción y las habilidades en comunicación, de los profesionales, medidas que han tenido muy buenos resultados y cambios en la práctica clínica, en otros entornos. En definitiva, las HATD son un conjunto de intervenciones complementarias utilizadas para informar y asesorar a los pacientes desde la evidencia científica [70,71,73]. No obstante, expertos en el tema alertan de que las HATD, por sí solas, no corrigen los problemas del sistema de salud como sobrecarga asistencial, inexperiencia de los clínicos y falta de recursos materiales y/o personales, entre otros. Es por ello que la promoción de las HATD debe ir acompañada de acciones y/o cursos que ayuden a mejorar los conocimientos en anticoncepción de los profesionales, así como sus habilidades en comunicación, medidas que han tenido muy buenos resultados ante problemas del sistema de salud, como sobrecarga asistencial, inexperiencia de los clínicos y falta de recursos materiales y/o personales. Las HATD digitales de acceso libre, permiten que el usuario pueda acceder libremente a ellas desde cualquier dispositivo digital, no necesariamente ubicado en una consulta clínica, en cualquier momento, lo que facilita la reflexión personal en la toma de la decisión que mejor se adapte a sus preferencias, necesidades y estado de salud [143,240].

Ante los resultados hallados en este estudio, se identifica la necesidad de que las instituciones sanitarias valoren las ventajas a corto y largo plazo de un asesoramiento anticonceptivo apoyado en una HATD en anticoncepción. Puede parecer que la utilización de una HATD consume un tiempo en consulta del que no se dispone, sin embargo, una primera visita con el apoyo de una HATD, podría resolver parte de los déficits de asesoramiento detectados, así como la falta de conocimientos en los

profesionales, el pobre abordaje de aspectos cruciales, las falsas creencias no exploradas y/o las barreras culturales o idiomáticas, que podrían mejorarse con la traducción y adaptación cultural de las HATD a usuarias de orígenes diversos.

A continuación, se presenta la interpretación y discusión de los resultados de la segunda parte de esta investigación, en la que se analizó la condición de adherencia y el conflicto decisional de las usuarias que acudían a consulta con una demanda de asesoramiento anticonceptivo.

### **Condición de adherencia de las usuarias que utilizaban o se planteaban utilizar AHOC**

El uso de la escala MMAS-4, en nuestro estudio, permitió identificar al 60,6% mujeres usuarias de anticonceptivos AHOC o que planeaban utilizarlo como "no adherentes". Resultados similares fueron publicados por Biset, que llevó a cabo un estudio en Bélgica con más de 10.000 mujeres a las que se prescribió isotretinoína para el acné, y se evaluó su adherencia a los métodos anticonceptivos hormonales (orales, parches y anillos); sólo el 24,5% cumplió la recomendación de utilizar un método anticonceptivo eficaz un mes antes, durante y un mes después del tratamiento, a pesar de haber sido informadas de los efectos teratogénicos de la medicación [241]. Estos datos coinciden con los publicados en una revisión de 2016, sobre los factores relacionados con la adherencia a los AHOC, y que mostraron que el 65-70% de las usuarias tenían una pobre adherencia, al olvidar o retrasar algún comprimido más de una vez al mes, condicionando la efectividad anticonceptiva del fármaco [60]. Adicionalmente, en un estudio, que tenía por objetivo evaluar las razones para seleccionar la píldora anticonceptiva, el parche cutáneo o el anillo vaginal en mujeres que consultaron a su médico para iniciar o reiniciar la anticoncepción hormonal combinada, se observó que, además de olvidar la píldora, el 18% de las mujeres no utilizó posteriormente un método adicional, como el preservativo y/o la píldora postcoital, y que el 43% de ellas se sintió angustiada por la posibilidad de quedarse embarazada ese mes, lo que demuestra una falta de habilidades y conocimientos en caso de olvido o incumplimiento [123].

Una reciente revisión informa que el motivo más frecuente de incumplimiento, expresado por las usuarias de AOC, es "simplemente se me olvidó" y determina que el 65-70% de las usuarias cumplen mal porque olvidan o retrasan un comprimido, más de una vez al mes [60]. La educación de las pacientes junto con la adquisición de conocimientos y la autoeficacia percibida son importantes, no sólo para evitar saltarse una dosis, sino también para saber cómo reaccionar en estos casos, especialmente si están tomando un fármaco teratogénico [242,243]. Favorecer visitas de seguimiento después de la elección el método favorece una mayor adherencia al tratamiento. Esto se demuestra en la

investigación de Diserens, al comparar las mujeres que seguían utilizando el método anticonceptivo con las que lo habían abandonado, hubo un mayor número de mujeres que referían haber realizado una consulta de seguimiento dentro del grupo de las que continuaban con el método escogido [244].

En esta investigación, una vez conocida la prevalencia de la condición de adherencia, nos propusimos identificar el perfil sociodemográfico y/o clínico con mayor riesgo de no ser adherente entre las usuarias que utilizaban AHOC o planeaban utilizarlos. Las mujeres “no adherentes” se identificaron como mujeres casadas, que tenían antecedentes de embarazo no planificado o interrupción voluntaria del embarazo, madres, fumadoras, que vivían con su pareja y empleadas. No se encontraron diferencias en cuanto al peso, el nivel educativo o el lugar de nacimiento. Sin embargo, una vez analizada la probabilidad de ser “no adherente” (MMAS-4) en función de los factores demográficos y obstétricos de las participantes, se observó que sólo la edad, la presión arterial diastólica y el tabaquismo seguían siendo predictores estadísticamente significativos. Cabe destacar dos de estos hallazgos: ser fumador y la edad; las variaciones de la presión arterial, aunque estadísticamente significativas, se encontraban dentro del rango de normalidad clínica. Todas las demás variables no se definieron como predictores de adherencia

En una cohorte realizada a adolescentes con un seguimiento de 2 años, no se hallaron diferencias estadísticas entre las pacientes que se adhirieron al uso de anticonceptivos y las que no lo hicieron, por lo que no se encontraron determinantes sociodemográficos que favoreciesen la adherencia a los anticonceptivos [245]. No obstante, otros autores como Fruzzetti y Wheat, hallaron que las mujeres adultas [246] y de raza negra [247] eran más propensas al abandono del tratamiento terapéutico. En otra investigación se concluye que el único factor predictivo de abandono del método anticonceptivo fue debido a características del propio método [244]. En la misma línea, en un estudio de 2015 en el que se evaluó la adherencia al método escogido se observó una mejor adherencia al método cuando se trata de un método de larga duración [248]. Durante la pandemia, las mujeres que no convivían en pareja y eran usuarias de SARC (Short Acting Reversible Contracepción) interrumpieron su método, pero, continuaban con su actividad sexual, lo que derivó en algunos casos en un embarazo no planificado [249].

La edad es uno de los factores más estudiados en relación a la adherencia, aunque los resultados difieren. En nuestro estudio, el aumento de la edad se asoció con un aumento significativo de la probabilidad de no ser adherente. Estos resultados son opuestos a los

encontrados en un estudio realizado en Estados Unidos, que mostró que el 46,3% de los embarazos no deseados estaban relacionados con la falta de adherencia, siendo la edad el mayor predictor, ya que las mujeres de entre 20 y 24 años alcanzaron un índice de Pearl tres veces mayor (3 embarazos por cada 100 mujeres/año) que las mujeres de entre 35 y 39 años [250]. Por el contrario, Borrero et al. demostraron que la edad no era un factor determinante en la adherencia a los AOC, ya que en su estudio, los porcentajes de cumplimiento de las mujeres mayores de 35 años eran similares a los de las mujeres más jóvenes [251]. Por otro lado, ser fumadora duplicaba la probabilidad de tener una adherencia deficiente, un hecho curioso, teniendo en cuenta que el tabaquismo en mujeres mayores de 35 años, según los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud, desaconseja la prescripción de ACO[99].

Autores como Adarve, señalan que el estilo de vida de la mujer y ciertas características pueden influir en la baja adherencia [60]. Un estudio que investigó la adherencia a los AOC, en relación con el estilo de vida y los niveles de estrés en 4.500 mujeres de entre 21 y 29 años de nueve países de Europa y América del Norte y del Sur, encontró que el 39% de ellas olvidó tomar la píldora al menos una vez durante el último mes y asoció este hecho al horario y al estrés del día a día; entre las españolas, el 20% de las que olvidaron tomar la píldora fue porque no sabían que debía tomarse todos los días a la misma hora, lo que pone de manifiesto la falta de asesoramiento en la consulta, así como la no identificación de los factores de riesgo que pueden favorecer la baja adherencia [252].

Rosenstock describió en 1974 el *Health Belief Model* (HBM), un marco cognitivo social para predecir y explicar las variaciones de comportamiento anticonceptivo de las mujeres en los años 70-80. Este modelo plantea que los factores que influyen en la adherencia a los métodos hormonales son la amenaza y barreras percibidas, beneficios percibidos, señales para la acción y factores de modificación y habilitación (incluyendo factores demográficos, sociales, estructurales, psicológicos y reproductivos) [253]. La OMS, describió por su parte cinco dimensiones que influyen sobre la adherencia terapéutica: factores socioeconómicos, factores relacionados con el tratamiento, factores relacionados con el paciente, factores relacionados con la enfermedad, y, por último, factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria [62]. Por otro lado, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), especifica que las causas de la falta de adherencia son los efectos adversos, instrucciones insuficientes, fallo

en la relación médico-paciente, desacuerdo respecto al tratamiento a seguir y/o mala memoria del paciente [122]. Parece evidente pues, que un mayor conocimiento en salud, mejora la adherencia [254].

En resumen, no parece fácil identificar a las mujeres no adherentes en función de su perfil sociodemográfico. Estos resultados animan a utilizar la MMAS-4 en consulta, previamente a la prescripción del método anticonceptivo, especialmente cuando se plantea el uso de AOC, ya que se trata de un método cuya eficacia está estrechamente ligada a la adherencia y que requiere un estricto cumplimiento de las pautas de administración [255].

En segundo lugar, se evaluaron los principales motivos aludidos para planificar o dejar de usar AHOC entre las mujeres adherentes y no adherentes según la escala MMAS-4. La razón más común por las usuarias actuales de AHOC para planificar el uso de otro método anticonceptivo fue el olvido ocasional de tomar las píldoras (24,8%). En nuestro estudio, entre las mujeres identificadas como no adherentes según la escala MMAS-4, la probabilidad de responder a esta razón fue significativamente mayor (31,5% frente a 7,1%) en comparación con las mujeres adherentes. El sangrado entre periodos (13,9%), los dolores de cabeza (11,9%) y el aumento de peso (9,9%) fueron otros motivos con  $n \geq 10$  entre las 101 usuarias de AOC. No encontramos diferencias significativas entre mujeres adherentes y no adherentes en estos otros factores. Por lo tanto, es evidente que existe un motivo claro entre las usuarias que no son adherentes.

Los motivos de abandono de los métodos anticonceptivos hormonales se han descrito en varias investigaciones. Los efectos secundarios son el motivo más común [244,246]. Dentro de los efectos secundarios, el más frecuente para interrumpir los AHOC es el patrón inconsistente de sangrado inaceptable seguido por el dolor de cabeza, inestabilidad en el estado de ánimo, síntomas de hiperandrogenismo, aumento de peso, acné y sensibilidad mamaria [244,246]. Además, otros de los motivos de abandono son dejar de tener relaciones sexuales, cambió de método anticonceptivo, olvidos de la toma de su método anticonceptivo, el precio elevado y temer la ineficacia del método [244]. Una reciente revisión refiere que el motivo de incumplimiento más frecuente, expresado por las usuarias de ACOS, es el “sencillamente me olvidé” y determina que el 65-70% de las usuarias no son adherentes porque olvidan o retrasan algún comprimido, más de una vez al mes [60].

En otro estudio similar de 2007, se pudo observar que, además del olvido del comprimido, el 18% de las mujeres no utilizó posteriormente un método adicional, como el preservativo y/o la píldora poscoital, y que el 43% de las mismas se angustió con la posibilidad de quedar embarazada ese mes, demostrando falta de habilidades y conocimientos ante cómo actuar ante olvidos o incumplimientos [123]. La educación de las pacientes junto a la adquisición de conocimientos y la autoeficacia percibida, son importantes, no sólo para evitar la omisión de una dosis, sino también para saber cómo reaccionar en ese caso, especialmente si están tomando un fármaco teratogénico [242,243].

En relación al método es necesario que la mujer conozca las principales características de los métodos existentes; su eficacia, efectos secundarios y seguridad, reversibilidad, posibles efectos beneficiosos no anticonceptivos, facilidad o complejidad de uso, relación con el coito y precio, entre otros. Aspectos como tener poca información sobre el método, la falta de conocimientos ante los olvidos, no iniciarlo de manera inmediata, un coste alto, la falta de apoyo de la pareja, la no participación en la elección del método o las dificultades para acordarse de usarlo son considerados predictores de un mal cumplimiento [60,256] [257]. Es interesante tener en cuenta que, casi la mitad de las mujeres que abandonaron el método por el patrón de sangrado inconsistente, refirieron no haber recibido información sobre esa posibilidad [246]. Dentro de las cinco dimensiones descritas por la OMS que afectan a la adherencia, la información recibida es un aspecto esencial para una mejor adherencia.

Evaluamos también, las principales razones argumentadas para planificar el uso de AHOC, entre las que destacaron: "método muy efectivo", "tener estabilidad con la pareja" y "embarazo previo no planificado", no se encontraron diferencias entre mujeres adherentes y no adherentes, según la puntuación de MMAS-4. de fácil uso. Un escenario de usuarias con perfiles y motivaciones muy diversas, que indica que sería necesario un cribaje individual de adherencia en la consulta, para que en el caso de resultar "no adherente", el clínico les pueda ofrecer como alternativa un LARC, métodos muy efectivos, no usuaria dependiente. Esta conclusión está en línea con las publicadas por los autores del estudio MIA, un Estudio transversal multicéntrico realizado en España en el que participaron 8. 762 mujeres y que tenía por objetivo determinar los factores que influían en el incumplimiento en mujeres jóvenes usuarias de anticonceptivos hormonales combinados, que recomiendan la medición de la adherencia basada en escalas y

cuestionarios como una forma sencilla y económica de abordar esta inconsistencia en el uso de métodos anticonceptivos [257].

A continuación, en esta investigación se propuso analizar si la utilización de la versión reducida de la prueba de Morisky-Green de 1986 (MMAS-4), en la consulta de asesoramiento, permitía identificar de manera fácil y efectiva la condición de adherencia de la usuaria, en relación al abandono de AHOC, haber presentado olvidos en la toma de la píldora, incidencias con el método, embarazos no planificados y haber recurrido a la anticoncepción de emergencia.

La muestra de nuestro estudio fue seguida durante 1 año. El primer resultado analizado nos muestra que el 52% de las mujeres usuarias de AHOC abandonaron el método al año de iniciarlo. Estos resultados coinciden con los de Lete, que muestran que aproximadamente la mitad de las mujeres en España abandonan los AHOC en los primeros 12 meses desde el inicio del tratamiento debido a la aparición de efectos secundarios y/o falta de adherencia [64].

Concretamente, encontramos una mayor probabilidad de haber olvidado tomar las píldoras el último año y de haber tenido problemas relacionados con el uso del método anticonceptivo. En este sentido, Caetano encontró que el 39% de las usuarias de AOC olvidó tomar la píldora al menos una vez durante el último mes [252].

Además, el grado de satisfacción con los AOC fue significativamente menor entre las mujeres no adherentes que entre las adherentes. En el caso de los métodos anticonceptivos, otros autores declaran que la información recibida está relacionada con la satisfacción con el asesoramiento recibido y éste, a su vez, con una mejor adherencia [244,258]. Autores como Diserens y Asmara, afirman que las mujeres que estaban satisfechas con el método anticonceptivo escogido mostraron una mayor adherencia a éste [244,258]. Esto se ve respaldado por esta investigación en que los resultados muestran que las mujeres “no adherentes” tuvieron un nivel significativamente menor de satisfacción (media = 7,92) respecto a las “adherentes” (media = 8,82).

Autores como Jiménez-Lozano [259] y Lete [4] refieren que en España la falta de adherencia terapéutica a los anticonceptivos en general compromete su eficacia y provoca que uno de cada tres embarazos no sea planificado, y que la mitad de ellos sean interrumpidos; en 2021 se notificaron en España 90.189 Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE), y sólo el 9,02% de las interrupciones se debieron a razones médicas,

frente al 90,98% realizadas a petición de la mujer [6], con un coste estimado, para nuestro país, de unos 80 millones de euros [4]. En nuestro estudio, las mujeres identificadas por la MMAS-4 como "no adherentes" declararon más embarazos no planificados (n=46) que las que fueron consideradas "adherentes" (n=18), con diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Estos resultados concuerdan con los publicados por los autores del estudio MIA, que recomiendan la medición de la adherencia basada en escalas y cuestionarios como una forma sencilla y barata de abordar esta inconsistencia en el uso de métodos anticonceptivos [257].

En este escenario, se plantea la opción de utilizar métodos LARC, que incluyen el implante, el DIU hormonal y el DIU de cobre, con una eficacia cercana al 99%, al no influirle el incumplimiento o incorrecta utilización del método por parte del usuario [260]. Sin embargo, según la encuesta de la SEC, solo el 9,7% de las mujeres usuarias de anticoncepción en España utilizaba LARC en 2020, 1,4% implante, 4,3% DIU hormonal y 4,0% DIU de cobre [7]. En nuestro estudio, el 3,2% de las participantes eran usuarias de LARC (2% implantes; 1,2% DIU cobre; 0 casos DIU hormonal). Mc Nicholas apunta que los bajos conocimientos que tienen las usuarias sobre los LARC, podrían explicar el bajo uso de los mismos [10], aspecto que se agudiza, en la franja de las más jóvenes, tal como se muestra en un reciente estudio realizado con adolescentes de EEUU en el que se vio que los LARC eran los métodos menos utilizados (1,59% del total) [261]. En 2020, se presentaron los resultados de un metaanálisis sobre la eficacia anticonceptiva, que puso de manifiesto que a pesar de las ventajas de los métodos LARC, las mujeres jóvenes seguían utilizando mayoritariamente métodos SARC [262]. En este sentido, en España, la SEC 2020, publicó que la mitad de las mujeres declararon que su médico o matrona no les había ofrecido la opción de un LARC durante el asesoramiento, a pesar de que en varias comunidades de España, se financian total o parcialmente [7,263]

Se están revisando enfoques nuevos y emergentes para apoyar la mejora de la adherencia a los métodos anticonceptivos, especialmente entre las mujeres más jóvenes, como las herramientas de apoyo a la toma de decisiones en materia de anticoncepción, diseñadas para complementar, y no sustituir, el asesoramiento profesional [264]. Este es el caso de "Anticoncepción", una HATD publicada en la web "Decisiones compartidas" de la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña (AQuAS) del Departamento de Salud de Cataluña [3]. En España, según datos recientes, el 64,3% de las mujeres acudió a consulta (médico de familia, ginecólogo, matrona u otro) para recibir consejo sobre el

método anticonceptivo más adecuado en su caso; y se ha observado que esta demanda aumenta con la edad y es poco frecuente entre las mujeres jóvenes que se encuentran en los primeros años fértiles, entre los 15 y los 19 años. Entre las mujeres que han elegido la píldora anticonceptiva o el DIU, se considera que el clínico es el prescriptor con mayor influencia final y, por el contrario, entre las usuarias del preservativo prevalece el "criterio personal" en la decisión [7].

Dehlendorf, autor de una interesante revisión sobre cómo debe realizarse el asesoramiento anticonceptivo, insiste en la necesidad de que el clínico establezca una relación estrecha y de confianza con la usuaria, centrada en conocer su situación personal y su estilo de vida, así como sus valores y preferencias al respecto [19]. Aspectos como tener poca información sobre el método, desconocimiento del olvido, no iniciarlo inmediatamente, un coste elevado, falta de apoyo de la pareja, no participar en la elección del método y dificultades para acceder a su uso se consideran predictores de mal cumplimiento [60,256,257]

Se propone por tanto que, ante la incertidumbre de factores que discriminen claramente la falta de adherencia de la usuaria, la aplicación rutinaria del MMAS-4, ya utilizado en otros ámbitos de la Atención Primaria [10], ya que permitiría informar a la usuaria de su condición de adherencia y, en base a ello, aconsejarle los métodos más seguros para ella.

En base a los resultados aportados, se confirma la primera hipótesis planteada al inicio de esta investigación, al quedar demostrado que las usuarias no adherentes tienen una mayor probabilidad de sufrir olvidos. además, los embarazos no planificados fueron en mujeres con la condición de no adherente.

### **Evaluación del conflicto decisional**

En esta investigación se propuso determinar la fiabilidad de la ECD en el contexto de decisiones en anticoncepción. El resultado del Alfa de Cronbach fue de 0,953, un valor superior a los obtenidos en la validación y traducción de la ECD al idioma español (0,8076) [56], o en la validación de O'Connor de la ECD original, los cuales variaban desde 0,78 a 0,92, según los distintos contextos de toma de decisiones a los que se aplicó la prueba [41]. Así pues, se demuestra la idoneidad de la ECD para medir el conflicto en el contexto de las decisiones en anticoncepción.

Los datos obtenidos, demuestran que la elección del método anticonceptivo, durante el asesoramiento en la consulta, genera un bajo nivel de conflicto decisional ( $\bar{x}=12,7$ ; mediana=9,4; mediana GE=15,6; mediana GC=7,8). Estos resultados coinciden con los de un estudio experimental realizado recientemente en EEUU con una muestra de 253 mujeres, en el que se evaluó el conflicto decisional con la DCS de O'Connor, en relación a la utilización de una HATD en anticoncepción *Bedsider* (mediana GE=15; mediana GC=10) [265].

En comparación con los resultados de esta investigación, aparecen niveles más elevados en la ECD al tener que decidir sobre planificación de cuidados ( $\bar{x}=44,8$ ) y tratamientos ( $\bar{x}=32,5$ ), todos ellos relacionados con la menopausia ( $\bar{x}=42,2$ ), prevención del cáncer ( $\bar{x}=40,3$ ) [52], colocación de dispositivo de asistencia ventricular izquierda (DAVI) ( $\bar{x}=21,07$ ) [47] o en cuidados paliativos ( $\bar{x}=45$ ) [52]. Relacionado con esto, una reciente revisión, en la que se analizó la relación entre el nivel de conflicto decisional y los diferentes entornos asistenciales, encontró que atención primaria ( $\bar{x}=40,6$ ), geriatría ( $\bar{x}=39,8$ ), salud mental ( $\bar{x}=32,4$ ), cardiología ( $\bar{x}=35,2$ ) y obstetricia y ginecología ( $\bar{x}=33,4$ ) tenían las puntuaciones más altas de conflicto decisional [52].

La elección de un método anticonceptivo, no parece generar conflicto decisional, o bien por tratarse de una medida de prevención, o, como sugirió Madden, por reflejar el nivel de conciencia sobre la anticoncepción de las participantes del estudio, las cuales asistían voluntariamente a una consulta de asesoramiento [265].

Recientes estudios, en los que se evaluaba la utilización de las HATD para la toma de decisiones compartidas ante intervenciones quirúrgicas, procedimientos médicos, y programas de cribado en cáncer, han demostrado que las HATD, mejoran el conocimiento de las personas con respecto a las opciones de tratamiento, y reducen el conflicto, relacionado con la sensación de desinformación y la falta de claridad sobre sus valores personales [72,266].

En el caso de la anticoncepción no se debe decidir sobre un tratamiento médico y/o enfermedad, así pues, se refleja en esta investigación, que la diferencia en la naturaleza de la decisión a tomar, de la misma forma que el contexto y el entorno clínico, varía la forma en la que la HATD influye en el conflicto decisional. El análisis de las puntuaciones de la ECD, por grupos, demostró que las mujeres que recibieron el asesoramiento con una HATD en anticoncepción (GE), presentaron un mayor conflicto decisional ( $\bar{x}=14,6$ ) en

comparación a las que recibieron asesoramiento habitual (GC) ( $\bar{x} = 10,5$ ). Estos resultados presentan coincidencias con los del estudio experimental de Madden en el que ambos grupos tuvieron un cambio similar en la mediana del conflicto decisional y no se observó ninguna diferencia en las puntuaciones de las subescalas entre ellos, no pudiendo demostrar que la utilización de la HATD, disminuyera el conflicto [265]. Estos dos estudios contrastan con los resultados de Dehlendorf, quien en una investigación previa, encontró que los participantes que utilizaron una HATD en anticoncepción, obtuvieron menor conflicto en algunas de las subescalas de la ECD [267].

En base a los resultados aportados, la segunda hipótesis planteada en esta investigación se rechaza, ya que el GC, que recibió asesoramiento convencional, presentó un nivel menor de conflicto decisional que el GE, que recibió asesoramiento con la HATD.

Hay autores que señalan que se pueden dar puntuaciones bajas de conflicto decisional cuando la persona, pese al asesoramiento por parte del profesional, no es consciente de todas las opciones disponibles [268,269]. Sin embargo, ofrecer un mayor número de opciones que son novedosas para el paciente, como es el caso del asesoramiento mediante una HATD, podría aumentar el conflicto decisional [270].

En esta investigación encontramos que el conflicto decisional en el contexto de decisiones en anticoncepción estaba altamente correlacionado con las variables sociodemográficas: situación laboral, convivencia en pareja y maternidad. Ser estudiante, no convivir en pareja y no tener hijos fueron los predictores de mayor nivel de conflicto, probablemente por ser el perfil que querría en mayor medida, evitar un embarazo, lo que provocaría una mayor presión ante la decisión. En otros estudios y contextos asistenciales, fueron factores predictores de conflicto decisional elevado: la edad, a mayor edad mayor conflicto [47], tomar la decisión sin el soporte de terceros [52], pertenecer a un hogar monoparental o a una minoría racial [50], recibir la información el mismo día en que se toma la decisión [271] y/o tener estrés [47], y/o ansiedad [272]. Por el contrario, una percepción elevada de soporte social y una interacción activa entre clínico y paciente que permita una mejor comprensión de la información recibida, reducen el nivel de conflicto decisional [54,273]. Hay que mencionar, además, que una interacción más activa de los pacientes con los profesionales de atención médica les permite una mejor comprensión de la información recibida como para saber qué hacer, reduciendo así el nivel de conflicto decisional. A su vez, la evidencia ha demostrado que es menos probable que las personas

con menos conocimientos sobre salud hagan preguntas e interactúen activamente con los profesionales de la salud [274].

Al finalizar la visita de asesoramiento, 47 de las 895 mujeres no eligieron ningún método anticonceptivo, lo que se relacionó con un mayor nivel de conflicto, ECD ( $\bar{x}=22,47$ ), con respecto a las que sí se decidieron por un método. Coincide este dato con lo expresado por O'Connor, creador de la ECD, quien asoció puntuaciones más altas de su escala con la demora de la decisión en los diferentes contextos [55]. En la misma línea, Grant refirió mayor conflicto decisional cuando, después de la consulta de asesoramiento anticonceptivo, no se decidían por un método [275].

Un mayor conflicto también presentaron las mujeres que elegían un método que no coincidía con sus preferencias [265], como probablemente ocurrió en mujeres del GE, al elegir uno de los recomendados por el algoritmo de la HATD, y que podía no coincidir con el método que tenían pensado. En esta línea de pensamiento, las mujeres que eligieron el inyectable, el parche o el anillo vaginal (anticonceptivos dependientes del usuario, que exigen conocimientos y entrenamiento previo), presentaron una puntuación en la ECD más alta, con respecto a otros métodos. Al contrario, escoger como método los implantes o el DIU cobre, *Long Acting Reversible Contraception* (LARC), no dependientes del usuario, se asoció a un menor nivel de conflicto. La evidencia expone que, las mujeres que reciben información con una HATD, sienten una sobrecarga de información, lo que afectaría a su elección [276].

Autores como Hodgson [218] y Marshall [221] refieren que las mujeres se sienten inseguras o vacilantes debido al desconocimiento sobre la variedad de métodos anticonceptivos y sus características, especialmente sobre los efectos secundarios que podrían experimentar a nivel individual. Marshall en una investigación que evaluaba las necesidades decisionales de anticoncepción de un grupo de mujeres jóvenes, a partir de un estudio cualitativo, identificó la incertidumbre como una de esas necesidades; definida, entre otros, como sensación de inseguridad, dificultad y/o temor, a la hora de elegir un método [221].

El conflicto decisional puede verse influido por conocimientos insuficientes, apoyo inadecuado, valores poco claros y presiones tanto internas como externas [277]. Todo ello se recoge y clasifica en las subescalas que forman la ECD. En el presente estudio, al aplicar el Huber M-estimator, la subescala de soporte mostró la mayor puntuación de las subescalas (10,8). En un entorno clínico de decisiones compartidas se requiere de una

comunicación efectiva entre el clínico y el usuario para que la elección tenga sentido intelectual, emocional y práctico en la vida del paciente. Para ello, es importante que el clínico tenga habilidades interpersonales (o entrenarse para adquirirlas) para poder comunicar con empatía, entender la situación del paciente y evaluar cada opción [278].

Un asesoramiento en el que se delega en la usuaria el trabajo de tomar decisiones a través de una HATD, no entendida como un trabajo conjunto de soporte, en que usuarios y clínicos trabajan juntos para entender la situación del paciente y qué acción ésta demanda, podría favorecer el conflicto [279].

Finalmente, en este momento en el que hay un incremento en el cuidado centrado en el paciente y la familia, los pacientes se involucran cada vez más en la toma de decisiones sobre su salud, aumentando así su incertidumbre y conflicto decisional. [280] En definitiva, medir el conflicto decisional y sus subescalas en los diferentes contextos, y descubrir los factores asociados a éste, nos puede aportar información sobre cómo adaptar las intervenciones de asesoramiento a las necesidades particulares del paciente y evaluar su impacto para mejorar la toma de decisiones en salud.

### **Limitaciones del estudio**

Durante la primera parte de la investigación, en la que se evaluaron las experiencias en anticoncepción de usuarios y profesionales, el estudio excluyó a las personas que no entendían el español, y que, probablemente, en el caso de haber participado, hubieran aportado interesante información al respecto.

En la segunda parte de esta investigación, en la que se evaluó la efectividad de la herramienta en anticoncepción en consulta, existe una imposibilidad de enmascaramiento de los profesionales. Los del GE estaban utilizando la HATD, mientras que los del GC eran conscientes que algunos profesionales estaban utilizando una HATD durante el asesoramiento, ya que en un mismo centro había profesionales tanto del GC como del GE.

# CAPÍTULO VII: PRINCIPALES CONCLUSIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

---

---



## Conclusiones

Se exponen a continuación las principales conclusiones de esta investigación:

En relación al primer objetivo: *Explorar las experiencias y necesidades de usuaria/os y profesionales implicados en la toma de decisiones en anticoncepción:*

- Los usuarios reconocieron tener pocos conocimientos sobre los métodos disponibles, su composición, mecanismo de acción, efectividad, precio y/o la posibilidad de subvención de algunos de ellos.
- La población, mayoritariamente, escogieron el método anticonceptivo en base a conocimientos erróneos, y/o falsos mitos.
- Los usuarios describieron un asesoramiento dirigido por el profesional a métodos concretos, que no coincidían en ocasiones con los demandados por ellos.
- Los usuarios expresaron la necesidad de recibir más información sobre los posibles efectos adversos de los métodos, en un lenguaje comprensible para ellos, sin tecnicismos
- Los profesionales reconocieron una falta de formación sobre anticoncepción que les lleva a tener información desactualizada y sesgada sobre los métodos actuales, hecho que les provoca un asesoramiento dirigido a los que mejor conocen.

En relación al segundo objetivo: *Examinar la condición de adherencia de las usuarias de una consulta de asesoramiento en anticoncepción ante la elección de un método anticonceptivo:*

- El 60,6% de las usuarias de AHOCs, (cifra que incluye las que los estaban utilizando y las que se planteaban utilizarlos) resultaron “no adherentes”.
- La edad, la presión arterial diastólica y el tabaquismo fueron antecedentes predictivos de no adherencia según la MMAS-4.
- Se justifica el uso de la escala MMAS-4 en la consulta de asesoramiento para detectar las usuarias no adherentes y evitar que utilicen métodos en los que su eficacia sea usuaria-dependiente.
- Todos los casos de embarazo no planificado durante el año de seguimiento correspondieron a usuarias “no adherentes”.

En relación al tercer objetivo de esta investigación, *Evaluar el conflicto decisional de las usuarias de una consulta de asesoramiento en anticoncepción ante la elección de un método anticonceptivo:*

- La ECD presentó una elevada fiabilidad aplicada en el contexto de decisiones en anticoncepción (Alfa de Cronbach de 0,953).
- La elección de un método anticonceptivo supuso un conflicto decisional bajo (12,7) en las usuarias.
- Las usuarias que no convivían en pareja, no tenían hijos, eran estudiantes, estaban utilizando algún método anticonceptivo y/o no se decantaron por un método después del asesoramiento presentaron puntuaciones más elevadas de conflicto decisional.

### **Futuras líneas de Investigación**

Como futuras líneas de investigación se propone:

- Replicar el estudio cualitativo sobre las experiencias en asesoramiento anticonceptivo de la población, en población con barrera idiomática.
- Evaluar si la utilización de la HATD en anticoncepción aumenta los conocimientos de la población en anticoncepción.
- Realizar un seguimiento del conflicto decisional mediante la escala de O'Connor para comprobar cómo varía el nivel de conflicto con el tiempo.

La realización de esta tesis supone un punto de partida en el propósito de contribuir a la mejora del asesoramiento anticonceptivo a usuarios y profesionales sanitarios con el fin de reducir la falta de información, la insatisfacción con el asesoramiento y con el método, en consecuencia, reducir posibles embarazos no deseados y posibles IVE.



# CAPÍTULO VIII: PRODUCCIÓN CIENTÍFICA

---

---



## Artículos científicos

1- Reyes-Martí L, Rubio-Rico L, Ortega-Sanz L, Raigal-Aran L, de la Flor-López M, Roca-Biosca A, Valls-Fonayet F, Moharra-Francés M, Escuriet-Peiro R, de Molina-Fernández MI. Contraceptive counselling experiences in Spain in the process of creating a web-based contraceptive decision support tool: a qualitative study. *Reprod Health*. 2021 Nov 27;18(1):237. <https://doi:10.1186/s12978-021-01254-0>

Reyes-Martí et al. *Reproductive Health* (2021) 18:237  
<https://doi.org/10.1186/s12978-021-01254-0>

Reproductive Health

RESEARCH

Open Access

# Contraceptive counselling experiences in Spain in the process of creating a web-based contraceptive decision support tool: a qualitative study



Laura Reyes-Martí<sup>1</sup>, Lourdes Rubio-Rico<sup>1\*</sup>, Laura Ortega-Sanz<sup>1</sup>, Laia Raigal-Aran<sup>1</sup>, Miriam de la Flor-López<sup>2</sup>, Alba Roca-Biosca<sup>1</sup>, Francesc Valls-Fonayet<sup>1</sup>, Montse Moharra-Francés<sup>3</sup>, Ramon Escuriet-Peiro<sup>4</sup> and María Inmaculada de Molina-Fernández<sup>1</sup>

### Abstract

**Background:** The choice of contraceptive method is a complex decision, and professionals should offer counselling based on the preferences, values and personal situation of the user(s). Some users are unsatisfied with the counselling received, which may, among other consequences, adversely affect method use adherence. In view of this situation, we propose exploring the experiences and needs of users and professionals for contraceptive counselling, in the context of creating a web-based contraceptive decision support tool.

**Methods/design:** Qualitative research was conducted through focus group discussions (64 users split into eight groups, and 19 professionals in two groups, in Tarragona, Spain) to explore the subjects' experiences and needs. The data were categorized and the categories were defined and classified based on the three-step protocol or framework for Quality on Contraceptive Counseling (QCC), created by experts, which reviews the quality of interactions between user and professional during the counselling process.

**Results:** In counselling, users demand more information about the different methods, in an environment of erroneous knowledge and misinformation, which lead to false beliefs and myths in the population that are not contrasted by the professional in counselling. They complain that the method is imposed on them and that their views regarding the decision are not considered. Professionals are concerned that their lack of training leads to counselling directed towards the methods they know best. They acknowledge that a paternalistic paradigm persists in the healthcare they provide, and decision support tools may help to improve the situation.

**Conclusions:** Users feel unsatisfied and/or demand more information and a warmer, more caring approach. Professionals are reluctant to assume a process of shared decision-making. The use of a contraception DST website may solve some shortcomings in counselling detected in our environment.

\*Correspondence: [lourdes.rubio@urv.cat](mailto:lourdes.rubio@urv.cat)

<sup>1</sup> Nursing Department, Universitat Rovira i Virgili, Av/Catalunya, 35, 43002 Tarragona, Spain

Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s) 2021. **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

### Resumen

**Antecedentes:** La elección del método anticonceptivo es una decisión compleja y los profesionales deben ofrecer un asesoramiento en base a las preferencias, valores y situación personal de la/os usuaria/os. Hay usuaria/os insatisfecha/os ante el asesoramiento recibido, lo que puede afectar negativamente a la adherencia, entre otros. Ante esta situación se plantea explorar las experiencias y necesidades de usuaria/os y profesionales durante el asesoramiento en anticoncepción, en el contexto de creación de una Herramienta web, de Ayuda a la Toma de Decisiones en anticoncepción.

**Metodología:** Se llevó a cabo una investigación cualitativa en Tarragona, a partir de 8 grupos focales de 64 usuaria/os y 2 grupos focales de 19 profesionales implicados en el asesoramiento anticonceptivo. Los datos se categorizaron y las categorías se definieron y clasificaron en base al protocolo en tres etapas, Quality on Contraceptive Counseling (QCC), creado por expertos, y que revisa la calidad de las interacciones entre el usuario y el profesional durante el proceso de asesoramiento.

**Resultados:** Las/os usuarias/os demandan más información en consulta sobre los diferentes métodos, en un entorno de conocimientos erróneos y desinformación, que favorece las falsas creencias y mitos en la población, que no son contrastados por el profesional. Se quejan de la imposición del método, por parte del clínico, en un entorno que no favorece, la toma de decisiones compartidas. Los profesionales se muestran preocupados porque su falta de formación provoque un asesoramiento dirigido hacia los métodos que mejor conocen. Reconocen que persiste un paradigma paternalista en la atención, y que las Herramientas de Ayuda a la Toma de decisiones pueden ayudar a mejorar la situación.

**Conclusiones:** La/os usuaria/os se sienten insatisfecha/os y demandan más información y una actitud cercana. Hay resistencia por parte de los profesionales a asumir un proceso de toma de decisiones compartida. La utilización de la HATD web "Anticoncepción", puede resolver parte de los déficits de asesoramiento detectados en nuestro entorno.

**Palabras clave:** Asesoramiento anticonceptivo, Toma de decisiones compartida, Métodos de investigación cualitativa, Anticoncepción, Planificación familiar, Adherencia

### Resumen sencillo en Español

En España, la población puede utilizar una gran variedad de métodos anticonceptivos. Los profesionales, implicados en el asesoramiento anticonceptivo, deben ayudar a que la/os usuarios elijan y utilicen adecuadamente, el método que mejor se adapte a sus preferencias, situación personal y estado de salud. Sin embargo, hay un elevado número de embarazos no deseados y la población se siente insatisfecha ante el asesoramiento recibido. En el contexto de creación de una web sobre métodos anticonceptivos, se quiso conocer cómo se desarrollaba el asesoramiento, dando voz a sus protagonistas. Se planteó una investigación cualitativa, para explorar experiencias y necesidades de usuarios y profesionales, durante el asesoramiento. Se realizaron 10 grupos focales, y participaron 64 usuaria/os y 19 profesionales, de Tarragona (España). Los resultados se ordenaron en base al Quality on Contraceptive Counseling (QCC), creado por expertos, que determina como debe ser la relación usuari/oa/profesional durante el asesoramiento. Los resultados mostraron los escasos conocimientos y las falsas creencias sobre anticoncepción de las usuarias, que, a su vez, se quejaban de recibir poca información sobre los diferentes métodos en la consulta. Mostraban su desacuerdo a que fuera el profesional quien les impusiera el método, sin explorar sus preferencias o necesidades ante la utilización de este. Por su parte, los profesionales argumentaban que a menudo prescribían el método que mejor conocían, por la falta de tiempo en consulta, y/o por no conocer bien otros métodos. Estos resultados, entre otros, ofrecen la posibilidad de mejorar el asesoramiento anticonceptivo en España, si se plantean e implementan soluciones a las dificultades y/o barreras detectadas.

### Plain English summary

In Spain, individuals can use a variety of contraceptive methods. Professionals involved in contraceptive counselling should help users to choose and properly use the method that best suits their preferences, personal situation and health status. However, there is a high number of unplanned pregnancies and the population feels dissatisfied with the counselling received. In the context of creating a website dealing with contraceptive methods, we wished to find out how counselling was taking place, giving voice those directly concerned. A qualitative study was proposed to explore the experiences and needs of users and professionals during counselling. Ten focus groups were conducted

involving 64 users and 19 professionals from Tarragona (Spain). The results were ordered based on the Quality on Contraceptive Counseling (QCC) framework, created by experts, which determines what the relationship between user and professional should be like during the counselling process. Our analysis highlighted users' little knowledge and false beliefs concerning contraception who, moreover, complained of receiving little information during counselling. They expressed their discontent with methods being imposed on them by the professional without exploring their preferences or needs. Meanwhile, the professionals argued that they often prescribe the method with which they are most familiar due to the lack of time during consultations at their office and/or because they are unfamiliar with other methods. These results, among others, offer the possibility of improving contraceptive counselling in Spain, if solutions to the difficulties and/or barriers detected are posed and implemented.

**Keywords:** Contraceptive counselling, Shared decision support tools, Qualitative research methods, Contraception, Family planning, Adherence

## Background

In Spain some 190,000 unplanned pregnancies are recorded each year, accounting for 35% of the total, as a result of not use of a contraceptive method or a failure to use it [1]. The current trend in our country is that approximately half of these pregnancies are voluntarily interrupted. A total of 99,149 were reported in 2019 with the physical, emotional and economic consequences this entails [2].

According to the National Survey on contraception in Spain, conducted in 2020 among 1800 women between 15 and 49 years of age, condoms are the method most frequently. Used by 31.3% of couples, followed in frequency by combined oral contraception (COC); by 18.5% of users. These figures are high, considering that 29.3% of women who have sexual relations report not using any method [3].

The condom is a good method of protection against sexually transmitted infections (STIs), but it is ineffective as a contraceptive. Compared to other methods, it is inconsistent and/or it is incorrectly used [3]. According to the Pearl Index, during the first year of use, 15 out of every 100 women who use condoms become pregnant, compared to eight out of every 100 women who use COC [4].

Given the data presented, the Spanish Society of Contraception (SEC) recommends the use of highly effective methods, Long-Acting Reversible Contraception (LARC), a set of methods that includes intrauterine devices (IUD) and the subdermal implant. These long-acting methods have a Pearl Index of less than two pregnancies per 100 users/year, as their contraceptive efficacy is not dependent on their correct use by the user, and are now used by 9.7% of users [3, 4].

Therefore, in recent years, directed contraceptive counselling models have been promoted. As well direct promotion of highly effective specific methods, or a model of "staggered effectiveness", structuring counselling according to the effectiveness of the methods [5, 6]. However, in a recent publication Dehlendorf has questioned and

criticized the suitability of these models of counselling based solely on the concept of effectiveness. It says that it does not take into account the different perspectives that women have about an unwanted pregnancy, or their preferences regarding methods [7]. In this regard, some authors point out that family planning services promote access to and the adoption of safe contraceptive methods. Those are preferably measured numerically, paying little attention to the experiences of the user(s) during counselling [8]. Considering that efficacy is not the only feature, and neither is it always the most important when choosing a contraceptive method [9–11].

The choice of method is a complex decision. It is recommended that professionals offer users focused on making informed decisions about their fertility and on the use of methods in accordance with their reproductive preferences and objectives [7]. The decision as to which method to use is influenced by the values and preferences of the individual, cost impact, subject knowledge, and the advice received, among others [12]. Counselling is said to be one of the most important interventions to improve contraceptive use and adherence [13].

A recent study finds that some women are dissatisfied with the contraceptive counselling they receive. It highlights a scenario in which, predominantly, method choice is heavily influenced by clinician recommendation or imposition [13]. This situation can negatively affect adherence to the method and the quality care provided, as it prevents individuals from making the best decision for themselves [8].

In 2017 Holt et al. presented a three-step protocol or framework for quality on contraceptive counseling (QCC). The aim of this framework, based on experts' opinions is the application of concepts from the literature on communication in healthcare (respect, empathy, trust). Moreover by identifying the basic principles of human rights with regard to interactions between user and clinician (confidentiality, trust, non-discrimination) [8]. This QCC framework was included in the project to

create the recently published the Quality of Contraceptive Counseling Scale [14].

Along these lines, and in order to improve communication during counselling, the development of decision support tools has been encouraged: a set of complementary interventions used, among others, to support clinicians when informing and/or counselling patients [15]. However, there is no evidence that their use improves the quality of healthcare or shared decision-making [16]. One possible reason is the lack of research on the use of these decision support tools and on what women perceive in their interactions with the practitioners during the process [17].

The purpose of this research is to explore the experiences and needs of users and practitioners during contraceptive counselling taking the Quality of Contraceptive Counselling Framework. Holt [8] will be used as a reference, in the context of creating a decision support tool for contraception.

## Materials and methods

### Rationale and context of the research

The study presented is part of the process to design and develop “*Anticoncepción*” (contraception) [18], a decision support tool that has been developed following the stages described by the Network of Agencies for Assessing National Health System Technologies and Performance of the Spanish National Health System [15], recently published in Spanish and Catalan on the “*Decisiones compartidas*” (shared decisions) website of the Agency for Health Quality and Assessment of Catalonia (AQuAS) of the Catalan Ministry of Health [19].

### Study design

In order to explore the experiences of users and practitioners during contraceptive counselling, during the first phase of the contraception decision support tool (DST) development process, qualitative research was conducted through focus groups (FG), and the contents of the subsequent transcripts were analysed.

### Subject selection and recruitment

Focus group participants (both users and practitioners) were recruited through the professional network of some of the researchers. Convenience sampling was performed based on different recruitment strategies, such as snowball, WhatsApp groups and email lists. The characteristics of recruitment determined that it was only possible to include respondents who agreed to participate in the study. Those who did not respond were deemed to have refused to participate. All participants with whom an appointment was agreed, attended it.

All participants resided in the province of Tarragona, in southern Catalonia (Spain), in rural and urban environments. Different inclusion criteria were defined for each FG (see Table 1).

For the make-up of user FG, intragroup homogeneity and intergroup heterogeneity were sought in order to achieve a greater diversity of discourse, while avoiding bringing together participants that might hinder group interaction, due to reasons of age and/or sexes, as “sexuality” remains “taboo” for many individuals.

The FG of practitioners included nurses, family physicians, midwives, gynaecologists and social educators working in primary care, hospitals or social services in Tarragona, who provided contraceptive counselling in their work environment.

Prior to participating, users and practitioners read the information sheet containing information about the study objectives and design, and information concerning the names and professional affiliations of the researchers. They then proceeded to sign give informed consent by signing the relevant form.

### Planning and conducting the FG

It was initially planned to hold six FG with women of different ages and two with various practitioners, with between six and 12 people, but the first level of analysis seeking emerging topics highlighted the need to expand the sample to a further two FG of users, one of adolescents of both sexes, and one of men. Following the criteria of Mayan on data saturation, collection continued until the time when it was considered that the data

**Table 1** Specific inclusion criteria for the user FG based on age and sex

Young women FG (YW)	Adult women FG (AW)	Men FG (M)	Adolescents (A)
Aged 18 to 30 Sex: female	Aged 30 years and over Sex: female	Aged 18 years and over Sex: male	Aged from 16 to 20 years Sex: female and male
Health service users	Health service users		
Experience or perceived need for contraceptive counselling	Experience or perceived need for contraceptive counselling	Experience or perceived need for contraceptive counselling	Experience or perceived need for contraceptive counselling

available afforded a new and plausible explanation for the phenomenon studied [20].

The FG were held between 2017 and 2020 in the Board Room of the Department of Nursing, except for the FG with adolescents (July 2020), held in a park in Tarragona, outdoors, due to COVID-19 restrictions.

The analysis of the results of the first FG, allowed to elaborate, a pilot DST in hormonal contraception, at the request of the Agency for Health Quality and Assessment of Catalonia (AQuAS) of the Catalan Ministry of Health, which was tested and published on its website “Decisiones compartidas” in August 2018. This previous analysis, allowed the discovery of information gaps and, later on, new recruitment and data collection actions. The final analysis of the results of all the FG allowed the publication of the DST “Anticoncepción” including hormonal methods, non-hormonal methods, on the website “Decisiones compartidas” of the Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (March 2021) [19].

The FG were coordinated by a **moderator** and an **assistant** of the team of Ph.D-qualified female professors at Rovira i Virgili University (URV), with experience in leading FG who were not known by the participants. Moderators and assistants conducted reflexivity exercises to consider their positionality and the power dynamics for use in the FG. **The assistant** handed out the “ad-hoc” questionnaires for filling in the data on sociodemographic variables and clinical variables related to contraception. Subsequently, she observed and took notes that would later be used to assist with transcription and analysis. To stimulate conversation, **the moderator** used

open-ended questions with which she encouraged participants to talk and interact with each other (see Tables 2 and 3).

During the FG, participants’ privacy and confidentiality were ensured, and only the moderator, assistant and participants were present.

The sessions were recorded digitally (Olympus VN-3500PC) and transcribed literally by the researchers in Spanish. The FG lasted between 45 and 60 min.

#### Data analysis

A thematic analysis of the contents was carried out. Each FG was analysed, first individually and then jointly, by the researchers, using “*a method to identify, analyse and extract patterns (themes) within the group*”, following the stages of Braun and Clarke [21].

The data were analysed by five of the researchers. The reporting units were identified and coded using open coding. All transcripts were coded by ARB and MMF using the software package weft-QDA. Each code was reviewed by another member of the team and discrepancies were discussed and resolved. Then, they were categorized by LRA, LRM and REP through a flexible process of expanding and deleting codes based on their content. The categories were then defined and classified into one of the steps of the comprehensive counselling framework (QCC) defined by Holt [8] (see Fig. 1). All analysis was done in Spanish and the direct quotes are translated to English in the “Results” section.

To ensure their validity, after the data analysis was completed, the final analytical topics were presented to the participants for content verification or suggestions.

**Table 2** Script for the questions for the user focus groups

---

Think about the times you have requested contraceptive counselling and tell us... what was it like? how did you feel?, what did you feel was missing and why?
Tell us how you made your decision regarding which contraceptive method to use? What influenced you and why?
We would like to know which resources you need and/or use to get information and your experience in this respect, in the consultancy of the practitioner or outside it
Think about the aspects you would like to find out about the different methods of contraception and tell us them
Do doubts and/or fears arise concerning the use of some methods? Which ones? Concerning what?
Do you think a reliable web space containing information that you can access freely from home would help you choose the method? What would you like it to be like?

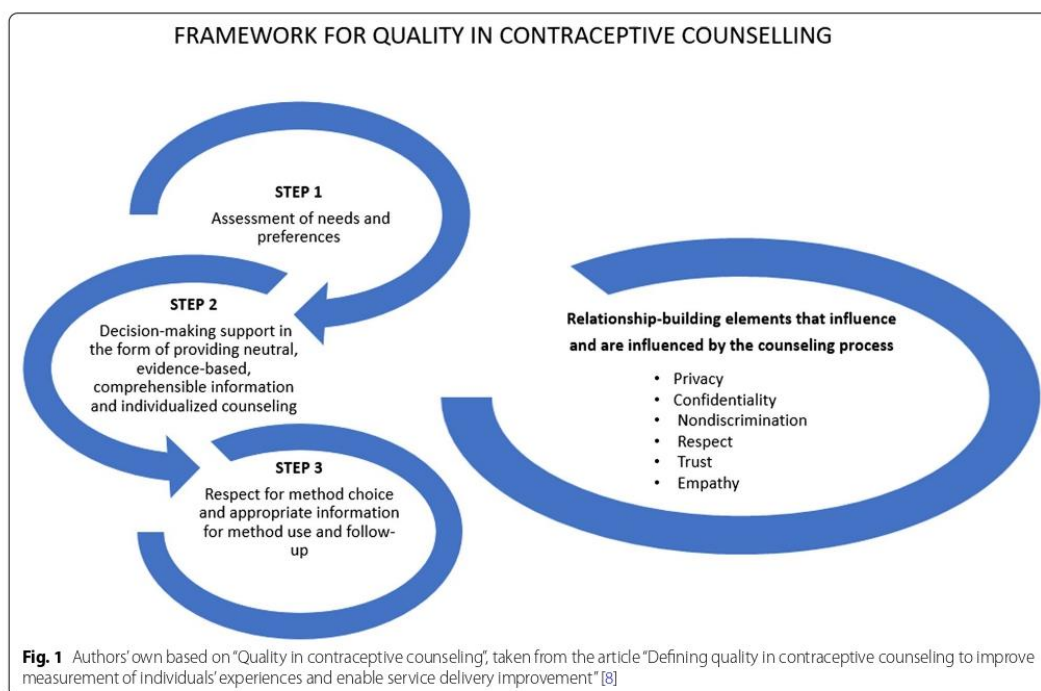
---

**Table 3** Script for the questions for the practitioner focus groups

---

Please explain how you explore the knowledge, beliefs and/or doubts users have about the various methods
Tell us how you usually resolve a request for counselling
Think about the times you have provided contraceptive counselling and tell us... what was it like?, how did you feel during the visit?
In your view, what aspects do you think users take into account when considering that they have been given good counselling?
Please explain how you think the practitioner should or should not influence the choice of method
What do you think a web-format decision support tool for contraception could bring to practitioners and users?

---



Participants who contacted the researchers did it to say that they were agreed with the analysis themes presented.

#### Ethical considerations

The Ethics Committee of the Pere Virgili Health Research Institute (IISPV), Tarragona (Spain), gave its approval to conduct the study "HERRAMIENTA DE AYUDA EN LA TOMA DE DECISIONES EN ANTICONCEPCION" in two phases (1st Phase: Ref. CEIm: 034/2017, and 2nd Phase Ref. CEIm: 177/2019).

#### Results

The research involved a total of 64 users and 19 clinical practitioners, distributed into three FG of young women (YW), three FG of adult women (AW), one FG of men (M), one FG of adolescents, and two FG of clinical practitioners. The FG were held between March 2017 and July 2020.

Participating users' sociodemographic and clinical profiles are set out below (see Table 4).

The sociodemographic profiles of the practitioners are presented in Table 5.

#### Qualitative results

Table 6 sets out the main categories found, classified on the basis of the steps described by Holt [8]. Then, separately, users' and practitioners' most representative emerging issues are presented, providing the quotations that illustrate the main findings.

#### Step 1

##### Users

In general, the choice of the method was based on erroneous knowledge or misinformation regarding the methods available in the market, their composition, mechanism of action and effectiveness, among others. Such aspects should have been routinely investigated and/or verified by the clinician in counselling. The cost appeared as a conditioning factor in choosing the method due to users' low-income or not having their own resources, as would be the case of the youngest subjects.

**Table 4** Profile of participating users according to sociodemographic and clinical variables

	Categories	n (%)	
Sex	Female	49 (77%)	
	Male	15 (23%)	
Age (years)	15–20	19 (30%)	
	21–26	13 (20%)	
	27–35	8 (13%)	
	36–45	13 (20%)	
	≥ 46	11 (17%)	
Education level	Primary school	6 (9%)	
	Compulsory secondary education	5 (8%)	
	Lower vocational training	7 (11%)	
	Higher vocational training	8 (13%)	
	Baccalaureate (upper secondary)	4 (6%)	
	University studies	19 (30%)	
	Master's degree, Postgraduate studies, Doctoral degree	13 (20%)	
	None of the above	2 (3%)	
Stable couple	Yes	11 (17%)	
	No	41 (64%)	
	NA/DK	12 (19%)	
Current contraceptive use	No	18 (28%)	
	Yes	46 (72%)	
	<i>Type of contraceptive method</i>		
	Condom	27 (59%)	
	Combined oral contraceptives	10 (22%)	
	Vasectomy/tubal ligation	1 (2%)	
	Contraceptive ring	1 (2%)	
	Natural methods	1 (2%)	
	IUD	4 (9%)	
	Progestin-only pills	1 (2%)	
	Subdermal implant	1 (2%)	
	Purpose of the contraceptive method	Contraceptive	25 (39%)
		Prevent STI	12 (19%)
		Both	14 (22%)
		Others <sup>a</sup>	2 (3%)
NA/DK		11 (17%)	
Incidences or problems with the current contraceptive method	No	27 (42%)	
	Yes	26 (41%)	
	NA/DK	11 (17%)	
Which one? (more than one answer possible)	Breakage	8	
	Slip-off	2	
	Omission	7	
	Inconvenience	3	
	Side effects <sup>b</sup>	15	
	Cost	2	

<sup>a</sup> Other therapeutic purposes: acne, heavy periods or dysmenorrhea

<sup>b</sup> The onset of spider veins, amenorrhea, lower limb pain, headache, and others not specified

**Table 5** Participating practitioners' profiles

Profile of family planning providers according to sociodemographic and clinical variables	Categories	n (%)
Sex	Female	17 (89%)
	Male	2 (11%)
Age (years)	20–30	4 (21%)
	31–40	2 (10.5%)
	41–50	3 (16%)
	> 50	10 (53%)
Professional category	Family Physicians	5 (26%)
	Gynaecologist	3 (16%)
	Gynaecology resident	1 (5%)
	Midwife	6 (32%)
	Nurse	3 (16%)
	Social Educator	1 (5%)
Currently working at the time of the investigation	Yes	18 (95%)
	No	1 (5%)

**Category: Various sources of information, sometimes unreliable or not verified**

"... you start to hear something when you go to ESO [years 8–11 of compulsory schooling], a talk. I, for example, confide a lot in my aunt and I've heard all the information from her"; M1  
 "where does information on contraception circulate? The friend or brother who explained it to me"; M9  
 "I, honestly, where I learned most about contraceptives is in the series 'The Big House' (...) I've also searched on internet..."; A10  
 "I find things about contraception on TV or on YouTube, if you look a little, you only see ads and videos about condoms, at least I've only seen those. I haven't seen an advert for the patch or the IUD"; A6  
 "I've got friends and a cousin, who have already used the rod (subdermal implant), they had said good things about it and... I opted for this method"; YW16

Young women (YW) and adult women (AW) usually attended the clinician's office having already chosen a contraceptive method, generally based on information obtained from their immediate environment, usually from family and friends. The youngest subjects (A), referred to finding information on social networks, TV and on the internet. Teenagers and men were the most misinformed about contraceptive methods.

**Category: Prescribing the method requested by the user, without exploring their needs**

"I think you can go to the visit with a fixed idea, but if they offer the full range of opportunities out there, you might change... I don't know, if you know other methods and they are more advantageous for you it's much better that they tell you everything"; YW9  
 "I think you should be given information about all possible methods, not just talk about condoms, but as we said before, about the dual method..."; YW17  
 "hormonal contraceptives have a super strong hormonal shot, right?"; A1  
 "It's important to know what it costs, because a lot of people [who] start having sexual relations don't have their parents' consent and have no money"; YW4

Users expressed their interest in and/or concern with knowing whether the use of certain hormonal methods would affect menstruation and/or cause side effects such as weight gain, headache, mood swings, diminished sex drive, increased hair, the appearance of blemishes on the skin, amenorrhea and intermenstrual bleeding. Such aspects were often not mentioned by the clinician in counselling and are directly related to the reasons reported when requesting a change of method.

**Category: Concern for the side effects of the methods**

"We have used birth control pills, but... well... we've been reading that they cause hormonal changes, like putting on weight or that they can eventually leave you sterile... And that's why we decided to change to the condom"; M8  
 "... I know lots of people who say that hormones disagree with them. ... I don't know, since your body doesn't produce them, they can cause some kind of rejection, I think"; YW17  
 "When I used the IUD the first month I didn't have a period and I was afraid I might be pregnant, now in the second month I've had my period, but it bothers me not knowing when I will get it and when it will finish..."; YW18  
 "I need to know the side effects... I don't want to turn into a cold woman... to age quicker, 'cos that's got to do with hormones... you know?"; AW22  
 "I decided to try a hormonal method, the pill in my case... I noticed it changed my character and that I was in a bad mood... and also blemishes on the skin with the ring... I've got blemishes on the skin..."; AW1  
 "... with the ring, really great, but I stopped because when having sex my drive decreased, I didn't feel so much like having relations..."; YW9  
 "well they're hormones and your body changes inside... You can put on weight or you can also lose weight, or the question of hair too... you can have more or less..."; A8

Misconceptions and myths were very widespread among the population, and were associated with taking contraceptives and future infertility. For example, the use of the IUD exclusive to women who had been mothers,

**Table 6** Themes/categories (users and practitioners) classified according to the steps of the “Comprehensive Framework for Contraceptive Counseling by Holt [8]

Step 1	Step 2	Step 3
<p><b>Explore the needs, preferences and previous experiences with contraceptives, to adapt communication to specific needs and concerns</b></p> <p><i>User FG categories</i>                      Various sources of information, sometimes unreliable or not verified                      Prescribing the method requested by the user, without exploring their needs                      Concern for the side effects of the methods                      Unexplored misconceptions and myths</p> <p><i>Practitioners FG categories</i>                      Choice based on environmental influences</p> <p>Difficulties in communication with the user (diverse languages and cultures, excessive caseload and lack of knowledge of contraception)</p>	<p><b>Facilitate decision-making for the choice of method providing up-to-date information on all options: effectiveness, mechanism of action, side effects, contraindications, barriers to use etc., neutrally and comprehensibly</b></p> <p>Lack of information about the different methods in relation to their effectiveness, composition, mechanism of action, protection against sexually transmitted infections, cost, etc.)                      Distrust in the practitioner upon receiving biased information or a lack of details regarding the methods                      The importance of providing up-to-date information on effectiveness, cost, safety, prevention STI, SE... of the various methods                      Practitioners' lack of specific training in contraception, a hindrance to adequate, neutral counselling</p>	<p><b>Respect the choice of method in a context of shared decision-making, incorporating information for the use of the method and its monitoring</b></p> <p>Practitioner's reluctance to cede power of decision                      User's reluctance to take the decision                      Opinions on accessibility to information outside the physician's office                      Predominant paternalistic approach                      Health system that hinders good monitoring                      Need to improve accessibility to information for practitioners and users (DST)</p>

amenorrhea as something negative for the woman's body and the need for breaks in taking contraceptives. These aspects were not always explored by the clinician, leading them to persist over time.

**Category: Unexplored misconceptions and myths**  
"...I've been told that if you don't take a break you become infertile (talking about COC); YW5  
"they say that after a few months of taking the pill you should rest for a month or two, then start again..."; YW1.1  
"Imagine, because if you don't get your period for five years... you imagine the headaches... you imagine the bad mood... that can't be normal, it can't be good... because the lack of oestrogen gives you wrinkles, you suddenly become an old woman, it's as if you were in menopause (...). and I think, if this is something we need as a woman, I mean, we need to get rid of that blood, as they say "it's bad", it's useless, what happens to all that blood that accumulates there..."; AW22  
"...that each year of birth control pills are 7 years of ageing of the womb..."; YW4  
"I've been told that there was an IUD that wasn't hormonal but for people who hadn't had children we should never use it, as there was risk of damaging the uterus"; AW1  
"We have used birth control pills, but we've been reading that they cause hormonal changes, like putting on weight, that it can eventually leave you sterile... for women, right? That's what I understand and that's why we decided to change to condoms"; M8

### Practitioners

Practitioners reported that women come to their office with the idea of a method based on their age or if they have a partner. They express that even if they agree that they should be advised on other methods and inquire into the subject's personal and financial situation, their stage of life or experiences with other methods, among others, they do not get involved in the choice. Most agreed that the population lacks knowledge about contraception and that counselling should be individualized, although they rather understand it as informing about a method than how to encourage the choice based on a shared decision.

**Category: Choice based on environmental influences**  
"take pills, and they do the job. And you try to explain that, well, the IUD might suit her better. People come with an idea already for a contraceptive method. They want pills because their neighbour on the fourth floor takes them and they suit her (...) then it's very difficult to convince them..."; (Nurse, > 50 years of age)  
"...you have to limit the information according to the characteristics of the patient, her medical condition, and what you think will best suit her... because sometimes what is best for your patient in your medical opinion, is not what she wants..."; (family doctor, > 50 years of age)  
"...that's why there are so many contraceptive methods, because there are many profiles of women. The first thing I explain is what she asks me for. I make sure she asks me for it because she knows about it, I clear up any doubts and if she is still interested, okay. What I think is that, if she leaves the office with a different method from the one she has decided for, she won't use it..."; (family doctor, 41–50 years of age)  
"they base themselves on their surroundings, right? their friend, their sister, (...) so there's a great predisposition towards this or that method, or they want to use one because it works well for such-and-such, and so they are completely unaware of the side effects, or if it's suitable for her or not"; (Gynaecologist, 31–40 years of age)

Practitioners perceived that the users they treat have little knowledge about contraception and difficulties in interpreting a patient information leaflet. This is compounded among immigrant women. Some of the issues they considered would hamper and/or exacerbate this situation would be excessive caseloads, a different language and lack of specific training in contraception for some practitioners.

**Category: Difficulties in communicating with users (diverse languages and cultures, excessive caseload and lack of knowledge of contraception)**  
"All this is in the patient information leaflet... but for some reason people read patient information leaflets and don't really understand them... because after an oversight it clearly states there to use a barrier method... but they don't"; (Family doctor, > 50 years of age)  
"Because now in surgery we have a language barrier... however much you want to give information, there are people who won't receive it all..."; (Gynaecologist, 20–30 years of age)  
"...you have excessive caseloads and, also, you don't have specific training... So a visit will take a long time because you are misinformed, therefore, do not know how to inform... the woman has doubts and probably leaves dissatisfied... another problem is the lack of knowledge because there are still practitioners who decide to suspend the contraceptive method to take breaks..."; (Midwife, 20–30 years old)  
"...I always speak from experience from where I work... if you receive a Moroccan or a Chinese woman and she doesn't understand me... how do I do it? How can I explain how a natural method works?"; (Midwife, > 50 years of age)  
"...I deal a lot with young Moroccans and the information they have about contraception is zero, they know nothing whatsoever, the condom at most..."; (Social educator, 31–40 years of age)

### Step 2

#### Users

Users commented that they receive little information on contraception from the practitioners treating them and request more information about the contraceptive methods available in the market, mechanisms of action, protection against STI, their effectiveness or cost, unaware of the possibility of using a subsidized method, among others.

**Category: Lack of information about the different methods in relation to their effectiveness, composition, mechanism of action, protection against sexually transmitted infections, cost, etc**  
"What I don't know is if all contraceptives can be used to prevent pregnancy or can also be used to protect against STD. That, I don't know, don't know, which have an effect on STD or not... the male condom does, and the female one?"; A6  
"...when I was informed about the available contraceptive methods, I looked above all that it was effective because... although getting pregnant wouldn't be a drama, I don't want it to happen..."; YW3  
"If the practitioners tell me that the contraceptive method has a certain percentage of safety, then I'll think about it... but I want to know..."; AW22  
"I take COC, because it was the only option they gave me, for example I don't know what the diaphragm is. I think there's a lack of information. I, for example, nowadays don't know many of contraceptives there are, I feel uninformed"; AW5  
"...I like the IUD, the thing is that two hundred euros... where do you get it from?"; AW22

Sometimes, somewhat neutral advice, accompanied by insufficient information, or the use of overly technical language, led to distrust in the practitioner and, ultimately, a bad counselling experience.

**Category: Distrust in the practitioner upon receiving biased information or a lack of details regarding the methods**

"I've always thought, in view of my dealings with different gynaecologists I've visited, that there's a league in favour of the COC. When I asked about the diaphragm, they told me, ugh, no, it's very little effective!" (...), even asking for a method without hormones, they offered me the ring... as if it didn't have any!"; AW9  
"...he insisted I should use the IUD, and I don't know why... and I asked him: 'Is it something commercial?' what new thing has come out, are you testing it or why are you insisting I should use it?"; AW18  
"At 16 I went to ask about some other contraceptive method (I was already taking birth control pills) and [he/she] said, 'Take the pills you are already taking and that's that' and I left the office without any more information"; YW10  
"...I told the gynaecologist I was studying nursing and then he relaxed a little and explained a little more... because at the beginning it was like he didn't want to go into the subject very much because he didn't know how to explain it to me without it being very technical... then... it creates a lack of information in the end"; YW8  
"I think maybe there should be a more thorough examination to find out your conditions, they do it at some (private) centres (...) they give you a blood test and look at your hormone levels, and from there they give you one thing or another"; YW3

**Practitioners**

Practitioners believed it is important to properly advise the population. Issues such as cost, safety, effectiveness, the prevention of STI, side effects and others have to be considered when informing as to the different methods. They add that mostly, women decide to change or even cease contraceptive method due to price and SE. Regarding SE, they believe more time should be spent explaining them better, to thus try to reduce abandonment.

**Category: The importance of providing up-to-date information on effectiveness, cost, safety, prevention STI, SE... of the various methods**

"...it is essential to explain how it works, how it is used, if it has any side effect... if there is any change... for example, if we talk about the implant, the first thing that is explained is the percentage likelihood of amenorrhea, the percentage likelihood of irregular bleeding..."; (Midwife, > 50 years of age)  
"...I think the key is to spend time explaining things... for example, in the case of the hormonal IUD: that a third of women experience amenorrhea or maybe they get it (menstruation) once or twice a year or have very few periods... and there will be others who, with the copper IUD have prolonged, heavy periods... in short, if you explain it well... women adapt and are more receptive to the method..."; (Midwife, > 50 years of age)  
"Among young people it's important to explain very well that the condom is not only to prevent pregnancy... the fear that there was of HIV a few years ago has been somewhat forgotten, and I think that that's also very important in the end"; (Resident gynaecologist, 20–30 years of age)  
"...there have been many users who have changed their method for financial reasons. For example, all users of the vaginal ring, of which there were many and they were very happy, have changed method and have gone to a subsidized oral contraceptive because they can't afford the cost of the patch or the ring..."; (Gynaecologist, 20–30 years of age)

Practitioners were concerned about the fact that their lack of knowledge of some of the methods or lack of specific training, lead to inadequate advice directed towards the methods with which they are most familiar. They considered that more training on the subject would allow them to better advise, in the limited time they have in the office. Caseloads were an argument to excuse their failure to inform of all available methods.

**Category: Practitioners' lack of specific training in contraception**

"...there are practitioners who, faced with a request for combined hormonal contraceptives, because they don't know, continue to give 'Loeb', 'Sibilla' or 'Diane 35', although the guidelines say they shouldn't be prescribed... this happens because we don't refresh... and if we ourselves don't know the characteristics of the methods, how are we going to explain or prescribe them?"; (Midwife, 20–30 years of age)  
"I think that not only are users unaware of contraceptive methods, but among practitioners there is also a lack of information and we end up deciding for them"; (Midwife, > 50 years of age)  
"...Excessive caseloads makes consultations, perhaps, not long enough (...), but, also, you don't have specific training in this and this will take a long time at the consultation because you are uninformed, you don't know how to inform, the woman has doubts, you will generate more doubts, it's never-ending, right?, and probably the woman leaves unsatisfied and you too..."; (Family doctor, > 50 years of age)  
"the user should be given more information when you're recommending a method or you're advising her, also explain to her a little beyond how to use that method... there's a lack of pedagogy..."; (Gynaecologist, 20–30 years of age)

**Step 3  
Users**

Some users felt that the practitioner imposes the contraceptive method on them without offering others or that they are not supported when they express their wish to use a particular method, different from the one recommended.

**Category: Practitioner's reluctance to cede power of decision**

"The thing is that the subject of contraceptives is very personal due to opinions, personal experiences and so on... like it gives you a little more independence when you decide (...) not just that the doctor controls what you have to do and what not... There will be doctors who are well intentioned, but in the end it's still a treatment for you, that, if it suits you or not... they are not affected, so if you don't get on well with the practitioner, or whatever, then he will give you whatever's best for him, full stop"; YW8  
"the gynaecologist stopped me on the subject of the IUD... and told me to continue with the pills if I wanted to go on with some method of contraception... she didn't give me more information about other methods..."; YW13  
"I take these contraceptive pills because they're the ones my gynaecologist gave me... he told me to take them, but without giving me more options..."; YW9  
"but the issue of litigation... is I when I went to the office I had the feeling that the midwife didn't support me in my decision, when for me it hasn't been a decision like 'I get up and, ah! I'll have a litigation!'. ... for me it has been a super-thought-through decision"; AW19  
"When I got pregnant she gave me what for, called me everything under the sun... I mean, everything but good-looking... until I got angry and said, look, I'm forty-one, my husband got me pregnant and it was an accident..."; AW22

However, there were women who felt comfortable and confident that the practitioner can decide for them which method to use.

**Category: User reluctance to take the decision/Practitioner's reluctance to cede power of decision**

"Well, I have a lot of confidence in her and I say: whatever you recommend to me, I'll take it", YW9  
"but because I trust her and I know that if she had said it's no good (contraceptive method), I don't use it, simple as that...", YW9  
"In my case, I always ask the gynaecologist... because in my country in Venezuela there's a great tendency that if you need something you consult your doctor. (...) and until the gynaecologist approves, you don't buy anything", YW5

In general, they asked to have greater access to the system and/or access to reliable information, outside the physician's office, to encourage their involvement in the decision-making process and be able to clear up their doubts if they arise during use of the method. Women (AW and YW), consider that good follow-up by practitioners is important and that it could be supported by leaflets, brochures or a reliable, up-to-date website. They displayed a general interest in creating a decision support tool for contraception. It would be important to make suggestions on how they would like it to be, with audiovisual content and little text, first-hand accounts, a virtual assistant and/or freephone for queries. Younger subjects (A) also like the idea of being able to access information via the web, but stress the need for it to be accessible from a smartphone and for access to be available from social networks like Facebook or Instagram.

**Category: Opinions on accessibility to information outside the physician's office for the DST**

"I think there is information, but you have to go to look for it... You don't have it at your fingertips... you have to get on with it, on your own initiative...", AW11  
"... (DST) I think the recommendation of a website with first-hand accounts would be interesting (...) also with specific information on the different methods, and videos... that should be short... most essential... less than a minute, I think it's preferable to separate, 'pills' of the basics, it must be easy to see from any mobile device, easy to navigate... a little that, for each method, you had effectiveness, protection, and you decide to be able to compare them... "AW5  
"... (DST) with drawings that are super clear", YW5  
"... (DST) with basic ideas and then access to more information", YW7  
"... (DST) if there is a lot of text it won't be read... I'm an odd case, I like reading a lot, (...) people see 4-5 things and run away", YW2  
"(DST) Talks, not too many. Words, not too many. Picture, film, movie... Two minutes. Three minutes. No more. When you go to the school and you have the little boy after 5 min you're not talking to him he's already playing with the one next to him and he doesn't understand. It must be film. Audiovisual", M9  
"(DST) could also be interesting, apart from the thing of the phone, that on that webpage, it offered the possibility of being able to submit a query in writing to a virtual assistant, like some companies do, like IKEA", AW5  
"... (DST) More than a website, it would be interesting to put information on Instagram with a link to go to the website (...) that's what's in nowadays", A4

**Practitioners**

Some practitioners recognized that a paternalistic paradigm persists in healthcare and that often they decide the contraceptive for the woman. The perception of women's trust in them, as practitioners, was one of the reasons they upheld. In other cases, they justified a higher degree of paternalism in cases where they perceived irresponsibility on the part of the user with respect to their health.

**Category: Predominant paternalistic approach**

"... there we are deciding for her, I think, it's the model we have come from and is still there, it's hard for us to change, because the tendency we have is in that direction, to decide for her, and you think, how am I going to get you into this mess now?... maybe a "tool of this kind" (DST), is the way to ensure the information gets across", (Family doctor, > 50 years of age)  
"In any case I think that, deep down, they trust quite a lot in us, the practitioners. Any method that you tell them... because they always tell you, recommend the best one, (...) most are quite receptive to advice. They trust you quite a lot", (Midwife, > 50 years of age)  
"I think it depends on the woman, on the moment, because, for example, if I have a woman who is going for her fourth child, well, depending on what method, I don't even talk to her about it... I think...". (Midwife, > 50 years of age)  
"... It's the easy way for the woman [to say]: tell me what I have to use and give me it...". (Family doctor, 41-50 years of age)  
"There are practitioners who decide for the women who attend consultation by presenting them only with what they believe they should choose", (Midwife, 20-30 years of age)

Other practitioners agreed that the delay in referring users to administer some long-acting contraceptives (IUD or implant), increased the risk of pregnancy, while it hindered the relationship with the practitioner, as women responded badly to the delay.

**Category: Health system that hinders good monitoring**

"the fact is that when the woman asks for the visit, she does it on the spur of the moment and wants it right away (IUD or implant) (...) then the fact that it takes a month or takes two... or simply telling her that when she gets her period to call and when she calls all the visits are booked and she has to wait until the next month... that's a problem... that's a problem... as also many get angry...". (Midwife, > 50 years of age)  
"If you have a waiting list of X months for a vasectomy, you have to say that, until surgery, they have to use a method. It's not the only problem, obviously, but there is a lot of evidence that proves quick-start: if the day they come to the appointment they start the method, treatment adherence is higher than if they have to wait. It's proven to be the case...". (Family doctor, > 50 years of age)

However, some practitioners expressed that young people are more comfortable talking about the subject in workshops or outside health centres.

They stressed the suitability of DST for contraception, as it would encourage users to attend consultation previously informed of the available methods. They were also of the opinion that the creation of a DST for contraception would allow them to have a space where they could consult information and get up to date.

**Category: Need to improve accessibility to information for practitioners and users in friendly environments**

*"I've often found that they do not want to go straight to the primary care centre, with doctors or nurses... maybe the white coat frightens them (A), I do not know... and they ask you for a more informal practitioner, maybe on more level terms, right? And so often we refer them to health centres, which maybe approach the issue in a more informal way, or there, they also hand out condoms... it's like a workshop, rather than going straight to the [doctor's] office... that's my experience..."; (Social educator, 31–40 years of age)*

*"... Always leave the door open for her to call for any questions she might have, right? But above all, what method, what it consists of, what it involves, how it is used, and what to do if something goes wrong..."; (Midwife, > 50 years of age)*

*"... We're really pushed for time in consultation and having a (DST) tool that, simply and in a short space of time, can help you so that the woman can make the decision... Well, yes, I think it can be useful... (Family doctor, 41–50 years of age)*

*"We would use a tool a lot in the day to day. We would share with the patient because s/he's the one who has to decide... We would explain the pros, the cons and all the options. But the patient is the one who must decide. We give them support, of course... if we have a tool to help us do these things, all the better"; (Family doctor, > 50 years of age)*

*"I guess it would be good for this tool to be in different languages: Arabic, English, French, Russian perhaps... and Chinese"; (Midwife, > 50 years of age)*

## Discussion

The present study has explored the experiences of users and practitioners in relation to contraceptive counselling and identified the perceived needs of both groups. It aimed to constitute a first step towards improving the counselling process.

### Users' experiences

The vast majority of participants were women who expressed to feel dissatisfied with the advice received due to a lack of information, being dealt with too quickly and/or a feeling of a particular contraceptive method being imposed on them. Their experiences during counselling reflect different styles of healthcare, depending on the practitioner treating them. Those results are similar to a qualitative study conducted in the US which assessed how the choice of contraceptive method was approached in the practitioner's office [22].

Data analysis principally describes practitioners who advise users without exploring their abilities or difficulties regarding the use of a method, or their knowledge and needs of and/or preferences for contraception. Their request was done without discussion between patient-practitioner. Dehlendorf called that a "foreclosed approach", whereby the suppliers only provide information on the methods users explicitly mention [22]. In Spain, the 20% of users of COC that forgot to take their pill was because they did not know that they had to take it at the same time every day [23]. This fact therefore demonstrates the need for individualized counselling

that takes into account the multiple factors that surround these women.

Some of the participants mentioned having received biased information that did not include all contraceptive options. Others described practitioners that imposed the contraceptive method on them, which can be counterproductive, according to a study [24] in which it was found that women who felt under pressure to use a contraceptive implant were more likely to cease to use it. Another study [25] reports that women who had felt under pressure during counselling were less likely to return to a family planning centre in the future.

When information focuses on and is tailored to the needs of the user during counselling, it has positive consequences. Adequate counselling is associated with improved adherence to the contraceptive method chosen and the continued use of a highly or moderately effective method 6 months after the visit [26]. Conversely, when patient preferences are ignored, treatments are seen to be less effective and clinical variability increases unreasonable, which, in this circumstance, is exclusively subject to medical judgement [27].

For over 20 years, a paradigm shift in contraceptive counselling has been promoted towards a model of shared decision-making in which the practitioner. This counselling includes the woman's medical history, the advantages and disadvantages of all existing contraceptive options, and the preferences of the users. Her concerns, personal and family values are also included in this model [28, 29].

Research into contraception recognizes that women are more satisfied with the advice received and the method chosen when they experience shared decision-making [30]. But in light of all of the above, it seems clear that some practitioners resist and continue to assume a directive role. This may be due to a greater affinity to a paternalistic paradigm, or a feeling of discomfort. This leads them to maintain the informed choice approach, as they do not know how to manage the balance between the priority of patient autonomy in decision-making and the desire to encourage women to use highly efficacious methods [22].

Receiving information on the available methods and the sensation of not feeling judged or forced by the practitioner to choose is positively valued [31]. Women are grateful that practitioners help them make the decision, in a friendly environment, provided that the opinion of the practitioner is accompanied by an underlying explanation [17].

It is essential to establish a good interpersonal relationship during contraceptive counselling, given its personal, sensitive nature [32]. Communication behaviours,

like cordially greeting patients and small talk, have been associated with the continuation of the use of the contraceptive method in time [26]. Authors such as Dehlendorf recommend that practitioners should start the conversation by focusing on the user's preferences. It includes being objective and non-judgemental in an atmosphere of an interactive educational conversation. But without participating in the actual choice of the method, to ensure that the women are not inappropriately influenced [13].

Most participants acknowledged that they lacked information to choose according to their needs. It correlates with the results of the study by Hodgson, in which most participants were not aware of the variety and characteristics of contraceptive options [33].

According to various authors, women wish to receive clear, objective information about the method as well as be corrected with regard to misinformation and/or myths [34]. Some of the women who attended the FG considered "*that COC reduce fertility and that therefore it was necessary to take a break*", myths that negatively condition the use of COC [35]. In this regard, in 2020 the SEC published that 28% of COC users in our country erroneously take such breaks, increasing the risk of unplanned pregnancy [3]. These evidences appears to be a clear example that some practitioners may not be aware of the myths circulating and/or have insufficient information to counter them.

In a recent publication on counselling [7], it is recommended first to respond to the priorities expressed by the users, in response to the initial question about preferences. For example, if they point out that that the most important aspect of the method the user chooses is not to have to be conscious of it, practitioners should provide the range of options to respond to this demand and start with questions like: "*There are methods that are taken every day, every week, every month, every three months or even less frequently. Which one seems best for your situation?*". Then, it is recommended to review the general characteristics (e.g., effectiveness or the resulting changes to menstruation) and discuss the range of options within each characteristic. Users display strong and varied preferences, as well as erroneous knowledge regarding changes in menstrual bleeding. It is important to stress that the change itself, such as amenorrhoea, can be seen as a benefit for some women and as a negative side effect for others [34], hence its importance for exploration.

The user participants called for more information during counselling on the effectiveness of the different methods. It correlates with other studies [9, 10] where effectiveness is considered as a high priority preference for users when choosing a method. However, much of the population is unaware of the absolute and relative

effectiveness of the different methods for preventing pregnancy [36].

In line with the findings of other studies [17, 37], users displayed fear and concern regarding possible side effects. Especially when it comes to hormonal methods and their effect on mood, mental well-being and future fertility. Some authors blame the situation on social networks, where negative information on methods is more commonly dealt with than positive information [38–41]. Holt stresses the importance during counselling of informing as to the adverse effects of the method, and reviewing them during follow-up visits [17]. Advanced counselling on possible side effects has been associated with both satisfaction with and adherence to the method [42, 43].

For many young people, sexual debut comes before the acquisition of adequate knowledge about contraception [33]. This situation encourages, as shown in a recent study, that 18% of women, most of them with low socioeconomic and educational level, did not use any contraceptive method during their first sexual intercourse [44].

Therefore, it would be necessary to access the social and educational environment of these young people, before their first sexual intercourse, in order to provide them with information and encourage the use of contraceptive methods. A good approach could be the promotion of consultation and use of DST in contraception through cell phones in schools and educational institutions. Young people are a group that is reluctant to go to a contraceptive counselling office, but they are very accepting of mobile applications, which they feel respect their privacy and confidentiality [45]. Several studies report that prior consultation of a DST in contraception facilitated the conversation during the counselling visit, and that several participants expressed a desire to attend the clinician's office after use [46, 47].

#### The opinion of the practitioners

The role of practitioners in contraceptive counselling is key when choosing the method. According to data taken from the 2020 Survey on Contraception in Spain, 64.3% of women of childbearing age have gone to a practitioner to choose the contraceptive method that best suits their needs. Especially adult women, as they give importance to the information received during consultations [3].

Practitioners participating in the study agree that quality counselling should be provided. Some of the elements mentioned considered for a consistent process of shared decision-making were: individual's preferences and values, stressing the importance of creating a close, trusting relationship in an environment of privacy, respect, empathy and non-discrimination on the grounds of gender, race/ethnicity, social class or other factors. All those

elements are in line with the reports of many authors [8, 22, 48]. However, they indicated that, in practice, it is difficult for them to explore knowledge or needs and inform of all available methods, arguing, among other things, communication barriers with the user due to language and/or cultural aspects. These difficulties must raise the alarm since they can lead to what Downing has called “*intersections of ethnicity and social class in provider advice regarding reproductive health*” and are reflected in studies showing bias in counselling according to the race and/or culture of the user. In this regard, women of colour are more likely to receive advice to limit their childbearing than white women [49], while at the same time they are more susceptible to being pressured by the practitioner to use highly effective contraceptive methods [50].

We must also consider the fact that the participating practitioners felt that not all of them offer advice with updated evidence-based information. It collapses with the lack of specific training in contraception in some cases, and a lack of communication skills. It encourages a paternalistic approach to healthcare directed towards the choice of the method they know best.

In contrast with directive counselling, shared decision-making provides a structure for counselling that protects against perceived or actual prejudice in counselling. It is focused explicitly on the preferences expressed by women. However, since such bias may influence the way in which support is provided to decision-making, practitioners should be aware of the possibility that it may subtly influence their counselling and should work on not overemphasizing specific methods based on the assumption of what “they should want” [7].

DSTs facilitate information and counselling by allowing the practitioner and the user to freely access them from any digital device. This process facilitates personal reflection before making the decision that best suits their preferences, needs and state of health [15, 51, 52].

Given the findings of this study, the need is identified for health institutions to weigh up the short- and long-term advantages of contraceptive counselling backed up with a DST for contraception. It may seem that the use of a DST consumes consultation time that is not available. However, a first visit with the support of a DST could solve some of the shortcomings in counselling detected. As well as practitioners’ lack of knowledge, their poor approach to crucial issues, unexplored false beliefs and/or cultural or language barriers, that could be improved with a translation and cultural adaptation of the DST for users of diverse backgrounds.

Based on a pilot study, we are currently evaluating whether the use in consultation of “SHARECONTRACEPT”, a DST in hormonal contraception, corresponding

to the 1st Phase of the “Contraception” DST, improves adherence to treatment, user satisfaction, decisional conflicts, counsellor or clinician satisfaction, and the knowledge acquired. This research project has received a grant from the European Regional Development Fund (ERDF) through competitive call FIS 18 for Health research projects, of the Carlos III Health Institute and has been recently published [53].

However, the promotion of DST must be accompanied by actions and/or courses to help practitioners improve their knowledge of contraception as well as their communication skills. These measures have achieved very good results regarding problems of the health system such as excessive caseloads, the lack of experience on the part of clinicians, and a lack of material resources and/or personnel [54, 55].

### Limitations

The present study does present some limitations. The sampling of this study was for convenience, so it may not be representative. Our study was open to all individuals with experiences in contraceptive counselling, so it could be that the users and professionals who agreed to participate in the research had unmet needs, complaints, or doubts during contraceptive counselling.

Moreover, the study excluded individuals who do not speak and understand Spanish, who represent a sizeable portion of the immigrant people in Tarragona, and likely face even more significant barriers to managing their contraceptive decisions.

### Conclusions

Users are dissatisfied with the counselling they have received and demand truthful and objective information about the effectiveness and/or side effects of all contraceptive methods, among others, in order to improve their knowledge. They value an approachable attitude of the professionals who show interest in their needs, values and priorities.

Some practitioners are seen as being reluctant to assume a process of shared decision-making during counselling due to their lack of up-to-date knowledge of contraception, lack of communication skills and/or their perceived overload.

Free access to a DST on contraception, from a computer or cell phone, can provide the population with information accessible from home, updated and based on the best evidence, at the click of a button, which is very well accepted by young people. It seems to have been demonstrated that its use, before going to the clinic, can facilitate conversation with the clinician, as well as motivate them to want to go to a contraceptive counselling clinic after its use.

Healthcare institutions should consider providing more time for consultation for DST contraception counseling, which could yield savings in the long run as a result of increased treatment adherence and satisfaction, and fewer voluntary termination of pregnancies (VTPs), between others.

#### Abbreviations

COC: Combined oral contraception; STI: Sexually transmitted infections; SEC: Spanish Society of Contraception; LARC: Long-Acting Reversible Contraception; IUD: Intrauterine devices; QCC: Quality on contraceptive counseling; DST: Decision support tool; FG: Focus groups; US: United States; VTP: Voluntary termination of pregnancy.

#### Acknowledgements

The authors gratefully acknowledge the support of the study participants and the Nursing Department, Rovira i Virgili University.

#### Authors' contributions

IMF, LRR, MFL, LOS, FVF obtained funding for, conceived, designed and coordinated the study. LRM, REP, ARB, LRA, MMF conceived the study and participated in its design, performance, coordination and community engagement. All authors read and approved the final manuscript.

#### Funding

The process of creating the web-based contraceptive decision support tool, in which this study is framed, was funded by the Catalan Agency for Health quality and Evaluation (AQuAs) of the Department of Health of the Government of Catalonia (T1161545 and T1171865 agreements) and the Catalan Health Service (Public Agreement ref. SCS-2020-316).

#### Availability of data and materials

The datasets produced and/or analysed during the current study are not openly available. They are located on a data storage platform (OneDrive) owned by the Universitat Rovira i Virgili that can only be accessed by researchers with their credentials, but are available from the corresponding author on reasonable request.

#### Declarations

##### Ethics approval and consent to participate

Participants were informed about the content, purpose, and procedure of the study by means of a written form of informed consent. No negative impact on the study participants was expected. The study was conducted in accordance with the principles of the Helsinki Declaration, and followed Spain's best practice guidelines (Buena Práctica Clínica). Data confidentiality were protected under the Spanish law governing the protection of personal data (Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos de Carácter Personal). Ethics approval was obtained from the Ethics Committee the Instituts de Investigacions Sanitàries Pere Virgili (IISPV), Tarragona (Spain) (1st Phase Reference code CEIm: 034/2017; 2nd Phase Reference Code CEIm: 177/2019).

##### Consent to publication

Not applicable as the manuscript does not contain any individual person's data which is not from the research group.

##### Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

##### Author details

<sup>1</sup>Nursing Department, Universitat Rovira i Virgili, Av/Catalunya, 35, 43002 Tarragona, Spain. <sup>2</sup>Medicine Department, Universitat Rovira i Virgili, C/Dr. Mallafre Guasch, 4, 43005 Tarragona, Spain. <sup>3</sup>Agency for Health Quality and Assessment of Catalonia (AQuAS) of the Catalan Ministry of Health, Carrer de Roc Boronat, 81, 08005 Barcelona, Spain. <sup>4</sup>Catalan Health Service of the Catalan Ministry of Health, Travessera de Les Corts, 131-159 - Edifici Olímpia. Població, 08028 Barcelona, Spain.

Received: 24 May 2021 Accepted: 4 October 2021  
Published online: 27 November 2021

#### References

1. Lete I, Hassan F, Chatzitheofilou I, Wood E, Mendivil J, Lambrelli D, et al. Direct costs of unintended pregnancy in Spain. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2015. <https://doi.org/10.3109/13625187.2015.1028617>.
2. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Profesionales - Interrupción voluntaria del embarazo - Datos Estadísticos - Tablas y Figuras. <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm>. Accessed 15 Mar 2021.
3. Encuesta de anticoncepción en España 2020. Sociedad Española de Contracepción: [http://hosting.sec.es/descargas/Encuesta\\_%20anticoncepcion2020.pdf](http://hosting.sec.es/descargas/Encuesta_%20anticoncepcion2020.pdf). Accessed 8 Mar 2021.
4. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2019. [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/06/gpc\\_s85\\_anticoncepcion\\_iacs\\_compil.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/06/gpc_s85_anticoncepcion_iacs_compil.pdf). Accessed 1 Mar 2021.
5. Whitaker AK, Terplan M, Gold MA, Johnson LM, Creinin MD, Harwood B. Effect of a brief educational intervention on the attitudes of young women toward the intrauterine device. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2010. <https://doi.org/10.1016/j.jpog.2009.09.012>.
6. Madden T, Mullersman JL, Ormwig KJ, Secura GM, Peipert JF. Structured contraceptive counseling provided by the Contraceptive CHOICE Project. *Contraception*. 2013. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2012.07.015>.
7. Dehlendorf AC. Contraception: counseling and selection. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2021. Accessed 5 Mar 2021.
8. Holt K, Dehlendorf C, Langer A. Defining quality in contraceptive counseling to improve measurement of individuals' experiences and enable service delivery improvement. *Contraception*. 2017. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.06.005>.
9. Madden T, Secura GM, Nease RF, Politi MC, Peipert JF. The role of contraceptive attributes in women's contraceptive decision making. *Am J Obstet Gynecol*. 2015. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.01.051>.
10. Jackson AV, Karasek D, Dehlendorf C, Greene D. Racial and ethnic differences in women's preferences for features of contraceptive methods. *Contraception*. 2015. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2015.12.010>.
11. Ma S, Darney P, Deardorff J, Lahiff M, Deborah LA, Deardorff J, et al. Contraceptive features preferred by women at high risk of unintended pregnancy. *Perspect Sex Reprod Health*. 2012. <https://doi.org/10.1363/4419412>.
12. Loder CM, Bonawitz K. Counseling on complex contraception dilemmas. *Contemp Obstet Gynecol*. 2019. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2016.11.047>.
13. Dehlendorf C, Krajewski C, Borrero S. Contraceptive counseling: best practices to ensure quality communication and enable effective contraceptive use. *Clin Obstet Gynecol*. 2014. <https://doi.org/10.1097/GRF.000000000000059>.
14. Holt K, Zavala I, Quintero X, Hessler D, Langer A. Development and validation of the client-reported quality of contraceptive counseling scale to measure quality and fulfillment of rights in family planning programs. *Stud Fam Plann*. 2019. <https://doi.org/10.1111/sifp.12092>.
15. Perestelo L, Pérez J, Rivero A, Carballo D, Serrano P, et al. Manual con criterios de evaluación y validación de las Herramientas de Ayuda para la Toma de Decisiones. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2013.
16. Munro S, Manski R, Donnelly KZ, Agusti D, Stevens G, Banach M, et al. Investigation of factors influencing the implementation of two shared decision-making interventions in contraceptive care: a qualitative interview study among clinical and administrative staff. *Implement Sci*. 2019. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0941-z>.
17. Holt K, Zavala I, Quintero X, Mendoza D, McCormick MC, Dehlendorf C, et al. Women's preferences for contraceptive counseling in Mexico: results from a focus group study. *Reprod Health*. 2018. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0569-5>.

18. Anticoncepción. In: Decisiones compartidas. <http://decisionescompartidas.gencat.cat/es/decidir-sobre/anticoncepcion/index.html>. Accessed 22 Feb 2021.
19. Decisiones compartidas. <http://decisionescompartidas.gencat.cat/es/inici/>. Accessed 22 Feb 2021.
20. Mayan MJ. Essentials of qualitative inquiry. New York: Routledge; 2016.
21. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3:77–101.
22. Dehlendorf C, Kimport K, Levy K, Steinauer J. A qualitative analysis of approaches to contraceptive counseling. *Perspect Sex Reprod Health*. 2014. <https://doi.org/10.1363/46e2114>.
23. Caetano C, Peers T, Papadopoulos L, Wiggers K, Engler Y, Grant H. Millennials and contraception: why do they forget? An international survey exploring the impact of lifestyles and stress levels on adherence to a daily contraceptive regimen. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2019. <https://doi.org/10.1080/13625187.2018.1563065>.
24. Berenson AB, Wiemann CM, Ricker VI, McCombs SL. Contraceptive outcomes among adolescents prescribed Norplant implants versus oral contraceptives after one year of use. *Am J Obstet Gynecol*. 1997. [https://doi.org/10.1016/s0002-9378\(97\)70552-0](https://doi.org/10.1016/s0002-9378(97)70552-0).
25. Gomez AM, Wapman M. Under (implicit) pressure: young Black and Latina women's perceptions of contraceptive care. *Contraception*. 2017. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.07.007>.
26. Dehlendorf C, Henderson JT, Vittinghoff E, Grumbach K, Levy K, Schmittiel J, et al. Association of the quality of interpersonal care during family planning counseling with contraceptive use. *Am J Obstet Gynecol*. 2016. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.01.173>.
27. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA J Am Med Assoc*. 1992;267:2221–6.
28. Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.10.005>.
29. Cwiak C, Cordes S. Postpartum intrauterine device placement: a patient-friendly option. *Contracept Reprod Med*. 2018. <https://doi.org/10.1186/s40834-018-0057-x>.
30. Dehlendorf C, Grumbach K, Schmittiel JA, Steinauer J. Shared decision making in contraceptive counseling. *Contraception*. 2017. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.12.010>.
31. Biggs MA, Kimport K, Mays A, Kaller S, Berglas NF. Young women's perspectives about the contraceptive counseling received during their emergency contraception visit. *Women's Health Issues*. 2019. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2018.09.004>.
32. Dehlendorf C, Levy K, Kelley A, Grumbach K, Steinauer J. Women's preferences for contraceptive counseling and decision making. *Contraception*. 2013. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2012.10.012>.
33. Hodgson EJ, Collier C, Hayes L, Curry LA, Fraenkel L. Family planning and contraceptive decision-making by economically disadvantaged. *Afr-Am Women Contracept*. 2013. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2012.10.011>.
34. Newton VL, Hoggart L. Hormonal contraception and regulation of menstruation: a study of young women's attitudes towards "having a period". *J Fam Plan Reprod Health Care*. 2015. <https://doi.org/10.1136/jfprhc-2014-100956>.
35. Cristóbal-García I, Neyro-Bilbao JL, Carrascoso M. Myths and realities of combined hormonal contraception. *Ginecol Obstet Mex*. 2020;88:96–108.
36. Craig AD, Dehlendorf C, Borrero S, Harper CC, Rocca CH. Exploring young adults' contraceptive knowledge and attitudes: disparities by race/ethnicity and age. *Women's Health Issues*. 2014. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2014.02.003>.
37. Marshall C, Kandahari N, Raine-Bennett T. Exploring young women's decisional needs for contraceptive method choice: a qualitative study. *Contraception*. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.10.004>.
38. Anderson N, Steinauer J, Valente T, Koblenz J, Dehlendorf C. Women's social communication about IUDs: a qualitative analysis. *Perspect Sex Reprod Health*. 2014. <https://doi.org/10.1363/46e1814>.
39. Yee L, Simon M. The role of the social network in contraceptive decision-making among young, African American and Latina Women. *J Adolesc Health*. 2010. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.03.014>.
40. Gilliam ML, Davis SD, Neustadt AB, Levey EJ. Contraceptive attitudes among inner-city African American female adolescents: barriers to effective hormonal contraceptive use. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2009. <https://doi.org/10.1016/j.jpog.2008.05.008>.
41. Gilliam ML, Warden M, Goldstein C, Tapia B. Concerns about contraceptive side effects among young Latinas: a focus-group approach. *Contraception*. 2004. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2004.04.013>.
42. Backman T, Huhtala S, Luoto R, Tuominen J, Rauramo I, Koskenvuo M. Advance information improves user satisfaction with the levonorgestrel intrauterine system. *Obstet Gynecol*. 2002. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(01\)01764-1](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(01)01764-1).
43. Canto De Cetina TE, Canto P, Ordoez LM. Effect of counseling to improve compliance in Mexican women receiving depot-medroxyprogesterone acetate. *Contraception*. 2001. [https://doi.org/10.1016/s0010-7824\(01\)00181-0](https://doi.org/10.1016/s0010-7824(01)00181-0).
44. Guleria S, Thomsen LT, Munk C, Nygård M, Hansen BT, Elfrström KM, et al. Contraceptive use at first intercourse is associated with subsequent sexual behaviors. *Contraception*. 2019. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.12.006>.
45. Nalwanga R, Nuwamanya E, Nuwasirima A, Babigumira JU, Asimwe FT, Babigumira JB. Utilization of a mobile phone application to increase access to sexual and reproductive health information, goods, and services among university students in Uganda. *Reprod Health*. 2021. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-01037-z>.
46. Marshall C, Nuru-Jeter A, Guendelman S, Mauldon J, Raine-Bennett T. Patient perceptions of a decision support tool to assist with young women's contraceptive choice. *Patient Educ Couns*. 2017. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.08.022>.
47. Dehlendorf C, Reed R, Fitzpatrick J, Kuppermann M, Steinauer J, Kimport K. A mixed-methods study of provider perspectives on My Birth Control: a contraceptive decision support tool designed to facilitate shared decision making. *Contraception*. 2019. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2019.08.001>.
48. Zapata LB, Pazol K, Dehlendorf C, Curtis KM, Malcolm NM, Rosmarin RB, et al. Contraceptive counseling in clinical settings: an updated systematic review. *Am J Prev Med*. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.07.006>.
49. Downing RA, LaVeist TA, Bullock HE. Intersections of ethnicity and social class in provider advice regarding reproductive health. *Am J Public Health*. 2007. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.092585>.
50. Becker D, Tsui AO. Reproductive health service preferences and perceptions of quality among low-income women: racial, ethnic and language group differences. *Perspect Sex Reprod Health*. 2008. <https://doi.org/10.1363/4020208>.
51. Peralta L. La participación del paciente en la toma de decisiones en las consultas de Atención Primaria. Tesis Doctoral. Universidad de Cantabria. 2010.
52. Abellán JM, Sánchez FI, Martínez JE. ¿Cómo incorporar las utilidades de los pacientes a las decisiones clínicas? Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit*. 2008. <https://doi.org/10.1016/s0213-9111:76090-4>.
53. De Molina MJ, Raigal L, De La Flor M, Prata P, Font I, Valls F, et al. The effectiveness of a digital shared decision-making tool in hormonal contraception during clinical assessment: study protocol of a randomized controlled trial in Spain. *BMC Public Health*. 2019. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7572-9>.
54. Stiggelbout AM, Van Der Weijden T, De Wit MPT, Froesch D, Légaré F, Montori VM, et al. Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ*. 2012. <https://doi.org/10.1136/bmj.e256>.
55. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glover G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES—a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>.

#### Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

2- De Molina-Fernandez MI, Reyes-Martí L, De la Flor-López M, Aguarón-García MJ, Roca-Biosca A, Rubio-Rico L, Raventós Torner RD, Valls-Fonayet F. Medication Adherence and Contraceptive Counseling. *Healthcare*. 2023; 11(9):1304. <https://doi.org/10.3390/healthcare11091304>



Article

## Medication Adherence and Contraceptive Counseling

María Inmaculada de Molina-Fernandez <sup>1</sup>, Laura Reyes-Martí <sup>1</sup>, Miriam De la Flor-López <sup>2</sup>,  
María Jesús Aguarón-García <sup>1</sup>, Alba Roca-Biosca <sup>1</sup>, Lourdes Rubio-Rico <sup>1</sup>, Rosa Dolors Raventós Torner <sup>1</sup>  
and Francesc Valls-Fonayet <sup>1,\*</sup>

<sup>1</sup> Nursing Department, Universitat Rovira i Virgili, 43002 Tarragona, Spain; inmaculada.demolina@urv.cat (M.I.d.M.-F.); laura.reyes@urv.cat (L.R.-M.); mariajesus.aguaron@urv.cat (M.J.A.-G.); alba.roca@urv.cat (A.R.-B.); lourdes.rubio@urv.cat (L.R.-R.); rosadolores.raventos@urv.cat (R.D.R.T.)

<sup>2</sup> Medicine Department, Universitat Rovira i Virgili, 43002 Tarragona, Spain; miriamjose.delaflo@urv.cat

\* Correspondence: francesc.valls@urv.cat; Tel.: +34-977299402

**Abstract:** Combined oral contraceptives (COC) are a very popular form of birth control. Incorrect use and lack of adherence to treatment reduce the effectiveness of this method. Having a standard tool to identify poor-adherence profiles quickly and objectively can be helpful for midwives and potentially for COC users. The MMAS-4 adherence scale has been used in various medical fields, but there is little evidence of its potential in contraceptive consultation. This paper presents a piece of multicenter observational research based on a sample of 327 women who had attended contraceptive counselling in Spain and were COC users or had informed the midwife that they want to start to use this method. Two interviews were conducted: at the time of consultation and after one year. In our research, the MMAS-4 identified high-risk behaviors: during the 1-year follow-up period, COC users classified as poorly adherent had a significantly higher risk of missed contraceptive pills, more incidents and problems related to the method of contraception, as well as a lower degree of satisfaction with the contraceptive method. One case of unplanned pregnancy and two cases of emergency contraception were identified, all of them corresponding to poorly adherent women. The use of MMAS-4 in consultation can improve midwives' contraceptive counselling.

**Keywords:** midwifery; nursing assessment; treatment adherence and compliance; combined oral contraceptive; hormonal contraception



**Citation:** de Molina-Fernandez, M.I.; Reyes-Martí, L.; De la Flor-López, M.; Aguarón-García, M.J.; Roca-Biosca, A.; Rubio-Rico, L.; Raventós Torner, R.D.; Valls-Fonayet, F. Medication Adherence and Contraceptive Counseling. *Healthcare* **2023**, *11*, 1304. <https://doi.org/10.3390/healthcare11091304>

Academic Editor: Hong Lu

Received: 3 April 2023

Revised: 24 April 2023

Accepted: 28 April 2023

Published: 3 May 2023



**Copyright:** © 2023 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

### 1. Introduction

The most popular contraceptive methods are short-acting reversible contraception (SARC) methods, specifically condoms and combined oral contraceptives (COCs). In Spain, these methods, respectively, are used by 31.3% and 18.5% of women [1]. Although the condom, the most widely used method, is still the only contraceptive method that prevents sexually transmitted infections (STIs), in practice it is less effective as a contraceptive when compared to other methods, due to its inconsistent and/or incorrect use. During their first year of use, 15 out of every 100 women/year who use a condom get pregnant [2,3]. Something similar happens with COCs. Despite being theoretically more than 99% effective, their real effectiveness stands at 92%, or in other words, 8 out of 100 women/year become pregnant due to various factors that hinder adherence or due to their incorrect use [3,4].

The term adherence encompasses two concepts: dose compliance and persistence in treatment duration. The former refers to correct drug intake, and the latter to constant use over time [4]. The World Health Organization (WHO) defines treatment adherence as the extent to which a person's behavior corresponds with the agreed recommendations from a healthcare provider [5]. In the case of COCs, adherence is understood as taking the pill daily at the same time and the series of measures observed by the user to prevent pregnancy in the event of oversight or when receiving treatments that interfere with them [6].

The lack of adherence to contraceptives in general reduces their effectiveness and results in one in three pregnancies in Spain being unplanned, of which half are interrupted [7,8]. In Spain, in 2020, 88,269 voluntary interruptions of pregnancy (VIP) were reported, of which 90.87% were performed at the request of the woman, without a clinical cause justifying them [9], with an estimated cost of some EUR 80 million [8]. The latest data from the Spanish Health Ministry show that 9.8% of women undergoing a VIP declared having used COCs [9].

During counselling, the midwife should evaluate the user's possible adherence with respect to the contraceptive method that she will choose, since, for example, the difficulties in remembering to take a daily dose could be predictors of poor compliance in the case of COCs [4].

Quality contraceptive counseling should provide a structure that is explicitly focused on the preferences expressed by women [10]. However, professionals often warn that they have difficulties in doing so, and express the need for support interventions [10,11].

The aim of this research was to assess whether the use of a medication adherence assessment scale can help midwives when faced with a demand for contraceptive advice.

## 2. Materials and Methods

Multicenter observational research was conducted in 7 regions of Spain between July 2019 and September 2021. In total, 71 midwives from 43 Primary Healthcare Centers in Spain consecutively identified 895 women upon their attendance to the consulting room for contraceptive counselling during the enrolment period. A sample of 327 women was recruited by the professionals according to the inclusion criteria. The inclusion criteria were women who used COCs ( $n = 101$ ) or who had informed the midwife that they would like to use COCs ( $n = 226$ ) at the first interview ( $T_1$ ). The reason for establishing this filter is that the use of COCs is a highly user-dependent method that requires perfect adherence to be effective. The exclusion criteria were: (a) not understanding the Spanish language; (b) not using and not planning to use COCs; and (c) trying to get pregnant. Informed consent was obtained prior to participation in the research. All women received a follow-up during the 1-year period ( $T_2$ ). Of the woman recruited, 147 of them met the inclusion criteria of the second phase: being COC users (Figure 1).

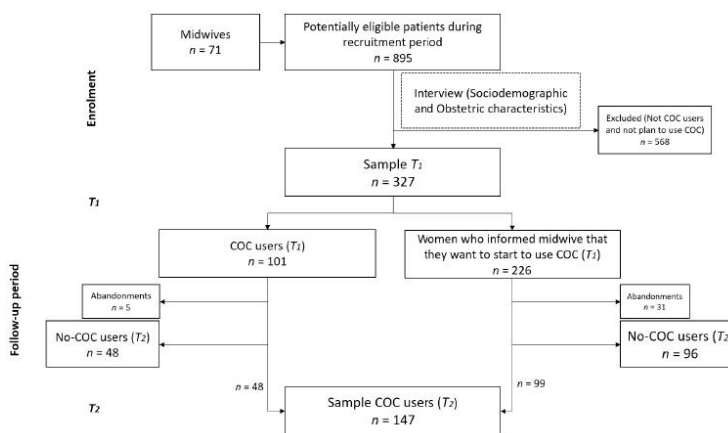


Figure 1. Flow diagram.

The total sample size required to identify a medium effect size of  $w = 0.3$  [12], with a power  $(1 - \beta)$  of 80% and an  $\alpha$  of 0.05, was 88 cases (G\*Power statistical hardware, version

3.1.9.7;  $\chi^2$  tests—Goodness of fit tests: Contingency tables—A priori). All analyses had a larger sample than required.

Data were collected using an online questionnaire [13]. The independent variable was the result of the Spanish validated version [14] of the 1986 Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4), consisting of four dichotomous questions (Table 1) that evaluate the degree of pharmacotherapeutic compliance [15].

**Table 1.** Items for the Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4).

Item	Answer
1. Do you ever forget to take your medicine?	Yes/No
2. Are you careless at times about taking your medicine?	Yes/No
3. When you feel better, do you sometimes stop taking your medicine?	Yes/No
4. Sometimes if you feel worse when you take your medicine, do you stop taking it?	Yes/No

A patient was considered adherent when she answered the four items appropriately: that is, answered No/Yes/No/No. Its ease and brevity when applying it in the consultation were key factors in choosing this instrument. The demographic and obstetric characteristics of the COC users were analyzed, as well as potential risk behaviors according to the MMAS-4 classification.

Statistical analyses were conducted using SPSSv27 (IBM), using bivariate analysis (chi-square test for categorical variables and t-test for continuous variables) and a binomial logistic regression. Results were controlled for confounding variables. Significance was set at  $p < 0.05$ . In multiple comparisons, results were also adjusted for false discovery rate (FDR) using multiple testing software [16].

Ethics approval was obtained from the Ethics Committee of Primary Care Institute Jordi Gol (reference code: P18/208) and from the Health Research Institute (reference code CEIM: 186/2018). Prior to participating, all participants read the information sheet containing information about the study objectives and design, and information concerning the names and professional affiliations of the researchers. They then proceeded to give their informed consent by signing the relevant form. After a woman had signed the form, the professional allowed the patient access to the online questionnaire. The professional remained in the consultation room to resolve possible doubts. When the questionnaire was completed, the counseling session continued in the usual format. No negative impact on the study participants was expected.

The study was conducted in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. Data confidentiality was protected under the Spanish Organic Law 3/2018 Protection of Personal Data.

### 3. Results

The overall sample at  $T_1$  ( $n = 327$ ) included 101 women who were current COC users and 226 women who had informed the midwife that they wanted to use COCs. Of these patients, 60.6% were identified as poorly adherent ( $n = 198/327$ ), including 72.3% among the current-user group ( $n = 73/101$ ) and 55.3% among the second group ( $n = 125/226$ ). Table 2 shows the demographic and obstetric characteristics of the sample and includes a bivariate analysis of each factor. The poorest levels of adherence were identified among married women, among those with a history of unplanned pregnancy or voluntary termination of pregnancy, among those who were mothers, among smokers, among those who were living with their partner, and among employed women. Women with poor adherence also had a higher mean age and lower blood pressure levels. No differences were found concerning weight, educational level, or place of birth.

**Table 2.** Demographic and obstetric characteristics of the sample, organized by MMAS-4 results of adherence and poor adherence  $n = 327$  at  $T_1$ .

Categorical Factors	Total $n = 327$ (% of Total)	Poorly Adherent $n = 198$ (% of Row)	Adherent $n = 129$ (% of Row)	<i>p</i> -Value
Marital status				
Married	54 (16.5%)	41 (75.9%)	13 (24.1%)	0.010
Single or other	270 (82.6%)	154 (57.0%)	116 (43.0%)	
Has children				
Yes	99 (30.3%)	72 (72.7%)	27 (27.3%)	0.003
No	228 (69.7%)	126 (55.3%)	102 (44.7%)	
Living with a partner				
Yes	149 (45.6%)	104 (69.8%)	45 (30.2%)	0.002
No	178 (54.4%)	94 (52.8%)	84 (47.2%)	
Activity situation				
Employed	179 (54.7%)	122 (68.2%)	57 (31.8%)	0.002
Non-employed	146 (44.6%)	75 (51.4%)	71 (48.6%)	
History of unplanned pregnancy				
Yes	64 (19.6%)	46 (71.9%)	18 (28.1%)	0.037
No	262 (80.1%)	151 (57.6%)	111 (42.4%)	
Voluntary pregnancy interruptions				
Yes	49 (15.0%)	36 (73.5%)	13 (26.5%)	0.045
No	278 (85.0%)	162 (58.3%)	116 (41.7%)	
Smoker				
Yes	74 (22.6%)	53 (71.6%)	21 (28.4%)	0.027
No	253 (77.4%)	145 (57.3%)	108 (42.7%)	
Level of education				
Lower Secondary	112 (34.3%)	68 (60.7%)	44 (39.3%)	0.999
Upper Secondary	104 (31.8%)	62 (60.6%)	41 (39.4%)	
University	111 (33.9%)	67 (60.4%)	44 (39.6%)	
Place of birth				
Spain	222 (67.9%)	128 (57.7%)	94 (42.3%)	0.120
Abroad	105 (32.1%)	70 (66.7%)	35 (33.3%)	
<b>Continuous Factors</b>	<b>Mean ± S.E. of Mean</b>	<b>Mean ± S.E. of Mean</b>	<b>Mean ± S.E. of Mean</b>	<b><i>p</i></b>
Age	26.13 ± 0.40	27.45 ± 0.51	24.11 ± 0.58	<0.001
Weight	63.04 ± 0.69	63.79 ± 0.85	61.88 ± 1.17	0.177
Systolic blood pressure	113.2 ± 0.62	112.11 ± 0.78	114.9 ± 0.99	0.027
Diastolic blood pressure	69.99 ± 0.46	69.03 ± 0.58	70.5 ± 0.73	0.008

All significant *p*-values were significant using multiple comparison correction (Benjamini–Hochberg adjusted *p*-value). S.E., standard error of mean. No imputation was made for missing values: 3/327 for marital status; 2/327 for activity situation; 1/327 for history of unplanned pregnancy; 2/327 for systolic blood pressure, and 3/327 for diastolic blood pressure. Source: authors' own, based on data from the research.

A binomial logistic regression was performed to identify the predictive ability of all significant ( $p < 0.05$ ) demographic and obstetric variables from Table 2 on the likelihood of poor adherence. Table 3 shows that age, diastolic blood pressure, and being a smoker remained statistically significant predictors of poor adherence. Smokers had a 2.081 times higher likelihood of poor adherence than non-smokers. Increasing age was associated with a significant increasing likelihood of poor adherence, while increasing diastolic blood pressure was associated with a significant reduction in the likelihood of poor adherence. All other variables were not defined as predictors of adherence, even though the bivariate analysis reported an association with the level of adherence.

**Table 3.** Binomial logistic regression predicting likelihood of poor adherence (MMAS-4) based on demographic and obstetric factors.  $n = 314$  at  $T_1$ .

	B	Standard Error	Wald	df	<i>p</i>	OR	95% CI for OR	
							Lower	Upper
<b>Categorical Predictors</b>								
Marital status								
Married (Ref.)								
Single or other	−0.879	0.486	3.271	1	0.070	0.415	0.160	1.076
Has children								
No (Ref.)								
Yes	0.084	0.424	0.040	1	0.842	1.088	0.474	2.496
Living with a partner								
No (Ref.)								
Yes	0.057	0.320	0.032	1	0.859	1.059	0.565	1.982
Activity situation								
Employed (Ref.)								
Non-employed	−0.094	0.293	0.104	1	0.748	0.910	0.512	1.617
History of unplanned pregnancy								
No (Ref.)								
Yes	0.020	0.691	0.001	1	0.977	1.020	0.263	3.951
Voluntary Pregnancy Interruptions								
No (Ref.)								
Yes	0.375	0.737	0.259	1	0.611	1.455	0.343	6.164
Smoker								
No (Ref.)								
Yes	0.733	0.320	5.243	1	0.022	2.081	1.111	3.898
<b>Continuous Predictors</b>								
Age	0.075	0.027	7.511	1	0.006	1.078	1.022	1.137
Systolic blood pressure	−0.017	0.014	1.405	1	0.236	0.983	0.957	1.011
Diastolic blood pressure	−0.043	0.019	5.075	1	0.024	0.958	0.923	0.994
Constant	4.016	1.567	6.571	1	0.010	55.478		

The logistic regression model was statistically significant,  $\chi^2 = 49.931(10)$ ,  $p < 0.001$ . The model explained 20.0% (Nagelkerke  $R^2$ ) of the variance and correctly classified 67.2% of cases. Sensitivity (a correct classification of poorly adherent women) was 79.8%, specificity was 47.1%, the positive predictive value was 71.3%, and the negative predictive value was 59.4%. All significant *p*-values were significant using multiple comparison correction (Benjamini–Hochberg adjusted *p*-value). Of the sample  $n = 327$ , 13 cases were not included due to missing values ( $n = 9$ ) and after an analysis of outliers ( $n = 4$ ). Source: authors' own, based on data from the research.

Several factors related to the use of this contraceptive method during the one-year period from  $T_1$  to  $T_2$  were evaluated (Table 4). Among poorly adherent women, we found a 2.153 times higher probability of having forgotten to take the pill during previous 12 months (47.8% of poorly adherent women vs. 29.8% among adherent women) and of having had problems related to the use of the contraceptive method (27.8% of this group vs. 3.8% among adherent women). The degree of satisfaction with COCs (measured on a scale from 0 to 10) was significantly lower among poorly adherent women (mean = 7.92) vs. among adherent women (mean = 8.82), with a substantial effect size (Hedges'  $g = 0.600$ ,  $p < 0.001$ ).

In all three cases (forgetting to take pills, having problems related to the use of the contraceptive method, and the degree of satisfaction), the differences remained statistically significant when controlling for being a smoker ( $p < 0.001$ ,  $p = 0.002$ , and  $p = 0.006$ , respectively) and for age ( $p = 0.002$ ,  $p = 0.003$ , and  $p = 0.004$ ) (the significant variables of the regression model).

**Table 4.** Risk elements in the use of COCs at  $T_2$ , during the previous year (from  $T_1$  to  $T_2$ ), organized according to MMAS-4 results of adherence and poor adherence.  $n = 147$  at  $T_2$ .

Categorical Factors	Total (% of Total COC Users, $n = 147$ )	Poorly Adherent (% of Poorly Adherent, $n = 90$ )	Adherent (% of Adherent, $n = 57$ )	OR (95% CI)	$p$ -Value	Effect Size ( $\phi$ )
Forgetting to take pills	60 (40.8%)	43 (47.8%)	17 (29.8%)	2.153 (1.067–4.345)	0.031	0.178
Some incidents or problems related to contraceptive method (COCs)	27 (18.9%)	25 (27.8%)	2 (3.8%)	9.808 (2.219–43.353)	<0.001	0.296
Bleeding between periods	41 (27.9%)	28 (31.1%)	13 (22.8%)	1.529 (0.713–3.278)	0.274	-
Mood changes	45 (30.6%)	27 (30.0%)	18 (31.6%)	0.929 (0.453–1.903)	0.840	-
Decreased sexual desire	29 (19.7%)	22 (22.4%)	7 (12.3%)	2.311 (0.916–5.831)	0.071	-
Headaches	34 (23.1%)	25 (27.8%)	9 (15.8%)	2.051 (0.878–4.791)	0.093	-
Skin problems	22 (15.0%)	16 (17.8%)	6 (10.5%)	1.838 (0.674–5.015)	0.230	-
Weight gain	31 (21.1%)	21 (23.3%)	10 (17.5%)	1.430 (0.618–3.311)	0.402	-
Severe breast pain	42 (28.6%)	26 (28.9%)	16 (28.1%)	1.041 (0.499–2.173)	0.915	-
Nausea or vomiting	18 (12.2%)	13 (14.4%)	5 (8.8%)	1.756 (0.590–5.221)	0.307	-
Unplanned pregnancy	1 (0.7%)	1 (1.1%)	0 (0%)	-	-	-
Has needed emergency contraception	2 (1.4%)	2 (2.2%)	0 (0%)	-	-	-
Continuous Factors	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	$p$ -value	Effect size (Hedges' $g$ )	
Degree of satisfaction with contraceptive method	8.27 $\pm$ 1.56	7.92 $\pm$ 1.750	8.82 $\pm$ 0.984	<0.001	0.600	

All significant  $p$ -values were significant using multiple comparison correction (Benjamini–Hochberg adjusted  $p$ -value). Source: authors' own, based on data from the research.

No statistically significant differences between adherent and poorly adherent participants were found due to any other variables studied: minor bleeding between periods ( $p = 0.274$ ), mood changes ( $p = 0.840$ ), decreased sexual desire ( $p = 0.071$ ), headaches ( $p = 0.093$ ), skin problems ( $p = 0.230$ ), weight gain ( $p = 0.402$ ), severe breast pain ( $p = 0.915$ ), and nausea or vomiting ( $p = 0.307$ ).

Finally, in the one-year follow-up period, one case of unplanned pregnancy and two cases of emergency contraception were identified, and all of these cases corresponded to poorly adherent women.

#### 4. Discussion

In Spain, as in other countries, despite the numerous contraceptive options available, women continue, mostly and inconsistently, to use a reduced range of contraceptive methods whose effectiveness depends on perfect user compliance [1,17]. Research on adherence to treatment is common in other fields, such as hypertension, but it is less common in the field of contraception. Thus, the evaluation of the adherence of users who use or intend to use these methods should be checked and appraised by the professional in the consultation room [18].

The profile of adherence/poor adherence was evaluated using the MMAS-4 scale. Of women who were using COCs or intended to use them, 60.6% were identified as poorly adherent. These data coincide with those published in a 2016 review on factors related

to adherence to COCs, which showed that 65–70% of users were poorly adherent, forgetting or delaying a tablet more than once a month, thus compromising the contraceptive effectiveness of the drug [4].

Similar results were published by Biset, based on a study conducted in Belgium on more than 10,000 women prescribed with isotretinoin for acne, which assessed their adherence to hormonal contraceptive methods (oral, patches, and rings); only 24.5% complied with the recommendation to use an effective contraceptive method one month before, during, and one month after treatment, despite having been informed of the teratogenic effects of the medication [19]. Similarly, other research concludes that less than 20% of women met the criteria for high adherence to oral contraceptive pills [20]. Patient education along with knowledge acquisition and perceived self-efficacy are important, not only to avoid missing a dose, but also to know how to react in these cases, especially if they are taking a teratogenic drug [20,21]. It seems clear that COCs are prescribed by clinicians during contraceptive counselling systematically without classifying the women's user adherence status, putting a high percentage of them at risk of pregnancy [22–26].

In our research, once the prevalence of non-adherence was established by means of the MMAS-4, we set out to identify whether there was a sociodemographic and/or clinical profile of a greater risk of "poor adherence" among users who used or intended to use COCs. After analyzing the likelihood of poor adherence (MMAS-4) based on participants' demographic and obstetric factors, only age, diastolic blood pressure, and smoking remained as statistically significant predictors of poor adherence. All other variables were not defined as predictors of adherence. We highlight only two of these findings, smoking and age, since diastolic blood pressure differences, though statistically significant, were within the ranges of clinical normality.

Being a smoker proved to double the likelihood of poor adherence, which should be noted, taking into account, moreover, that the prescription of COCs to female smokers aged over 35 years would be discouraged, according to the medical eligibility criteria of the World Health Organization on the use of contraceptives [27]. Additionally, several studies warn that smoking is significantly and negatively associated with health-related quality of life, that smokers are less likely to adhere to their medication, that smokers demonstrate less adherence to protective behaviors, that smoking is linked to inadequate health literacy, and that smokers are less compliant with recommended preventive care and medication use [28–32].

Age is one of the most studied factors in relation to adherence, although the results of the various studies differ. In our study, increased age was associated with a significant increase in the likelihood of poor adherence. However, a study that investigated contraceptive failure in a large U.S. cohort of oral contraceptive users (52,218) showed that women aged between 20 and 24 years were three times more at risk of having an unwanted pregnancy as a result of poor adherence than women aged between 30 and 34 years [33]. In contrast, other studies showed that age was not a determining factor in adherence to COCs, since in their study, the percentages of compliance by women over 35 years of age were similar to those of younger women [34]. We identify that age (and age-related behaviors) may be a relevant factor in adherence to contraception, but this probably depends on the women's socioeconomic and cultural context. More comparative research could provide better scientific evidence. In short, it is no easy task to identify non-adherent women based on their sociodemographic profile, as also shown by the results of a prospective cohort study carried out in Mexico in 2022 on 130 adolescents who were monitored for two years, finding no differences between the social determinants of subjects adherent and non-adherent to the contraceptive method [35]. These data match those of another study on 204 adolescents in Switzerland, which evaluated predictors for the interruption of the contraceptive method and concluded that neither age, nationality, smoking, nor occupation influenced adherence [36].

We also found that increased diastolic blood pressure was associated with a significant reduction in the likelihood of poor adherence. This could be related to better self-care

behavior, health management, and better health literacy. However, it is a specific line of research that should be studied in the future.

Finally, our study sample was followed up after one year. After the analysis, 52% of female users of COCs were found to have abandoned the method within a year of starting it. These results coincide with those of Lete, which show that approximately half of women in Spain abandon COCs within 12 months of starting treatment due to the onset of side effects and/or lack of adherence [37]. It was also noted that women classified by the MMAS-4 as “non-compliant” were more likely to have forgotten to take COCs and had experienced problems related to the use of the contraceptive method, also presenting a significantly lower degree of satisfaction with the method than that shown by adherent women. COCs are a contraceptive method whose effectiveness requires strict adherence to the administration guidelines [38]. The use of a simple scale in the consultation room that helps identify women requesting to use COCs who may be exposed to the risk of an unwanted pregnancy could be the key.

New and emerging approaches are being reviewed to support improved adherence to contraceptive methods. In this regard, Huber et al. conducted a clinical trial to evaluate the usefulness of monitoring journals for COC users, establishing that the overall outcomes were not as satisfactory as they were expecting [39]. Another involved assessing the effectiveness of sending text messages as a reminder, based on an experimental study, which concluded that the mean number of forgotten pills per cycle did not differ significantly between the experimental and control groups [40]. In a 2019 Cochrane review of the effectiveness of strategies to improve compliance with and the continuation of short-acting reversible contraception (SARC), it was established that it was not clear whether reminders improved the continuation of hormonal contraceptive methods compared to usual healthcare [41]. This was corroborated in a study by Nguyen in 2021, who found no differences in the number of forgotten pills when comparing the use of technological reminder systems with traditional ones [42]. These results suggest that there are women who comply excellently and, as such, are candidates for COCs, and there are others who, if they are not excellent compliers, will adhere poorly to COCs, even if reminder systems are implemented.

In this scenario, when poor adherence is identified, the option of using long-acting reversible contraception (LARC) methods, which include the implant, the hormonal IUD, and the copper IUD, is raised, since their effectiveness is close to 99% despite user non-compliance or incorrect use [43]. However, the results of a meta-analysis on contraceptive effectiveness showed that despite the advantages of LARC methods, young women continued mostly to use SARC methods [44].

In Spain, according to recent data, 64.3% of women attended a clinic (family doctor, gynecologist, midwife, or other) to receive advice concerning the most suitable method of contraception in their case. Among women who have chosen the contraceptive pill or the IUD, the clinician is considered the prescriber with the greatest final influence [1].

Dehlendorf, the author of an interesting review on how contraceptive counselling should be performed, insists on the need for clinicians to establish a close, trusting relationship with the user, focused on finding out about her personal situation and lifestyle, as well as her values and preferences in this regard [45]. Aspects such as having little information about the method, a lack of knowledge regarding forgetfulness, not starting it immediately, a high cost, lack of support from the partner, not participating in the choice of the method, and difficulties in agreeing to use it are considered predictors of poor compliance [3,4,18].

It is therefore proposed that, given the uncertainty of factors that clearly discriminate the lack of user adherence, the routine application of the MMAS-4 (already used in other areas of primary care [46]) in contraceptive counselling consultations, would enable users to be informed of this condition, and, on this basis, advised on the most effective and safest methods for her.

## 5. Conclusions

One of the contraceptive methods most used by Spanish women is the combined oral contraceptive (COC). The effectiveness of COCs requires strict adherence to treatment by the user. Identifying profiles of users who might not meet this requirement is a fundamental task of midwives' contraceptive counselling.

Our results reported that 72.3% of COC users and 55.1% of women who had planned to start to use COC were poorly adherent, based on the MMAS-4 scale. Older age, being a smoker, and lower diastolic blood pressure were identified as predictors of low adherence. However, the condition of poor adherence was generalized among the other sociodemographic and clinical profiles studied, according to the regression model.

The MMAS-4 adherence scale correctly identified risk profiles of poorly adherent women. At a follow-up interview after one year, women using COC and classified as poorly adherent reported more forgetfulness in taking birth control pills, more problems related to the contraceptive method, and a lower degree of satisfaction with the contraceptive method. Two women using COC reported unplanned pregnancies and another resorted to emergency contraception. All of these women were identified as poorly adherent by the MMAS-4 scale.

The benefits of using a poor-adherence screening tool, such as the MMAS-4, including that is easy to use and allows for the correct identification of risk behaviors, should be considered.

### Limitations

There is no gold-standard test that can be used for any patient. Despite the relevance of adherence in oral contraception, there is no specific adherence scale for COC. The MMAS-8 scale [47] has better psychometric properties, but the MMAS-4 is also a highly validated scale. In addition, this four-item scale can more quickly assess a patient's medication-taking behavior. Potential sources of bias were identified. For example, subjective bias could appear, in the sense that when using the MMAS-4 scale, the subjects might have answered what they believed the researcher/professional considered appropriate. On the other hand, a recall bias could also appear, for example, if subjects who had experienced incidents while taking COC better remembered a lack of adherence than subjects who hadn't experienced incidents. Due to the subjective nature of these answers, further research could incorporate an objective measure of adherence (such as the Medication Possession Ratio).

**Author Contributions:** Conceptualization: M.I.d.M.-F., F.V.-F., M.D.I.F.-L. and L.R.-M.; data curation: A.R.-B., M.J.A.-G. and L.R.-R.; formal analysis: F.V.-F., L.R.-M., L.R.-R. and M.I.d.M.-F.; funding acquisition: M.I.d.M.-F.; investigation: M.J.A.-G., M.D.I.F.-L., A.R.-B., M.I.d.M.-F., L.R.-M., F.V.-F. and L.R.-R.; methodology: L.R.-M., L.R.-R., R.D.R.T. and F.V.-F.; project administration: M.I.d.M.-F., M.J.A.-G., F.V.-F. and M.D.I.F.-L.; resources: L.R.-R., A.R.-B., M.J.A.-G. and M.D.I.F.-L.; software: F.V.-F., L.R.-M. and M.D.I.F.-L.; supervision: M.I.d.M.-F., M.J.A.-G., A.R.-B. and R.D.R.T.; validation and visualization: M.I.d.M.-F., L.R.-M., F.V.-F., L.R.-R. and R.D.R.T.; roles/writing—original draft: M.I.d.M.-F., F.V.-F. and M.D.I.F.-L.; writing—reviewing and editing: M.I.d.M.-F., F.V.-F., L.R.-M., M.D.I.F.-L., L.R.-R., M.J.A.-G., R.D.R.T. and A.R.-B. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

**Funding:** This study is part of a health research project PI18/00915: "SHARECONTRACEPT, a Digital Decision-Making-Tool. Does it improve adherence to the chosen contraceptive method?", which has been funded by the Carlos III Health Institute—ISCIII (Government of Spain), in the 2018 call for the 2013–2016 Health Strategy Action, co-financed with funds from the European Regional Development Fund (ERDF) of the European Union. "Contraception", the web-based DST, in which this study is framed, was funded by the Catalan Agency for Health Quality and Evaluation (AQuAs) of the Department of Health of the Government of Catalonia (T16154S and T17186S agreements) and the Catalan Health Service (Public Agreement ref. SCS-2020-316). These sources of funding did not influence study design, data collection, study management, data analysis, data interpretation, report writing or the decision to submit the report for publication.

**Institutional Review Board Statement:** Ethics approval was obtained from the Ethics Committee of Primary Care Institute Jordi Gol (reference code: P18/208) and from the Health Research Institute (reference code CEIM: 186/2018). Prior to participating, participants read the information sheet containing information about the study objectives and design and information concerning the names and professional affiliations of the researchers. They then proceeded to give their informed consent by signing the relevant form. No negative impact on the study participants was expected. The study was conducted in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. Data confidentiality was protected under the Spanish Organic Law 3/2018 Protection of Personal Data.

**Informed Consent Statement:** Informed consent was obtained from all subjects involved in the study.

**Data Availability Statement:** The data from the current study are available from the corresponding author upon reasonable request.

**Acknowledgments:** The team are grateful to Donald E Morisky, Department of Community Health Sciences, UCLA School of Public Health, for granting copyright permission to use the MMAS-4 adherence tool for this research. The authors gratefully acknowledge the support of the study participants and Rovira i Virgili University, Tarragona (Spain).

**Conflicts of Interest:** The authors declare no conflict of interest.

## References

1. Encuesta de Anticoncepción en España 2020. Sociedad Española de Contracepción. Available online: [http://hosting.sec.es/descargas/Encuesta\\_%20anticoncepcion2020.pdf](http://hosting.sec.es/descargas/Encuesta_%20anticoncepcion2020.pdf) (accessed on 8 March 2022).
2. Decisiones Compartidas. Available online: <http://decisionescompartides.gencat.cat/es/inici/> (accessed on 22 February 2022).
3. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. 2019. Available online: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/06/gpc\\_585\\_anticoncepcion\\_iacs\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/06/gpc_585_anticoncepcion_iacs_compl.pdf) (accessed on 1 March 2022).
4. Adarve-Hidalgo, E.; Falguera-Puig, G.; Seguranyes Guillot, G. Adherencia y cumplimiento del método anticonceptivo hormonal oral. *Matronas Profesión* **2016**, *17*, 28–34.
5. Organización Mundial de la Salud. El Incumplimiento del Tratamiento Prescrito para las Enfermedades Crónicas es un Problema Mundial de Gran Envergadura. Available online: <https://apps.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/index.html#:~:text=Ginebra%2C%201%20de%20julio%20de,y%20que%20tiende%20a%20aumentar> (accessed on 24 March 2022).
6. Sociedad Española de Contracepción (SEC). Anticoncepción Hormonal Combinada. 2008. pp. 7–105. Available online: [http://hosting.sec.es/descargas/AH\\_Anticoncepcion\\_Hormonal\\_Combinada.pdf](http://hosting.sec.es/descargas/AH_Anticoncepcion_Hormonal_Combinada.pdf) (accessed on 1 March 2022).
7. Lozano Jiménez, I.E.; Peraza Pérez, Y. Factores Asociados a la Adherencia al Anticonceptivo Oral: Una Revisión Sistemática. In *Trabajo de Fin de Grado de Psicología*; Universidad de La Laguna, Tenerife: Santa Cruz de Tenerife, Spain, 2018. Available online: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/14641/Factores%20asociados%20a%20la%20adherencia%20al%20anticonceptivo%20oral%20una%20revisi%20sistem%20tica.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (accessed on 5 August 2022).
8. Lete, I.; Hassan, F.; Chatzitheofilou, L.; Wood, E.; Mendivil, J.; Lambrelli, D.; Filonenko, A. Direct costs of unintended pregnancy in Spain. *Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care* **2015**, *20*, 308–318. [CrossRef]
9. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social-Profesionales-Interrupción voluntaria del embarazo-Datos Estadísticos-Tablas y Figuras. Available online: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm> (accessed on 15 March 2022).
10. Reyes-Martí, L.; Rubio-Rico, L.; Ortega-Sanz, L.; Raigal-Aran, L.; de la Flor-López, M.; Roca-Biosca, A.; Valls-Fonayet, F.; Moharra-Francés, M.; Escuriel-Peiro, R.; de Molina-Fernández, M.I. Contraceptive counselling experiences in Spain in the process of creating a web-based contraceptive decision support tool: A qualitative study. *Reprod. Health* **2021**, *18*, 237. [CrossRef] [PubMed]
11. Marshall, C.; Kandahari, N.; Raine-Bennett, T. Exploring young women’s decisional needs for contraceptive method choice: A qualitative study. *Contraception* **2018**, *97*, 243–248. [CrossRef]
12. Cohen, J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, 2nd ed.; Lawrence Erlbaum Associates: New York, NY, USA, 1988; p. 590.
13. Sharecontracept. Available online: <https://sharecontracept.com/> (accessed on 21 September 2021).
14. Val Jiménez, A.; Amorós Ballester, G.; Martínez Visa, P.; Fernández Ferré, M.L.; León Sanromà, M. Descriptive study of patient compliance in pharmacologic antihypertensive treatment and validation of the Morisky and Green test. *Aten Primaria* **1992**, *10*, 767–770. [PubMed]
15. Morisky, D.E.; Green, L.W.; Levine, D.M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med. Care* **1986**, *24*, 67–74. [CrossRef] [PubMed]
16. Menyhart, O.; Weltz, B.; Györfy, B. MultipleTesting.com: A tool for life science researchers for multiple hypothesis testing correction. *PLoS ONE* **2021**, *16*, e0245824. [CrossRef] [PubMed]

17. Black, A.; Yang, Q.; Wen, S.W.; Lalonde, A.B.; Guilbert, E.; Fisher, W. Contraceptive Use Among Canadian Women of Reproductive Age: Results of a National Survey. *J. Obstet. Gynaecol. Canada* **2009**, *31*, 627–640. [CrossRef] [PubMed]
18. Martínez-Astorquiza-Ortiz de Zarate, T.; Díaz-Martín, T.; Martínez-Astorquiza-Corral, T.; MIA Study Investigators. Evaluation of factors associated with noncompliance in users of combined hormonal contraceptive methods: A cross-sectional study: Results from the MIA study. *BMC Womens Health* **2013**, *13*, 38. [CrossRef] [PubMed]
19. Biset, N.; Lelubre, M.; Senterre, C.; Amighi, K.; Bugnon, O.; Schneider, M.P.; De Vriese, C. Assessment of medication adherence and responsible use of isotretinoin and contraception through belgian community pharmacies by using pharmacy refill data. *Patient Prefer. Adherence* **2018**, *12*, 153–161. [CrossRef]
20. Tomaszewski, D.; Aronson, B.D.; Kading, M.; Morisky, D. Relationship between self-efficacy and patient knowledge on adherence to oral contraceptives using the Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). *Reprod. Health* **2017**, *14*, 110. [CrossRef]
21. Stuart, J.E.; Secura, G.M.; Zhao, Q.; Pittman, M.E.; Peipert, J.F. Factors associated with 12-month discontinuation among contraceptive pill, patch, and ring users. *Obstet. Gynecol.* **2013**, *121 Pt 1*, 330–336. [CrossRef]
22. De la Viuda García, E.M. Métodos Anticonceptivos. Boletín Farmacoterapéutico de Castilla-La Mancha. Servicio de Salud de Castilla La Mancha. 2009; Volume 10. Available online: [https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/metodos\\_anticonceptivos.pdf](https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/metodos_anticonceptivos.pdf) (accessed on 14 March 2022).
23. FISTERRA. Guía clínica de Anticoncepción Hormonal. Fistera Clinical Guides. 2017. Available online: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/guia-anticoncepcion-hormonal/> (accessed on 22 February 2022).
24. Altarriba Cano, M.; Cerdeña Gómez, C. Anticoncepción y Atención Primaria. *Rev. Valencia Atención Primaria* **2004**, *15*, 9–17.
25. Sociedad Española de Contracepción. Actualización en el Manejo Clínico de la Anticoncepción Hormonal, Intrauterina y de Urgencia. In Madrid. 2011. Available online: <http://sec.es/> (accessed on 27 March 2022).
26. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección de Regulación, Dirección General de Salud, Unidad de Atención Integral en salud de la Mujer. Guía Técnica de Atención en Planificación Familiar. El Salvador. 2008. Available online: [http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/derogados/Guia\\_planificacion\\_familiar.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/derogados/Guia_planificacion_familiar.pdf) (accessed on 27 February 2022).
27. Soriano, H.; Rodenos, L.; Moreno, D. Criterios de elegibilidad de los métodos anticonceptivos. *Rev. Clínica Med. Fam.* **2010**, *3*, 206–216.
28. Vogl, M.; Wenig, C.M.; Leidl, R.; Pokhrel, S. Smoking and health-related quality of life in English general population: Implications for economic evaluations. *BMC Public Health* **2012**, *12*, 203. [CrossRef]
29. Han, E.; Sohn, H.S.; Lee, J.Y.; Jang, S. Health Behaviors and Medication Adherence in Elderly Patients. *Am. J. Health Promot. AJHP* **2017**, *31*, 278–286. [CrossRef] [PubMed]
30. Jackson, S.E.; Brown, J.; Shahab, L.; Steptoe, A.; Fancourt, D. COVID-19, smoking and inequalities: A study of 53,002 adults in the UK. *Tob. Control.* **2021**, *30*, e111–e121. [CrossRef] [PubMed]
31. Li, M.; Sonoda, N.; Koh, C.; Yasumoto, R.; Morimoto, A. Meta-analysis of the association between health literacy and smoking. *Popul. Med.* **2022**, *4*, 1–11. [CrossRef]
32. Sherman, B.W.; Lynch, W.D. The association of smoking with medical treatment adherence in the workforce of a large employer. *Patient Prefer. Adherence* **2014**, *16*, 477–486. [CrossRef]
33. Dinger, J.; Do Minh, T.; Buttmann, N.; Bardenheuer, K. Effectiveness of oral contraceptive pills in a large U.S. cohort comparing progestogen and regimen. *Obstet. Gynecol.* **2011**, *117*, 33–40. [CrossRef] [PubMed]
34. Borrero, S.; Zhao, X.; Mor, M.K.; Schwarz, E.B.; Good, C.B.; Gellad, W.F. Adherence to hormonal contraception among women veterans: Differences by race/ethnicity and contraceptive supply. *Am. J. Obstet. Gynecol.* **2013**, *209*, 103.e1–103.e11. [CrossRef]
35. Segovia, G.R.; Martínez, J.M.R.; Ibarra, C.B.; Calderón, J.G.M.; Hernández-Escobar, C.; Moncada-Madrado, M.; Chan, A.; Guerrero, E.N.N. Adherence to contraceptive methods and social determinants of health: A cohort study. *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* **2022**, *35*, 209–210. [CrossRef]
36. Diserens, C.; Quach, A.; Mathevet, P.; Ballabeni, P.; Jacot-Guillarmod, M. Adolescents' contraception continuation in Switzerland: A prospective observational study. *Swiss Med. Wkly.* **2017**, *147*, w14504. [CrossRef]
37. Lete, I.; Pérez-Campos, E.; Correa, M.; Robledo, J.; de la Viuda, E.; Martínez, T.; Mendoza, N.; Parera, N.; González, J.V.; Gómez, M.A.; et al. Continuation rate of combined hormonal contraception: A prospective multicenter study. *J. Womens Health* **2012**, *21*, 490–495. [CrossRef] [PubMed]
38. Manzano García, M.; Morillo Verdugo, R.; De Soto Mayor Paz, M.A. *Aprendizaje y Aplicación práctica del Modelo CMO de Atención Farmacéutica para Alumnos del Grado en Farmacia*, 1st ed.; Bubok Publishing S.L.: Madrid, Spain, 2018.
39. Huber, L.R.; Broel, E.C.; Mitchelides, A.N.; Dmochowski, J.; Dulin, M.; Scholes, D. Comparison of prospective daily diaries and retrospective recall to measure oral contraceptive adherence. *Contraception* **2013**, *88*, 492–497. [CrossRef]
40. Hou, M.Y.; Hurwitz, S.; Kavanagh, E.; Fortin, J.; Goldberg, A.B. Using daily text-message reminders to improve adherence with oral contraceptives: A randomized controlled trial. *Obstet. Gynecol.* **2010**, *116*, 633–640. [CrossRef] [PubMed]
41. Mack, N.; Crawford, T.J.; Guise, J.-M.; Chen, M.; Grey, T.W.; Feldblum, P.J.; Stockton, L.L.; Gallo, M.F. Strategies to improve adherence and continuation of shorter-term hormonal methods of contraception. *Cochrane Database Syst. Rev.* **2019**, *2019*, CD004317. [CrossRef] [PubMed]
42. Nguyen, M.; Chan, E.Y.L.; Nguyen, T.; Markovic, D.; Sridhar, A. Traditional or technological? A cross sectional survey of oral contraceptive reminders in young adults. *Sex Reprod. Healthc.* **2021**, *29*, 100618. [CrossRef] [PubMed]

43. Compara tus Opciones. Decisions Compartides, Generalitat de Catalunya. Available online: [https://decisionescompartides.gencat.cat/es/decidir-sobre/anticoncepcio/compari\\_les\\_seves\\_opcions/](https://decisionescompartides.gencat.cat/es/decidir-sobre/anticoncepcio/compari_les_seves_opcions/) (accessed on 4 February 2023).
44. Farah, D.; Andrade, T.R.M.; Bella, Z.I.K.D.J.D.; Girão, M.J.B.C.; Fonseca, M.C.M. Current evidence of contraceptive uptake, pregnancy and continuation rates in young women: A systematic review and Meta-analysis. *Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care* **2020**, *25*, 492–501. [[CrossRef](#)]
45. Dehlendorf, C.; Krajewski, C.; Borrero, S. Contraceptive counseling: Best practices to ensure quality communication and enable effective contraceptive use. *Clin. Obstet. Gynecol.* **2014**, *57*, 659–673. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
46. McNicholas, C.; Madden, T.; Secura, G.; Peipert, J.F. The contraceptive CHOICE project round up: What we did and what we learned. *Clin. Obstet. Gynecol.* **2014**, *57*, 635–643. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
47. Morisky, D.E.; Ang, A.; Krousel-Wood, M.; Ward, H. Predictive Validity of a Medication Adherence Measure for Hypertension Control. *J. Clin. Hypertens.* **2008**, *10*, 348–354. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

**Disclaimer/Publisher’s Note:** The statements, opinions and data contained in all publications are solely those of the individual author(s) and contributor(s) and not of MDPI and/or the editor(s). MDPI and/or the editor(s) disclaim responsibility for any injury to people or property resulting from any ideas, methods, instructions or products referred to in the content.

3- Reyes-Martí L, de Molina-Fernández MI, Larrosa-Domínguez, M. Historia de la anticoncepción y planificación familiar: una revisión narrativa. Cultura de los cuidados. Aceptado para publicación desde Abril de 2022.

4- De Molina-Fernández MI, Reyes-Martí L, Cuesta-Martínez MR, Aguarón-García MJ, Roca-Biosca A, Rubio-Rico L, Valls-Fonayet F. Effect of a web-based contraception decision support tool on decisional conflict: a controlled randomized clinical trial in Spain. Plos One. En revisión.

### **Comunicaciones y pósteres**

1- De Molina Fernández MI, Reyes Martí L, De la Flor López M. Anticoncepción postparto como mejora de la planificación familiar. (31 de marzo de 2022). XXVII CONGRÉS DE LA SOCIETAT CATALANA DE CONTRACEPCIÓ. Póster. Barcelona.

2- Reyes Martí L, De Molina Fernández MI, De la Flor López M. Abordaje de los factores asociados al abandono de la anticoncepción oral combinada. (31 de marzo de 2022). XXVII CONGRÉS DE LA SOCIETAT CATALANA DE CONTRACEPCIÓ. Póster. Barcelona.

3- De Molina Fernández MI, Reyes Martí L, De la Flor López M, Ortega L, Rubio Rico L. Experiencias de asesoramiento anticonceptivo en España, en el proceso de creación de una Herramienta web de Ayuda a la Toma de Decisiones. Un estudio cualitativo. (31 de marzo de 2022). XXVII CONGRÉS DE LA SOCIETAT CATALANA DE CONTRACEPCIÓ. Póster. Barcelona.

# CAPÍTULO IX: REFERENCIAS

---

---

- [1] Generalitat de Catalunya. Reconstrucció mamària després de cirurgia per càncer. Decisions compartides [Internet]. Disponible en: <https://decision compartides.gencat.cat/ca/decidir-sobre/reconstruccio-mamaria-despres-de-cirurgia-per-cancer/>
- [2] De Molina-Férrnandez MI, Raigal-Aran L, De La Flor-Lopez M, Prata P, Font-Jimenez I, Valls-Fonayet F, et al. The effectiveness of a digital shared decision-making tool in hormonal contraception during clinical assessment: Study protocol of a randomized controlled trial in Spain. BMC Public Health. 2019;19(1):1–8.
- [3] Generalitat de Catalunya. Anticoncepción. Decisiones compartidas [Internet]. Disponible en: <http://decision compartides.gencat.cat/es/decidir-sobre/anticoncepcio/index.html>
- [4] Lete I, Hassan F, Chatzitheofilou I, Wood E, Mendivil J, Lambrelli D, et al. Direct costs of unintended pregnancy in Spain. Eur J Contracept Reprod Heal Care [Internet]. 2015;20(4):308–18. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3109/13625187.2015.1028617>
- [5] Sedgh G, Singh S, Hussain R. Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. Stud Fam Plann. 2014 Sep;45(3):301-14.
- [6] Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Interrupciones Voluntarias del Embarazo. [Internet]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm>
- [7] Encuesta de anticoncepción en España 2020. Sociedad Española de Contracepción. [Internet]. Disponible en: [http://hosting.sec.es/descargas/Encuesta\\_%20anticoncepcion2020.pdf](http://hosting.sec.es/descargas/Encuesta_%20anticoncepcion2020.pdf)
- [8] Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. 2018. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565400>
- [9] Birgisson NE, Zhao Q, Secura GM, Madden T, Peipert JF. Preventing unintended

- pregnancy: The contraceptive CHOICE project in review. *J Women's Heal.* 2015;24(5):349–53.
- [10] McNicholas C, Tessa M, Secura G, Peipert JF. The Contraceptive CHOICE Project Round Up: what we did and what we learned. *Clin Obs Gynecol.* 2014;57(4):635–43.
- [11] Lopez-Del Burgo C, Osorio A, De Irala J. Informed choice in family planning: What do women want to know? *Contraception.* 2015;91(3):265
- [12] Lopez-Del Burgo C, Mikolajczyk RT, Osorio A, Carlos S, Errasti T, De Irala J. Knowledge and beliefs about mechanism of action of birth control methods among European women. *Contraception.* 2012;85(1):69–77
- [13] Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Naciones Unidas. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Nueva York; 1995. ISBN 92-1-351116-7
- [14] La planificación de la familia en la acción sanitaria. Organización Mundial de la Salud (OMS). En: Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Ginebra; 1971. [Internet]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38591>
- [15] Ministerio de Sanidad, política Social e Igualdad. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 2011. [Internet]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENS\\_SR.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENS_SR.pdf)
- [16] Cartera de Servicios de las Unidades de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva de Apoyo a la Atención Primaria. Generalitat de Catalunya. Direcció General de Planificació en Salut. Barcelona, 2022. [Internet]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11351/8735>
- [17] Ramírez I. Manejo clínico y estrategias de cumplimiento de la anticoncepción oral combinada. Guía Clínica de la Sociedad Española de Contracepción. Anticoncepción hormonal combinada: Consenso de un grupo de expertos. Doctoractive, S.L. 2008. p. 37–42.

- [18] Loder CM, Bonawitz K. Counseling on complex contraception dilemmas. *Contemp Obstet Gynecol*. 2019;25–35.
- [19] Dehlendorf C, Krajewski C, Borrero S. Contraceptive counseling: Best practices to ensure quality communication and enable effective contraceptive use. *Clin Obstet Gynecol*. 2014;57(4):659–73.
- [20] Zapata LB, Pazol K, Dehlendorf C, Curtis KM, Malcolm NM, Rosmarin RB, et al. Contraceptive Counseling in Clinical Settings: An Updated Systematic Review. *Physiol Behav*. 2018;176(10):139–48.
- [21] Decisiones compartidas. [Internet]. Disponible en: <http://decisionescompartides.gencat.cat/es/inici/>
- [22] Gender Equality Index. European Institute for Gender Equality. [Internet]. 2022. Disponible en: <https://eige.europa.eu/gender-equality-index/thematic-focus/health/country/ES>
- [23] Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988 Sep 23-30;260(12):1743-8.
- [24] Ferreiro Losada M. Modelización y medida de la calidad percibida de la atención al parto en la comunidad gallega. [Tesis deoctoral]. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela; 2012. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10347/3707>
- [25] Westbrook J. Patient satisfaction: methodological issues and research findings. *Aust Heal Rev*. 1993;16(1):75–88.
- [26] Mira J, Galdón M, García E, Velasco M, Lorenzo S, Vitaller J, et al. Qué hace que los pacientes estén satisfechos?. Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi. *Rev Calid Asist*. 1999;14:165–77.
- [27] Bitzer J, Marin V, Lira J. Contraceptive counselling and care: a personalized interactive approach. *Eur J Contracept Reprod Heal Care*. 2017;22(6):418–23.
- [28] Mitral S. Emergency contraception - Potential for women’s health. *Indian J Med Res*. 2014;140:S45–52.

- [29] Denno D, Hoopes AJ, Chandra-Mouli V. Effective Strategies to Provide Adolescent Sexual and Reproductive Health Services and to Increase Demand and Community Support. *J Adoles Heal*. 2015;56:S22–41.
- [30] Boletín Oficial del Estado. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. [Internet]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188&tn=1&p=20210605>
- [31] Couceiro A. Dinámica de la decisión clínica. ¿Hay métodos que ayuden a incorporar los valores del paciente en la toma de decisiones clínicas? *JANO* 21. 2005;27(1.581):86–8.
- [32] Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med*. 1997;44(5):681-92.
- [33] Pass M, Belkora J, Moore D, Volz S, Sepucha K. Patient and observer ratings of physician shared decision making behaviors in breast cancer consultations. *Patient Educ Couns*. 2012;88(1):93–9.
- [34] Munro S, Manski R, Donnelly KZ, Agusti D, Stevens G, Banach M, et al. Investigation of factors influencing the implementation of two shared decision-making interventions in contraceptive care: A qualitative interview study among clinical and administrative staff. *Implement Sci*. 2019;14(1):1–16.
- [35] Thompson-Leduc P, Turcotte S, Labrecque M, Légaré F. Prevalence of clinically significant decisional conflict: An analysis of five studies on decision-making in primary care. *BMJ Open*. 2016;6(6):e011490
- [36] Katapodi MC, Munro ML, Pierce PF, Williams RA. Psychometric testing of the decisional conflict scale: Genetic testing hereditary breast and ovarian cancer. *Nurs Res*. 2011;60(6):368–77.
- [37] Hickman RL, Daly BJ, Lee E. Decisional conflict and regret: Consequences of surrogate decision making for the chronically critically ill. *Appl Nurs Res*. 2012;25(4):271–5.

- [38] Knops AM, Goossens A, Ubbink DT, Legemate DA, Stalpers LJ, Bossuyt PM. Interpreting patient decisional conflict scores: Behavior and emotions in decisions about treatment. *Med Decis Mak.* 2013;33(1):78–84.
- [39] Des Cormiers A, Légaré F, Simard S, Boulet LP. Decisional conflict in asthma patients: A cross sectional study. *J Asthma.* 2015;52(10):1084–91.
- [40] Légaré F, Politi MC, Drolet R, Desroches S, Stacey D, Bekker H. Training health professionals in shared decision-making: An international environmental scan. *Patient Educ Couns.* 2012;88(2):159–69.
- [41] O'Connor AM. Validation of a decisional conflict scale. *Med Dec Making.* 1995; 15(1): 25-30.
- [42] O'Connor AM, Tugwell P, Wells GA, Elmslie T, Jolly E, Hollingworth G, et al. A decision aid for women considering hormone therapy after menopause: Decision support framework and evaluation. *Patient Educ Couns.* 1998;33(3):267–79.
- [43] Carr MM, Derr JB, Karikari K. Decisional Conflict and Regret in Parents Whose Children Undergo Tonsillectomy. *Otolaryngol - Head Neck Surg (United States).* 2016;155(5):863–8.
- [44] Chorney J, Haworth R, Elise Graham M, Ritchie K, Curran JA, Hong P. Understanding shared decision making in pediatric otolaryngology. *Otolaryngol - Head Neck Surg (United States).* 2015;152(5):941–7.
- [45] Hong P, Gorodzinsky AY, Taylor BA, Chorney JML. Parental decision making in pediatric otoplasty: The role of shared decision making in parental decisional conflict and decisional regret. *Laryngoscope.* 2016;126:S5–13.
- [46] Hong P, Maguire E, Purcell M, Ritchie KC, Chorney J. Decision-making quality in parents considering adenotonsillectomy or tympanostomy tube insertion for their children. *JAMA Otolaryngol - Head Neck Surg.* 2017;143(3):260–6.
- [47] McIlvennan CK, Matlock DD, Allen LA, Thompson JS, Ranby KW, Sannes TS. Perceived Stress and Depressive Symptoms as Predictors of Decisional Conflict

- in Dyads Considering a Left Ventricular Assist Device. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2020:1–8.
- [48] Knapp C, Madden V, Wang H, Curtis C, Sloyer P, Shenkman E. Factors affecting decisional conflict for parents with children enrolled in a paediatric palliative care programme. *Int J Palliat Nurs*. 2010;16(11):542–7.
- [49] Chien CH, Chuang CK, Liu KL, Li CL, Liu HE. Changes in decisional conflict and decisional regret in patients with localised prostate cancer. *J Clin Nurs*. 2014;23(13–14):1959–69.
- [50] Cooper Patrick L, Gallo JJ, Gonzales JJ, Thi Vu H, Powe NR, Nelson, C. Race, Gender, and the Partnership in the Patient-Physician Relationship. *JAMA*. 1999;282(6):583-9.
- [51] Peek ME, Gorawara-Bhat R, Quinn MT, Odoms-Young A, Wilson SC, Chin MH. Patient Trust in Physicians and Shared Decision-Making Among African-Americans With Diabetes. *Health Commun*. 2013;28(6):616–23.
- [52] Garvelink MM, Boland L, Klein K, Nguyen DV, Menear M, Bekker HL, et al. Decisional Conflict Scale Findings among Patients and Surrogates Making Health Decisions: Part II of an Anniversary Review. *Medical Decision Making*. 2019;39:315–26.
- [53] Pecanac KE, Brown RL, Kremsreiter HB. Decisional Conflict During Major Medical Treatment Decision-making: a Survey Study. *J Gen Intern Med*. 2021;36(1):55–61.
- [54] Aboumatar HJ, Carson KA, Beach MC, Roter DL, Cooper LA. The impact of health literacy on desire for participation in healthcare, medical visit communication, and patient reported outcomes among patients with hypertension. *J Gen Intern Med*. 2013 Nov;28(11):1469-76.
- [55] O'Connor AM. User Manual - Decisional Conflict Scale. Ottawa: Ottawa Hospital Research Institute; 1993. 16 p. Disponible en:  
[http://decisionaid.ohri.ca/docs/develop/User\\_Manuals/UM\\_Decisional\\_Conflict.pdf](http://decisionaid.ohri.ca/docs/develop/User_Manuals/UM_Decisional_Conflict.pdf)

- [56] Urrutia M, Campos S, O'Connor A. Validación de una versión en español de la Escala de Conflicto Decisional. *Rev Med Chil.* 2008;136(11):1439–47.
- [57] Rodríguez-rodríguez J, Reguant-álvarez M. El Coeficiente alfa de Cronbach. *REIRE Rev d'Innovació i Recer en Educ.* 2020;3:1–13.
- [58] Barrios M, Cosculluela A. Fiabilidad. En J. Meneses (coord.), *Psicometría.* UOC; 2013. pp. 75–140.
- [59] Campo-Arias A, Oviedo HC. Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Revista de Salud Pública.* 2008;10(5), 831–839.
- [60] Adarve Hidalgo E, Falguera G, Seguranyes Guillot G. Adherencia y cumplimiento del método anticonceptivo hormonal oral. *Matronas profesión.* 2016;17(1):28–34.
- [61] Pérez EF, Martínez San Andrés F, Coll Capdevila C, Ramírez Polo I et al. Anticoncepción hormonal combinada. *Soc Española contracepción.* 2012;7-105. Disponible en:  
[http://hosting.sec.es/descargas/AH\\_Anticoncepcion\\_Hormonal\\_Combinada.pdf](http://hosting.sec.es/descargas/AH_Anticoncepcion_Hormonal_Combinada.pdf)
- [62] Organización Mundial de la salud (OMS). Adherence to long-term therapies. Evidence for action. 2003. ISBN 92 4 154599 2. Disponible en:  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- [63] Lynch SS, Manual MSD. Adherencia al tratamiento farmacológico [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/fármacos-o-sustancias/factores-que-influyen-en-la-respuesta-del-organismo-a-los-fármacos/adherencia-al-tratamiento-farmacológico#:~:text=>
- [64] Lete I, Pérez-Campos E, Correa M, Robledo J, De la Viuda E, Martínez T, et al. Continuation rate of combined hormonal contraception: a prospective multicenter study. *J women's Heal.* 2012;21(5):490–5.
- [65] Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). [Internet]. 2017. Disponible en:

<http://www.sego.es/>

- [66] Gallego S. Curso online de actualización en anticoncepción para matronas. 1a ed. Madrid: International Marketing & Comunicación S.A.; 2016.
- [67] Dehlendorf C, Levy K, Ruskin R, Steinguer J. Health care providers' knowledge about contraceptive evidence: a barrier to quality family planning care? *Contraception*. 2010;81(4):292–8.
- [68] Schreiber C, Harwood B, Switzer G, Ness R, Reeves M, Creinin M. Training and attitudes about contraceptive management across primary care specialties: a survey of graduating residents. *Contraception*. 2005;72(3):243.
- [69] Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. Participación ciudadana en salud: Formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012;26(SUPPL.1):158–61.
- [70] Peralta L. La participación del paciente en la toma de decisiones en las consultas de Atención Primaria. Tesis Doctoral. Universidad de Cantabria. 2010.
- [71] Perestelo L, Pérez J, Rivero A, Carballo D, Serrano P, et al. Manual con criterios de evaluación y validación de las Herramientas de Ayuda para la Toma de Decisiones. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2013.
- [72] Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(4).
- [73] Abellán Perpiñán JM, Sánchez Martínez FI, Martínez Pérez JE. ¿Cómo incorporar las utilidades de los pacientes a las decisiones clínicas? Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit*. 2008;22(Supl 1):179–85.
- [74] Clancy CM, Cebul RD, Williams S V. Guiding individual decisions: A randomized, controlled trial of decision analysis. *Am J Med*. 1988;84(2):283–8.
- [75] Volk R, Llewellyn-Thomas H, Stacey D, Elwyn G. Ten years of the International Patient Decision Aid Standards Collaboration: evolution of the core dimensions

- for assessing the quality of patient decision aids. *BMC Med Inf Decis Mak*. 2013;13(Supl 2):S1-6947-13-S2-S1.
- [76] Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared decision making: A model for clinical practice. *J Gen Intern Med*. 2012;27(10):1361-7.
- [77] Martos A. Breve historia del condón y de los métodos anticonceptivos. Ediciones Nowtilus. Madrid; 2010. 256 p.
- [78] Cascales M, Clavero JA, Coronado P, Domínguez-Gil A, Mayor F, Esteban M, et al. Mecanismos fisiológicos, y moleculares de la anticoncepción. Madrid: Real Academia Nacional de Farmacia; 2016. 189 p.
- [79] Lugones M, Ramírez M. El preservativo más viejo del mundo. *Rev Cuba Obstet y Ginecol*. 2013;39(3):306-10.
- [80] Christin-Maitre S. History of oral contraceptive drugs and their use worldwide. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2013;27(1):3-12.
- [81] Aguiar García A, Almelo Hernández LC, Lazo Herrera LA, Giniebra Marín GM, Rivera Rivadulla R. Historia del condón y otros métodos anticonceptivos. *Rev Médica Electrónica*. 2019;41(2):588-97.
- [82] Clavero-Núñez JA. A history of contraception. *An Ranm*. 2018;135(01):56-9.
- [83] Dhont M. History of oral contraception. *Eur J Contracept Reprod Heal Care*. 2010;15(S2):S12-8.
- [84] Potenziani JC, Potenziani SD. Historia de las enfermedades venéreas (2a parte). Vol. 36, Academia Biomédica Digital. 2008. p. 337-55.
- [85] Chesler E. *Woman of Valor: Margaret Sanger and the Birth Control Movement in America*. New York: Simon & Schuster; 1992. 639 p.
- [86] Suárez-Lugo N. Mercadeo social como herramienta en función de la salud sexual en Cuba. *Rev Cuba Salud Pública*. 2013;39(5):950-60.
- [87] Rodríguez-Ocaña E, Ignaciuk A, Ortiz-Gómez T. Ovulostáticos y

- anticonceptivos. El conocimiento médico sobre «la píldora» en España durante el franquismo y la transición democrática (1940-1979). *Dynamis*. 2012;32(2):467–94.
- [88] Ortiz-Gómez T, Ignaciuk A. Investigar y comunicar la historia de la anticoncepción (2019).pdf. *Rev Internacional Estud Fem*. 2019;4(1):64–85.
- [89] Suárez-Lugo N. Evaluación de la estrategia de mercadotecnia social del condón en Cuba. *Rev Cuba Salud Pública*. 2007;33(1):0–0.
- [90] Ortiz T, Ignaciuk A. Historia de la anticoncepción e historia oral, una revisión bibliográfica. *Dynamis*. 2018;38(2):293–302.
- [91] Brandi K, Fuentes L. The history of tiered-effectiveness contraceptive counseling and the importance of patient-centered family planning care. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;222(4):S873–7.
- [92] Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-3514>
- [93] Boletín Oficial del Estado. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>
- [94] Calaf J, Sánchez-Borrego R, Pérez-Campos E, et al. Estudio transversal, descriptivo, multicéntrico de las creencias y actitudes de las mujeres españolas frente a las nuevas opciones médicas con estradiol natural en anticoncepción hormonal oral. *Rev Iberoam Fert Rep Hum*. 2012;29:151–8.
- [95] Equipo Daphne. El cumplimiento en anticoncepción hormonal oral en España. Madrid: Aula Médica; 2000. 91 p.
- [96] Carvajal DN, Klyushnenkova E, Barnett B. Latina contraceptive decision-making and use: The importance of provider communication and shared decision-making for patient-centered care. *Patient Educ Couns*. 2021;104(9):2159–64.
- [97] Demaria AL, Sundstrom B, Faria AA, Moxley Saxon G, Ramos-Ortiz J. Using the theory of planned behavior and self-identity to explore women’s decision-

- making and intention to switch from combined oral contraceptive pill (COC) to long-acting reversible contraceptive (LARC). *BMC Womens Health*. 2019;19(1):1–11.
- [98] Carbajal-Ugarte JA, Cárdenas-Blanco A, EL-BD P-H. Eficacia y efectos adversos de anticonceptivos hormonales. Estudio comparativo. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2008;46(1):83–7.
- [99] Soriano H, Rodenos L, Moreno D. Criterios de elegibilidad de los métodos anticonceptivos. *Rev clínica Med Fam*. 2010;3(3):206–16.
- [100] Ministerio de Sanidad y política social. Métodos Anticonceptivos De Uso Regular [Internet]. Disponible en:  
[https://www.sanidad.gob.es/novedades/docs/090911\\_metodosAnticonc.pdf](https://www.sanidad.gob.es/novedades/docs/090911_metodosAnticonc.pdf)
- [101] Generalitat de Catalunya. Decisiones compartidas. [Internet]. Disponible en:  
<http://decisionescompartides.gencat.cat/es/inici/>
- [102] Arribas-mir L, Saavedra-ruiz A, Agrela-cardona M, Cedeño-benavides T. Actualización y perspectivas de futuro de los métodos anticonceptivos. *Aten Primaria*. 2006;37(5):299–300.
- [103] Navarro Gótiiez H, Morera Montes J. Los anticonceptivos orales: criterios de selección, utilización y manejo. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 1997;21:1–10.
- [104] Organización Mundial de la Salud. Rueda con los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos 2015 [Internet]. 2016. Disponible en:  
<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241549257>
- [105] Trillo Fernández C, Navarro Martín J, Luque Barea M, Seoane García J. Guía práctica de planificación familiar en atención primaria. SAMFyC. NILO Industria Gráfica; 2008.
- [106] Serrano Navarro JR, Quilez J. Protocolos SEGO/SEC. Anticoncepción hormonal combinada oral, transdérmica y vaginal. 2013;1–20. Disponible en:  
[https://hosting.sec.es/descargas/PS\\_Anticoncepcion\\_Hormonal\\_Combinada\\_Oral\\_Transdermica\\_Vaginal.pdf](https://hosting.sec.es/descargas/PS_Anticoncepcion_Hormonal_Combinada_Oral_Transdermica_Vaginal.pdf)

- [107] Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. El procés assistencial de l'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR) a la xarxa d'atenció primària. 2019;72. Disponible en: <https://assirbarcelonaics.wordpress.com/2014/02/27/ques-lassir/>
- [108] Fernández Álvarez G, Santana Yllobre L, Torres Zamora M. Principales métodos anticonceptivos: historia y actualidad. Córdoba. El Cid Editor. 2009. p11.
- [109] Ministerio de derechos sociales y Agenda 2030. Estrategia de desarrollo sostenible 2030. Disponible en: <https://cpage.mpr.gob.es/>
- [110] Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Oportunidades. Informe sobre salud sexual y reproductiva y los derechos en esta materia (2001/2128(INI)) [Internet]. 2022. Disponible en: [https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-5-2002-0223\\_ES.html?redirect](https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-5-2002-0223_ES.html?redirect)
- [111] Chen MJ, Kim CR, Whitehouse KC, Berry-Bibee E, Gaffield ME. Development, updates, and future directions of the World Health Organization Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2017;136:113–9.
- [112] Sociedad Española de Contracepción. Actualización en el manejo clínico de la anticoncepción hormonal, intrauterina y de urgencia. In Madrid; 2011. Disponible en: <http://sec.es/>
- [113] Bonacho Paniagua I. Anticoncepción. Guías Clínicas Fisterra. 2009;9(29).
- [114] Altarriba Cano M, Cerdeña Gómez C. Anticoncepción y Atención Primaria. Rev Valencia Atención Primaria. 2004;15(1):9–17.
- [115] De la Viuda García EM. Métodos anticonceptivos. Boletín farmacoterapéutico de Castilla-La Mancha. 2009;X(5).
- [116] Ministerio de salud pública y asistencia social, Dirección de regulación, Dirección general de salud, Unidad de atención integral en salud de la mujer. Guía Técnica de Atención en Planificación Familiar. El Salvador, 2008.

Disponible en:

[http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/derogados/Guia\\_planificacion\\_familiar.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/derogados/Guia_planificacion_familiar.pdf)

- [117] Rinehart W, Rudy S DM. GATHER guide to counseling. *Popul Rep J*. 1998;(48):1–31.
- [118] Areneda M. Adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1, durante la adolescencia. Una perspectiva psicológica. *Rev Chil Pediatría*. 2009;80(6):560–9.
- [119] Haynes R, Taylor D, Sackett D. Introduction. In: *Compliance in health care*. 1979. p. 1–7.
- [120] García A, Leiva F, Martos F, García A, Prados D, Sánchez, et al. ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria? *Semer - Med Fam*. 2000;1(1):13–9.
- [121] Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino M. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharm*. 2018;59(4).
- [122] Grupo de trabajo de utilización de fármacos de la semFYC. Recomendaciones sobre el uso de los medicamentos. Ediciones S, editor. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2012. 148 p.
- [123] Lete I, Docal J, Pérez-Campos E, Sánchez-Borrego R, Correa M, De la Viuda E, et al. Factors affecting women’s selection of a combined hormonal contraceptive method: the TEAM-06 Spanish cross-sectional study. *Contraception*. 2007;30(11):77–83.
- [124] Pagès-puigdemont N, Valverde-merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica *Methods to assess medication adherence*. 2018;59(3):163–72.
- [125] Nguyen T, La Caze A, Cottrell N. What are validated self-re- port adherence scales really measuring?: a systematic review. *Br J Clin Pharmacol*. 2014;77(3):427–45.
- [126] González-Bueno J, Calvo-Cidoncha E, Sevilla-Sánchez D, Espauella-Panicot J, Codina-Jané C, Santos-Ramos B. Traducción y adaptación transcultural al español del cuestionario ARMS para la medida de la adherencia en pacientes

- pluripatológicos. *Atención Primaria*. 2017;49(8):459–64.
- [127] Horne R, Weinman J, Hankins M. The Beliefs about Medicines Questionnaire: the development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychol Heal*. 1999;14:1–24.
- [128] Svarstad B, Chewning B, Sleath B, Claesson C. The Brief Medication Questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. *Patient Educ Couns*. 1999;37(2):113–24.
- [129] Hogan T, Awad A, Eastwood R. A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychol Med*. 1983;13(1):177–83.
- [130] De las Cuevas C, Peñate W. Psychometric properties of the eight-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in a psychiatric outpatient setting. *Int J Clin Heal Psychol*. 2015;15(2):121–9.
- [131] Kim M, Hill M, Bone L, Levine D. Development and testing of the Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale. *Prog Cardiovasc Nurs*. 2000;15(3):90–6.
- [132] Thompson K, Kulkarni J, Sergejew A. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophr Res*. 2000;42(3):241–7.
- [133] Fialko L, Garety P, Kuipers E, Dunn G, Bebbington P, Fowler D, et al. A large-scale validation study of the Medication Adherence Rating Scale (MARS). *Schizophr Res*. 2008;100(1–3):53–9.
- [134] Morisky DE, Green LW LD. Concurrent and predictive validity of a self-report measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24:67–74.
- [135] Val Jiménez A, Amorós Ballester G, Martínez Visa P, Fernández Ferré ML, León Sanromà M. [Descriptive study of patient compliance in pharmacologic antihypertensive treatment and validation of the Morisky and Green test]. *Aten primaria*. 1992;10(5):767-70.

- [136] Morisky D, Ang A, Krousel-Wood M, Ward H. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens*. 2008;10(5):348–454.
- [137] Chaves Torres NM, Echeverri Sarmiento JE, Ballesteros DA, Quijano Rodriguez J, Camacho D. Validación de la escala de morisky de 8 ítems en pacientes con enfermedad renal crónica. *Revista Med*. 2016, 24 (2): 23-32.
- [138] Ortega Suárez FJ, Sánchez Plumed J, Pérez Valentín MA, Pereira Palomo P, Muñoz Cepeda MA, Lorenzo Aguiar D, et al. Validación del cuestionario simplificado de adherencia a la medicación (SMAQ) en pacientes con trasplante renal en terapia con tacrolimus. *Nefrologia*. 2011;31(6):690–6.
- [139] Información farmacoterapéutica de la comarca (Infac), Osakidetza. Participación del paciente en la toma de decisiones. Infac [Internet]. 2014;22:3. Disponible en: [https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime\\_infac\\_2014a/es\\_def/adjuntos/INFAC\\_Vol\\_22\\_n\\_3\\_Dcisiones\\_compartidas.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2014a/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_22_n_3_Dcisiones_compartidas.pdf)
- [140] Villagrán J, Lara Ruiz-Granados I, González-Saiz F. Aspectos conceptuales sobre el proceso de decisión compartida en salud mental. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2015;35(127).
- [141] Coulter A, Parsons S, Askham J. Where are the patients in decision-making about their own care? World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2008.[Internet]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107980/Policy-brief-3-1997-8073-eng.pdf?sequence=15&isAllowed=y>
- [142] Jiménez-De Gracia L, Ruiz Moral R, Gavilán-Moral E, Hueso-Montoro C, Cano-Caballero Gálvez D, Alba-Dios MA. Opiniones de los médicos de familia acerca de la implicación de los pacientes en la toma de decisiones: un estudio con grupos focales. *Aten Primaria*. 2012;44(7):379–86.
- [143] Stiggelbout AM, Van Der Weijden T, De Wit MPT, Frosch D, Légaré F, Montori VM, et al. Shared decision making: Really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ*. 2012;344(7842):1–6.

- [144] Lin G, Fagerlin A. Shared decision making. State of the Science. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2014;7:1–7.
- [145] Moumjid N, Gafni A, Brémond A, Carrère M-O. Shared decision making in the medical encounter: are we all taking about the same thing? *Med Decis Mak*. 2007;27:539–46.
- [146] Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med*. 1999;49:651–61.
- [147] Coulter A. Shared decision-making: a summary and future issues. In: Maslin A, Powles T, editors. *Breast cancer: sharing the decision*. Oxford: Oxford University Press; 1999.
- [148] Towle A. *Physician and patient communication skills: competencies for informed shared decision-making*. Vancouver, Canada: University of British Columbia; 1997.
- [149] Towle A, Godolphin W. Framework for teaching and learning informed shared decisionmaking. *BMJ*. 1999;7212:766–9.
- [150] Godolphin W, Towle A, McKendry L. Evaluation of the quality of patient information to support informed shared decision-making. *Heal Expect*. 2001;4:235–42.
- [151] Ruiz Moral R, Peralta Munguia L, Pérula de Torres LÁ, Gavilán Moral E, Loayssa Lara JR. Participación del paciente en la toma de decisiones en atención primaria: una herramienta para su medición. *Aten Primaria*. 2010;42(5):257–63.
- [152] Bennett C, Graham ID, Kristjansson E, Kearing SA, Clay KF, O'Connor AM. Validation of a Preparation for Decision Making scale. *Patient Educ Couns*. 2010;78(1):130–3.
- [153] Elwyn G, Edwards A, Wensing M, Hood K, Atwell C, Grol R. Shared decision making: Developing the OPTION scale for measuring patient involvement. *Qual Saf Heal Care*. 2003;12(2):93–9.

- [154] Edwards A, Elwyn G, Hood K, Robling M, Atwell C, Holmes-Rovner M, et al. The development of COMRADE - A patient-based outcome measure to evaluate the effectiveness of risk communication and treatment decision making in consultations. *Patient Educ Couns.* 2003;50(3):311–22.
- [155] Holmes-Rovner M, Kroll J, Schmitt N, Rovner DR, Breer ML, Rothert ML, et al. Patient satisfaction with health care decisions: The satisfaction with decision scale. *Med Decis Mak.* 1996;16(1):58–64.
- [156] Bassi MA, Lopez MA, Confalone L, Gaudio RM, Lombardo L, Lauritano D. OPTION scale. Vol. 388, *Nature.* 2020. p. 539–47.
- [157] Ahl A, Acree J, Gipson P, McDowell R, Miller L, McElvaine M. Standardisation of nomenclature for animal health risk analysis. *Rev Sci Tech Off Int Epiz.* 1993;12:1045–53.
- [158] Spielberger C. *Manual of the state-trait anxiety inventory.* Palo Alto: Consulting Psychologists' Press. 1993.
- [159] Howie J, Heaney D, Maxwell M, Walker J. A comparison of a Patient Enablement Instrument (PEI) against two established satisfaction scales as an outcome measure of primary care consultations. *Fam Pr.* 1998;15:165–71.
- [160] Bosch Fontcuberta J. La toma de decisiones conjunta en medicina: una difícil asignatura. *Aten Primaria.* 2012;44(7):385–6.
- [161] Bosch Fontcuberta J. Toma de decisiones compartidas en la consulta: de la necesidad a la realidad. *Atención primaria.* 2010;38(10):264–5.
- [162] Prados Torres D, Leiva Fernández F. Incertidumbre en medicina de familia y toma de decisiones compartidas con el paciente. *Atención primaria.* 2006;38(10):531–4.
- [163] Barca Fernández I, Parejo Miguez R, Gutiérrez Martín, P Fernández Alarcón, F Alejandro Lázaro G, López de Castro F. La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas. *Atención Primaria.* 2004;33(7):361–5.

- [164] Hoffman JR, Wilkes MS, Day FC, Bell DS, Higa JK. The Roulette Wheel: An Aid to Informed Decision Making. *PLOS Med.* 2006;3(6):743–8.
- [165] Adams R, Levy S. Shared Decision-Making and Children With Disabilities: Pathways to Consensus. *Pediatrics.* 2017; 139. e20170956.
- [166] Metz M, Verbeek MA, Elfeddali E, de Beurs E, Van der Feltz-Cornelis CM, Beekman ATF. Het begrip ‘beslissingsambivalentie’ (decisional conflict) en de bruikbaarheid ervan bij de evaluatie van gedeelde besluitvorming. *Tijdschr Psychiatr.* 2018;60(June):397–402.
- [167] Janis IL, Mann L. Decision making : a psychological analysis of conflict, choice, and commitment. Press NY: F, editor. New York; 1977. 488 p.
- [168] Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, Cording E, Tomson D, Dodd C, Rollnick S, Edwards A, Barry M. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med.* 2012 Oct;27(10):1361-7.
- [169] Steginga SK, Occhipinti S, Gardiner RA, Yaxley J, Heathcote P. Prospective study of men’s psychological and decision-related adjustment after treatment for localized prostate cancer. *Urology.* 2004;63(4):751–6.
- [170] Frost DW, Cook DJ, Heyland DK, Fowler RA. Patient and healthcare professional factors influencing end-of-life decision-making during critical illness: A systematic review. *Crit Care Med.* 2011;39(5):1174–89.
- [171] Dolan JG. A Method for Evaluating Health Care Providers’ Decision Making: The Provider Decision Process Assessment Instrument. *Med Decis Making.* 1999;19(1):38-41.
- [172] O’Connor A, Bennett C, Stacey D, Barry M, Col N, Eden K, et al. Do patient decision aids meet effectiveness criteria of the International patient decision aid standards collaboration? A systematic review and meta-analysis. *Med Decis Mak.* 2007;27(5):554–74.
- [173] O’Connor A, Bennett C, Stacey D, Barry M, Col N, Eden K, et al. Decision aids

- for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;3 Art. No.
- [174] O'Connor A, Edwards A. The role of decision aids in promoting evidence-based patient choice. In: *Shared decision making in health care Achieving evidence-based patient choice.* 2a edition. New York: Oxford University Press; 2009. p. 191–200.
- [175] Elwyn G, Frosch D, Rollnik S. Dual equipoise shared decision making: definitions for decision and behaviour support interventions. *Implement Sci.* 2009;4:75.
- [176] *Drug and Therapeutics Bulletin.* An introduction to patient decision aids. *BMJ.* 2013;347:f4147.
- [177] Elwyn G, Frosch D, Volandes A, Edwards A, Montori V. Investing in deliberation: A Definition and Classification of Decision Support Interventions for People Facing Difficult Health Decisions. *Med Dec Mak.* 2010;30:701–11.
- [178] Elwyn G, O'Connor A, Bennett C, Newcombe R, Politi M, Durand M-A, et al. Assessing the quality of decision support technologies using the International Patient Decision Aid Standards instrument (IPDASi). *PLoS One.* 2009;4(4):e4705.
- [179] Charles C, Gafni A, Whelan T, O'Brien M. Treatment decision aids: conceptual issues and future directions. *Heal Expect.* 2005;8:114–25.
- [180] Ottawa Decision Support Framework (ODSF). Ottawa Hospital Research Institute. [Internet]. Disponible en: <http://decisionaid.ohri.ca/odsf.html>
- [181] Patient Decision Aids. Ottawa Hospital Research Institute. [Internet]. Disponible en: <https://decisionaid.ohri.ca/AZsearch.php?criteria=anticoncepciónfrom:https://decisionaid.ohri.ca/AZsearch.php?criteria=anticoncepción>
- [182] Hamui-Sutton A. Un acercamiento a los métodos mixtos de investigación en educación médica. *Investig en Educ Médica.* 2013;2(8):211–6.
- [183] Vega-Malagón G, Avia-Morales J, Vega-Malagón A, Camacho-Calderón N,

- Becerril-Santos A, Leo-Amador G. Paradigmas en la investigación, enfoque cuantitativo y cualitativo. *European Scientific Journal*. 2014;10:1857–7881.
- [184] Raile Alligood M. *Modelos y Teorías en enfermería*. 9na ed. España: Elsevier; 2018.
- [185] Ceballos Ramos L, Rodríguez Flores L, González Corrales S. The qualitative research methodology as a need in nursing studies. *Rev Mendive*. 2018;16(3).
- [186] Hernández-González, O Zaragoza-Viera I. La indagación narrativa, un tema emergente en la investigación cualitativa. *Medisur*. 2020;18(6):2p.
- [187] Rubio Martín S. Aproximación a la fase metodológica de la investigación en Ciencias de la Salud: diseño de los estudios cuantitativos. *Enferm Cardiol*. 2015;22(66):14p.
- [188] Krueger R, Casey M. *Focus groups: A practical guide for applied research*. 3th editio. Thousand Oaks: Sage; 2000.
- [189] Morse J. The significance of saturation. *Qual Heal Res*. 1995;5(2):147–9.
- [190] Mayan MJ. *Essentials of Qualitative Inquiry*. *Essentials of Qualitative Inquiry*. New York: Routledge; 2016. 171 p.
- [191] Escobar J, Francy Y, Bonilla-Jimenez I. Grupos focales: una guía conceptual y metodológica. *Cuad Hispanoam Psicol Cuad Hispanoam Psicol*. 9(1):51–67.
- [192] Lewis-Beck, M. S., Bryman, A., & Futing Liao, T. *The SAGE encyclopedia of social science research methods*. 2004; (Vols. 1-0). Sage Publications, Inc., <https://doi.org/10.4135/9781412950589>
- [193] Gibb A. Focus group. *Soc Res Up- date*. 1997;5(2):1–8.
- [194] Powell R, Single H. Focus groups. *Int J Qual Heal Care*. 1996;8(5):499–509.
- [195] Holt K, Zavala I, Quintero X, Mendoza D, McCormick MC, Dehlendorf C, et al. Women’s preferences for contraceptive counseling in Mexico: Results from a focus group study. *Reprod Health*. 2018;15(1):1–11.

- [196] Holt K, Dehlendorf C, Langer A. Defining quality in contraceptive counseling to improve measurement of individuals' experiences and enable service delivery improvement. *Contraception*. 2017;96(3):133–7.
- [197] Manterola C, Otzen T. Estudios observacionales. Los diseños utilizados con mayor frecuencia en investigación clínica. *Int J Morphol*. 2014;32(2):634–45.
- [198] Martha C, Fors López M. Los ensayos clínicos y su contribución a la salud pública cubana Clinical trials and their contribution to Cuban public health. *Rev Cuba Salud Pública*. 2012;38(5):771–80.
- [199] Argimón P, Jiménez V. Parte II: Estudios experimentales II: otros diseños. En: *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. Elsevier. 2019. 62–64.
- [200] Ospino R. Lección nueve: Estudios experimentales. En: *Metodología de la investigación en ciencias de la salud*. Editorial. 2004. 131–2.
- [201] Campbell M, Elbourne D, Altman D. Ensayos clínicos aleatorizados comunitarios. *Med Clin*. 2005;125(supl.1):28–31.
- [202] Sentís J, Pardell H, Coho E, et al. Ensayo clínico. En: *Bioestadística*. 3a ed. Edi. 2003.
- [203] Eldridge S, Kerry S. *A practical guide to cluster randomised trials in health services research*. Cornwall: Wiley; 2012.
- [204] Sharecontracept, [Internet]. Disponible en: <https://sharecontracept.com/>
- [205] Culig J, Leppée M. From Morisky to Hill-bone; self-reports scales for measuring adherence to medication. *Coll Antropol*. 2014;38:55–82.
- [206] Tan X, Patel I, Chang J. Review of the four item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4) and eight item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). *Innov Pharm*. 2014;5(3):165.
- [207] Pérez-Escamilla B, Franco-Trigo L, Moullin J, Martinez-Martinez F, Garcia-Corpas J. Identification of validated questionnaires to measure adherence to pharmacological antihypertensive treatments. *Patient Prefer Adherence*.

2015;9:569.

- [208] The Ottawa Hospital. Decisional Conflict Scale- Patient Decision Aids. [Internet]. Disponible en: [https://decisionaid.ohri.ca/eval\\_dcs.html](https://decisionaid.ohri.ca/eval_dcs.html)
- [209] Dehlendorf C, Kimport K, Levy K, Steinauer J. A Qualitative Analysis of Approaches To Contraceptive Counseling. *Perspect Sex Reprod Health*. 2014;46(4):233–40.
- [210] Berenson AB, Wiemann CM, Rickert VI, McCombs SL. Contraceptive outcomes among adolescents prescribed Norplant implants versus oral contraceptives after one year of use. *Am J Obstet Gynecol*. 1997;176(3):586–92.
- [211] Gomez AM, Wapman M. Under (implicit) pressure: young Black and Latina women’s perceptions of contraceptive care. *Contraception*. 2017;96(4):221–6.
- [212] Linder-Pelz S. Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypotheses. *Soc Sci Med*. 1982;16(5):583–9.
- [213] Malouf Sierra J. Tratamiento del dolor en pacientes hospitalizados: relación entre satisfacción y tratamiento analgésico. [Internet]. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2012. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/80777>
- [214] Dehlendorf C, Henderson JT, Vittinghoff E, Grumbach K, Levy K, Schmittiel J, et al. Association of the quality of interpersonal care during family planning counseling with contraceptive use. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;215(1):78.e1-78.e9.
- [215] Emanuel EJ, Emanuel LL. Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA J Am Med Assoc*. 1992;267(16):2221–6.
- [216] Cwiak C, Cordes S. Postpartum intrauterine device placement: a patient-friendly option. *Contracept Reprod Med*. 2018;3(1):3–7.
- [217] Dehlendorf C, Grumbach K, Schmittiel JA, Steinauer J. Shared decision making in contraceptive counseling. *Contraception*. 2017;95(5):452–5.
- [218] Hodgson EJ, Collier C, Hayes L, Curry LA, Fraenkel L. Family planning and

- contraceptive decision-making by economically disadvantaged, African-American women. *Contraception*. 2013;88(2):289–96.
- [219] Biggs MA, Kimport K, Mays A, Kaller S, Berglas NF. Young Women’s Perspectives About the Contraceptive Counseling Received During Their Emergency Contraception Visit. *Women’s Heal Issues*. 2019;29(2):170–5.
- [220] Dehlendorf C, Levy K, Kelley A, Grumbach K, Steinauer J. Women’s preferences for contraceptive counseling and decision making. *Contraception*. 2013;88(2):250–6.
- [221] Marshall C, Kandahari N, Raine-Bennett T. Exploring young women’s decisional needs for contraceptive method choice: a qualitative study. *Contraception*. 2018;97(3):243–8.
- [222] Whitaker AK, Terplan M, Gold MA, Johnson LM, Creinin MD, Harwood B. Original Study Effect of a Brief Educational Intervention on the Attitudes of Young Women Toward the Intrauterine Device. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2010;23(2):116–20.
- [223] Newton VL, Hoggart L. Hormonal contraception and regulation of menstruation: A study of young women’s attitudes towards “having a period.” *J Fam Plan Reprod Heal Care*. 2015;41(3):210–5.
- [224] Cristóbal-García I, Neyro-Bilbao JL, Carrascoso M. Myths and realities of combined hormonal contraception. *Ginecol Obstet Mex*. 2020;88(Supl 1):S96–108.
- [225] Madden T, Secura GM, Nease RF, Politi MC, Peipert JF. The role of contraceptive attributes in women’s contraceptive decision making. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;1–6.
- [226] Jackson AV, Karasek D, Dehlendorf C, Foster DG. Racial and ethnic differences in women's preferences for features of contraceptive methods. *Contraception*. 2016;93(5):406-11.
- [227] Craig AD, Dehlendorf C, Borrero S, Harper CC, Rocca CH. Exploring young

- adults' contraceptive knowledge and attitudes: Disparities by race/ethnicity and age. *Women's Health Issues*. 2014;24(3):e281–9.
- [228] Dehlendorf C, Henderson JT, Vittinghoff E, Grumbach K, Levy K, Schmittiel J, et al. Association of the quality of interpersonal care during family planning counseling with contraceptive use. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;215(1):78.e1-78.e9.
- [229] Anderson N, Steinauer J, Valente T, Koblenz J, Dehlendorf C. Women's Social Communication About IUDs: A Qualitative Analysis. *Perspect Sex Reprod Health*. 2014;46(3):141–8.
- [230] Yee L, Simon M. The role of the social network in contraceptive decision-making among young, African American and Latina Women. *J Adolesc Health*. 2010;47(4):374–80.
- [231] Gilliam ML, Davis SD, Neustadt AB, Levey EJ. Contraceptive Attitudes among Inner-City African American Female Adolescents: Barriers to Effective Hormonal Contraceptive Use. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2009;22(2):97–104.
- [232] Gilliam ML, Warden M, Goldstein C, Tapia B. Concerns about contraceptive side effects among young Latinas: A focus-group approach. *Contraception*. 2004;70(4):299-305.
- [233] Backman T, Huhtala S, Luoto R, Tuominen J, Rauramo I, Koskenvuo M. Advance information improves user satisfaction with the levonorgestrel intrauterine system. *Obstet Gynecol*. 2002;99(4):608–13.
- [234] Canto De Cetina TE, Canto P, Ordoez Luna M. Effect of counseling to improve compliance in Mexican women receiving depot-medroxyprogesterone acetate. *Contraception*. 2001;63(3):143–6.
- [235] Dehlendorf AC. *Contraception : Counseling and selection*. 2021;1–30.
- [236] Downing RA, LaVeist TA, Bullock HE. Intersections of ethnicity and social class in provider advice regarding reproductive health. *Am J Public Health*. 2007;97(10):1803–7.

- [237] Becker D, Tsui AO. Reproductive Health Service Preferences And Perceptions of Quality Among Low-Income Women: Racial, Ethnic and Language Group Differences. *Perspect Sex Reprod Health*. 2008;40(4):202–11.
- [238] Holt K, Zavala I, Quintero X, Hessler D, Langer A. Development and Validation of the Client-Reported Quality of Contraceptive Counseling Scale to Measure Quality and Fulfillment of Rights in Family Planning Programs. *Stud Fam Plann*. 2019;50(2):137–58.
- [239] Fung D, Cohen M. Measuring patient satisfaction with anesthesia care: a review of current methodology. *Anesth Analg*. 1998;87(5):1089–98.
- [240] Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302–11.
- [241] Biset N, Lelubre M, Senterre C, Amighi K, Bugnon O, Schneider MP, et al. Assessment of medication adherence and responsible use of isotretinoin and contraception through belgian community pharmacies by using pharmacy refill data. *Patient Prefer Adherence*. 2018;12:153–61.
- [242] Tomaszewski D, Aronson BD, Kading M, Morisky D. Relationship between self-efficacy and patient knowledge on adherence to oral contraceptives using the Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). *Reprod Health*. 2017;14(1):110.
- [243] Stuart JE, Secura GM, Zhao Q, Pittman ME, Peipert JF. Factors associated with 12-month discontinuation among contraceptive pill, patch, and ring users. *Obstet Gynecol*. 2013;121(2 Pt 1):330-336
- [244] Diserens C, Quach A, Mathevet P, Ballabeni P, Jacot-Guillarmod M. Adolescents' contraception continuation in Switzerland: a prospective observational study. *Swiss Med Wkly*. 2017;147:w14504.
- [245] Segovia GR, Rodriguez Martinez JM, Ibarra CB, Mendoza Calderón JG, Hernández-Escobar C, Moncada-Madrado M, et al. Adherence to contraceptive methods and social determinants of health: A cohort study. *J Pediatr Adolesc*

Gynecol. 2022;35(2):209–10.

- [246] Fruzzetti F, Paoletti AM, Fidecicchi T, Posar G, Giannini R, Gambacciani M. Contraception with estradiol valerate and dienogest: adherence to the method. *Open Access J Contracept*. 2019;10:1-6.
- [247] Wheat HL, Irani E, Hughes J, Josephson R, Dolansky MA. Insights from monitoring aspirin adherence: a medication adherence cascade tool. *Patient Prefer Adherence*. 2021;15:1639–46.
- [248] Diedrich JT, Zhao Q, Madden T, Secura GM, Peipert JF. Three-year continuation of reversible contraception. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;213(5):662.e1-662.e8.
- [249] Caruso S, Rapisarda AMC, Minona P. Sexual activity and contraceptive use during social distancing and self-isolation in the COVID-19 pandemic. *Eur J Contracept Reprod Heal Care*. 2020;25(6):445–8.
- [250] Dinger J, Do Minh T, Buttmann N, Bardenheuer K. Effectiveness of oral contraceptive pills in a large U.S. cohort comparing progestogen and regimen. *Obstet Gynecol*. 2011 Jan;117(1):33-40.
- [251] Borrero S, Zhao X, Mor MK, Schwarz EB, Good CB, Gellad WF. Adherence to hormonal contraception among women veterans: Differences by race/ethnicity and contraceptive supply. *Am J Obstet Gynecol*. 2013;209(2):103.e1-103.e11.
- [252] Caetano C, Peers T, Papadopoulos L, Wiggers K, Engler Y, Grant H. Millennials and contraception: why do they forget? An international survey exploring the impact of lifestyles and stress levels on adherence to a daily contraceptive regimen. *Eur J Contracept Reprod Heal Care*. 2019;24(1):30–8.  
<https://doi.org/10.1080/13625187.2018.1563065>
- [253] Hall K. The Health Belief Model can guide modern contraceptive behavior research and practice. *J Midwifery Womens Health*. 2012;57(1):74–81.
- [254] Liddelow C, Mullan B, Boyes M. Adherence to the oral contraceptive pill: the roles of health literacy and knowledge. *Health Psychology and Behavioral Medicine*. 2020;8:587–600.

- [255] Manzano García M, Morillo Verdugo R, De Sotomayor Paz MA. Aprendizaje y aplicación práctica del modelo CMO de Atención Farmacéutica para alumnos del grado en Farmacia. 2018; Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Universidad de Sevilla. Bubok, 1ª edición. ISBN:978-84-09-04036-0
- [256] Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2019. [Internet]. Disponible en: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/06/gpc\\_585\\_anticoncepcion\\_iacs\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/06/gpc_585_anticoncepcion_iacs_compl.pdf)
- [257] Martínez-Astorquiza-Ortiz de Zarate T, Díaz-Martín T, Martínez-Astorquiza-Corral T. Evaluation of factors associated with noncompliance in users of combined hormonal contraceptive methods: a cross-sectional study: results from the MIA study. BMC Womens Heal. 2013;20(13):38.
- [258] Villacres Guamba LV. (2016) La asesoría de planificación familiar como factor de adherencia a métodos anticonceptivos entre mujeres adolescentes y adultas que acuden a consulta externa en el Centro de Salud Archidona (Napo - Tena) en el periodo de mayo a junio del 2016.[Tesis doctoral]. Universidad central del Ecuador. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/11764>
- [259] Lozano Jiménez IE, Peraza Pérez Y. Factores asociados a la adherencia al anticonceptivo oral: una revisión sistemática. Trabajo de Fin de Grado de Psicología. Universidad de La Laguna, Tenerife. 2018. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/14641/Factores%20asociados%20a%20la%20adherencia%20al%20anticonceptivo%20oral%20una%20revisi%20on%20sistemica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- [260] Generalitat de Catalunya. Anticoncepción. Tablas metodos eficacia. Decisiones compartidas [Internet]. 2021. Disponible en: [https://decisionescompartides.gencat.cat/es/decidir-sobre/anticoncepcio/compari\\_les\\_seves\\_opcions/](https://decisionescompartides.gencat.cat/es/decidir-sobre/anticoncepcio/compari_les_seves_opcions/)
- [261] Clare C, Squire MB, Alvarez K, Meisler J, Fraser C. Barriers to adolescent

- contraception use and adherence. *Int J Adolesc Med Health*. 2018;30(4).
- [262] Farah D, Andrade TRM, Di Bella ZIK de J, Girão MJBC, Fonseca MCM. Current evidence of contraceptive uptake, pregnancy and continuation rates in young women: a systematic review and Meta-analysis. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2020;25: 492–501.
- [263] Federación de planificación familiar estatal (FPFE). El acceso de las mujeres a la anticoncepción en las comunidades autónomas. Madrid: 2016. [Internet]. Disponible en: <file:///C:/Users/laura/Downloads/10549.pdf>
- [264] Hoopes AJ, Timko CA, Akers AY. What's Known and What's Next: Contraceptive Counseling and Support for Adolescents and Young Adult Women. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2021;34(4):484–90.
- [265] Madden T, Holttum J, Maddipati R, Secura GM, Nease RF, Peipert JF, et al. Evaluation of a computerized contraceptive decision aid: A randomized controlled trial. *Contraception*. 2020;102(5):339–45.
- [266] Gallegos J V., Edelstein B, Moss AH. Evaluation of a Video Decision Aid to Reduce Decisional Conflict in Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST) Decision-Making. *J Palliat Care*. 2020;35(4):243–7.
- [267] Dehlendorf C, Fitzpatrick J, Fox E, Holt K, Vittinghoff E, Reed R, et al. Cluster randomized trial of a patient-centered contraceptive decision support tool, My Birth Control. *Am J Obstet Gynecol*. 2019;220(6):565.e1-565.e12.
- [268] Garvelink MM, Ter Kuile MM, Louwé LA, Hilders CGJM, Stiggelbout AM, Feasibility and effects of a decision aid about fertility preservation. *Hum Fertil (Camb)*. 2017;20(2):104-112.
- [269] Boland L, Taljaard M, Dervin G, Trenaman L, Tugwell P, Pomey MP, et al. Effect of patient decision aid was influenced by presurgical evaluation among patients with osteoarthritis of the knee. *Can J Surg*. 2018;61(1):28-33
- [270] Collins ED, Moore CP, Clay KF, Kearing SA, O'Connor AM, Llewellyn-Thomas HA, et al. Can women with early-stage breast cancer make an informed

decision for mastectomy? *J Clin Oncol*. 2009;27(4):519–25.

- [271] Hartwig TS, Borregaard Miltoft C, Malmgren CI, Tabor A, Jørgensen FS. High risk—What’s next? A survey study on decisional conflict, regret, and satisfaction among high-risk pregnant women making choices about further prenatal testing for fetal aneuploidy. *Prenat Diagn*. 2019;39(8):635–42.
- [272] Köther AK, Alpers GW, Büdenbender B, Lenhart M, Michel MS, Kriegmair MC. Predicting decisional conflict: Anxiety and depression in shared decision making. *Patient Educ Couns*. 2021;104(5):1229–36.
- [273] Lee J, Jung D, Choi M. Relationship of social support and decisional conflict to advance directives attitude in Korean older adults: A community-based cross-sectional study. *Japan J Nurs Sci*. 2016;13(1):29–37.
- [274] Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med*. 1997;44:681–92.
- [275] Grant RL, Paul R, Zeal C, Madden T, Politi MC. Decisional conflict associated with clinicians discouraging particular contraceptive methods. *J Eval Clin Pract*. 2020;26(6):1612–9.
- [276] Tebb KP, Rodriguez F, Pollack LM, Adams S, Rico R, Renteria R, et al. Improving contraceptive use among Latina adolescents: A cluster-randomized controlled trial evaluating an mHealth application, Health-E You/Salud iTu. *Contraception*. 2021;104(3):246–53.
- [277] Légaré F, Leblanc A, Robitaille H, Turcotte S. The decisional conflict scale: Moving from the individual to the dyad level. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. 2012;106(4):247–52.
- [278] Shah N, Chanin J, Montori V, Fournier A. Patient-Centered Outcomes Research and the Use of Decision Aids to Facilitate Shared Decision Making. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2015.
- [279] Hargraves IG, Montori VM, Brito JP, Shaw K, Lavecchia C, Wilson M, et al.

patients with shared decision making. 2020;102(10):1786–92.

- [280] O'Connor AM, Perrault DJ. Importance of physician's role highlighted in survey of women's breast screening practices. *Can J Public Health*. 1995;86(1):42-5.  
PMID: 7728715.

# ANEXOS



## ANEXO I – HATD en anticoncepción publicadas en la actualidad

1. Decision-making tool for family planning clients and providers

HATD para la elección del método anticonceptivo desarrollada por la OMS. Recurso en pdf. Disponible en inglés, chino, albanés, macedonio y nepalés.

<https://www.who.int/publications/i/item/9241593229>

2. Birthcontrol: things to consider

Se trata de un recurso web de la Clínica Mayo que ofrece información general sobre los tipos de métodos anticonceptivos. No especifica información sobre ningún método particular. Disponible en inglés.

<https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/birth-control/in-depth/birth-control-options/art-20045571>

3. Contraceptive choices

Recurso web con opción de descarga de pdf que ofrece información sobre los diferentes métodos anticonceptivos. Especifica eficacia, beneficios y riesgos de cada método en formato tabla. Disponible en inglés. <https://patient.info/sexual-health/contraception-methods>

4. Birth Control Comparison Chart

Recurso web que ofrece información sobre los tipos de métodos anticonceptivos y los por tipo: no hormonales, hormonales, naturales, largo plazo.

Permite seleccionar y comparar 3 métodos creando una tabla.

Disponible en inglés.

<https://www.birth-control-comparison.info/>

5. My birth control

Aplicación paso a paso, que va planteando preguntas de respuesta múltiple o desplegables a la vez que usa las respuestas para afinar la recomendación de un anticonceptivo. No permite comparar. Disponible en inglés y español.

<https://clinic.mybirthcontrol.org/>

6. My Contraception

Recurso web con posibilidad de descarga de pdf en el que se ofrece la información de cada método de forma individual. Disponible en inglés.

<https://www.mycontraception.ie/>

7. Your body + your birth control

Página web interactiva que ofrece un resumen de las características de los métodos hormonales y el DIU de cobre. Posibilidad de descargar la información en pdf. También incluye una tabla sobre los cambios que sufre el cuerpo durante el embarazo y la menstruación. Disponible en inglés.

<http://www.yourbodyandyourbirthcontrol.com/>

8. Control Anticonceptivo en la Punta de Tus Dedos

Página web que permite aplicar 3 filtros: mayor eficacia, métodos duraderos, protegen frente a ETS. Ofrece recurso en pdf para profesionales, para ayudar en el proceso de toma de decisiones. Disponible en inglés.

<https://knowwhatuwant.org/home>

9. My Contraception Tool

Página web con posibilidad de rellenar un cuestionario que recomendará el método más adecuado según las respuestas. También dispone de testimonios reales. Disponible en inglés.

<https://www.brook.org.uk/topics/contraception/>

10. Birth Control Tool

Página web dirigida a adolescentes, no se presentan todos los métodos (no se ofrecen métodos irreversibles, entre otros). Ofrece información sobre eficacia y protección frente ITS. Disponible en inglés y francés.

<https://teachingsexualhealth.ca/parents/resources/birth-control-learning-tool/>

11. IContracepción

App descargable para teléfono móvil. Destinada solamente a profesionales de la salud. Permite introducir las características de la mujer y presenta una lista clasificada por categorías con los métodos que pueden adaptarse a ella.

Disponible en castellano.

12. Bedsider

Página web que ofrece información sobre los métodos anticonceptivos y permite clasificarlos según algunas de sus características como el más efectivo, protección frente ITS y sin hormonas. Disponible en inglés y español. También ofrece testimonios reales sobre anticoncepción.

[https://www.bedsider.org/es/birth-control?show\\_locale\\_confirmation=true](https://www.bedsider.org/es/birth-control?show_locale_confirmation=true)

13. Birth Control Options

Recurso web que ofrece información sobre todos los métodos anticonceptivos en forma de resumen. Disponible en inglés.

<https://www.webmd.com/sex/birth-control/ss/slideshow-birth-control-options>

14. Decide+ Be ready

En formato App que ofrece información sobre las opciones de control de la natalidad. Disponible en inglés.

<https://apps.apple.com/us/app/decide-be-ready/id1451879300>

15. NICE PATHWAYS

Página web que contiene guías e información sobre anticoncepción. Disponible en inglés.

<https://www.nice.org.uk/guidance/conditions-and-diseases/fertility--pregnancy-and-childbirth/contraception#path=view%3A/pathways/contraception/methods-of-contraception.xml&content=view-quality-statement%3Aquality-statements-contraceptive-information-and-methods>

16. Sexwise

Recurso web que ofrece información sobre anticoncepción, se puede aplicar filtros según preferencias, y sale el método que se ajusta a las necesidades marcadas. Disponible en inglés.

<https://www.sexwise.org.uk/contraception/which-method-contraception-right-me>

17. Your contraceptive choices (Talk choice)

Recurso web con posibilidad de descargar la información en pdf que ofrece información sobre métodos anticonceptivos. Disponible en inglés.

[https://www.sexualwellbeing.ie/sexual-health/contraception/talking-about-contraception/talking-to-your-partner/hse\\_your-contraceptive-choices\\_online.pdf](https://www.sexualwellbeing.ie/sexual-health/contraception/talking-about-contraception/talking-to-your-partner/hse_your-contraceptive-choices_online.pdf)

18. Planned parenthood

Permite hacer un test en función de las preferencias, tiene diversos filtros en función del objetivo. Tiene acceso a chat. Disponible en inglés.

[https://tools.plannedparenthood.org/bc/birth\\_control\\_factors](https://tools.plannedparenthood.org/bc/birth_control_factors)

19. Anticoncepción

Página web que ofrece información general sobre anticoncepción y detallada sobre los métodos anticonceptivos disponibles (clasificados según método de acción), permite comparar opciones y ofrece la opción de realizar un cuestionario en base a características y preferencias de la mujer, el algoritmo recomienda los métodos más adecuados en base a las respuestas. También ofrece testimonios reales. Disponible en catalán y castellano.

(<https://decision compartides.gencat.cat/es/decidir-sobre/anticoncepcio/>)

20. The Lowdown

Plataforma online que aporta información sobre métodos anticonceptivos. Incluye testimonios reales. Tiene un algoritmo que recomienda el método más adecuado después de responder un cuestionario, compara varios métodos anticonceptivos y ofrece información soporte en caso de olvido de una píldora anticonceptiva. Disponible en inglés y alemán.

<https://thelowdown.com/>

## ANEXO II – Pantallas no consecutivas del algoritmo de la HATD “Anticoncepción”



### Herramienta web para la toma de decisiones en anticoncepción hormonal

Objetivos de la herramienta de toma de decisiones



#### Informarte

Queremos explicarte de una manera sencilla cuales son los métodos a tu alcance



#### Ayudarte

Queremos ayudarte a escoger el método que más se ajusta a tus necesidades



#### Compartir

Queremos que puedas expresarte y compartir tu opinión.

¿SEGUIMOS?

Nos gustaría saber si ...

¿Para ti lo más importante es que el método sea muy eficaz, es decir, que proteja frente al embarazo a un mínimo de 91 de cada 100 mujeres que lo utilicen?



SI NO

Nos gustaría saber si ...

**Te encuentras en alguna de estas situaciones:**

- Infarto agudo de miocardio o ictus
- Problemas de coágulos de sangre en los pulmones o piernas
- Tienes o has tenido cáncer de mama en los últimos 5 años
- Tienes cirrosis hepática o algún tumor en el hígado



SI NO

[Ir a la pregunta anterior](#) [Ir a la primera pregunta](#)

Una vez evaluada tu situación personal te recomendamos LA VASECTOMÍA\*, LA LIGADURA DE TROMPAS\* Y EL DIU NO HORMONAL\*\*

DIU no hormonal

Más información

Ligadura de trompas

Más información

Vasectomía

Más información

SIGUIENTE

[Ir a la pregunta anterior](#) [Ir a la primera pregunta](#)



## ANEXO III – Estudio cualitativo: Documento de aprobación del CEIm.



DE: SRA. ELISABET GALVE AIXA - SECRETARIA DEL CEIm  
A: Dra. Inmaculada de Molina - Universitat Rovira i Virgili

Assumpte: CONTRACEPTOOL  
Ref. CEIm: 177/2019

Benvolguda,

Li comunico que amb data 28/11/2019, el CEIm ha avaluat l'estudi titulat "**CONTRACEPTOOL, Herramienta de Ayuda a la Toma de Decisiones en anticoncepción.**"

El dictamen del CEIm respecte a l'anomenat projecte en el format actual és **favorable**.

Cordialment,

78582502N Firmado digitalmente  
por 78582502N  
ELISABET GALVE (R  
G43814045)  
Fecha: 2019.12.12  
10:16:59 +01'00'

Sra. Elisabet Galve Aixà  
Secretaria Comitè Ètic d'Investigació amb medicaments  
Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili

Registre de Fundacions de la Generalitat de Catalunya: nòm. inscripció 2.206.- NIF: G43814045

1 / 1



[www.iispv.cat](http://www.iispv.cat)

## ANEXO IV – Estudio cualitativo: Hoja de información y consentimiento informado para usuarios/as.

Versión:1 CONTRACEPTOOL  
OCTUBRE 2019



### HOJA DE INFORMACIÓN A LA PROFESIONAL PARTICIPANTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título:** CONTRACEPTOOL, herramienta de ayuda a la toma de decisiones en anticoncepción

**Investigadora Principal:** Dra. Inmaculada de Molina Fernández Facultad de Enfermería de la URV Teléfono de contacto 977299402

#### *Introducción*

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica correspondiente y la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, de acuerdo con la legislación vigente, el Real Decreto 1090/2015 de 4 de diciembre de 2015, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos.

Nuestra intención es que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar si quiere participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir.

#### *Participación voluntaria*

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

#### *Descripción general del estudio*

Antes de decidirse por un determinado método anticonceptivo, hay que conocer aspectos de los posibles usuarios/as, su edad, los conocimientos previos que tenga sobre el tema, la información de su pareja sexual, el objetivo anticonceptivo, sus preferencias personales y los factores que pueden condicionar un mal cumplimiento en función del método. En relación con el método es necesario que conozca y/o sea informada/o de todos los métodos existentes; su eficacia, efectos secundarios y seguridad, reversibilidad, posibles efectos beneficiosos no anticonceptivos, facilidad o complejidad de uso, relación con el acto sexual y precio entre otros.

Versión:1 CONTRACEPTOOL  
OCTUBRE 2019

En definitiva, cada sistema anticonceptivo tiene sus características y debe ser correctamente explicado. Dentro de los sistemas anticonceptivos, se abarca un amplio abanico de posibilidades que pueden crear confusión en la usuaria/o a la hora de elegir un método.

**Precisa de un proceso de toma de decisiones compartido bien elaborado** para que la usuaria/o se sienta bien informada/o y por tanto satisfecha/o con la opción que elige.

Los objetivos de este estudio son entre otros:

- I. Valorar las experiencias, conocimientos y/o opiniones/creencias que tiene la población sobre los métodos de contracepción.
- II. Analizar qué aspectos han influido en la usuaria/o ante la elección del método anticonceptivo elegido: accesibilidad, el tema económico, el entorno cultural o religioso u otros.
- III. Detectar que información demandan y reciben los usuarios, durante el asesoramiento contraceptivo.
- IV. Conocer la opinión de los hombres en relación con el papel que han de desempeñar los métodos contraceptivos con la finalidad de concienciarlos.
- V. Recoger las opiniones de los profesionales sobre cómo creen que se puede mejorar el asesoramiento en consulta, así como aumentar la accesibilidad de la población a métodos mas efectivos y seguros con el objetivo de evitar los embarazos no deseados y disminuir las ITS.
- VI. Revisar las HATD online en anticoncepción ya diseñadas en otros países o entornos asistenciales.
- VII. Testar el prototipo inicial de modelo de HATD en anticoncepción diseñado con población de nuestro entorno asistencial.

Su participación consistirá en asistir a una reunión de grupo, dirigida por una investigadora experta en grupos de discusión. Se le citara previamente, junto a otros profesionales que como usted asesoran a la población ante la demanda de contracepción. Además, al inicio de la reunión se le pedirá la cumplimentación de un cuestionario con algunos datos descriptivos.

#### *Beneficios y riesgos derivados de su participación en el estudio*

Los resultados obtenidos de este estudio nos ayudaran, a poner en marcha un estudio en el que se valorará la eficacia de una Herramienta de Ayuda a la Toma de Decisiones en anticoncepción centrado en dar una mejor atención a la población que acude a por un

Versión:1 CONTRACEPTOOL  
OCTUBRE 2019



asesoramiento en contracepción. Esta intervención se basará en las necesidades percibidas y expresadas por las personas que participen en ese estudio.

Su participación en este estudio no supone ningún riesgo para usted. Pero es posible que no obtenga ningún beneficio para su salud por participar en este estudio.

#### *Confidencialidad*

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. De acuerdo con lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a su médico del estudio.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y sólo los investigadores del estudio podrán relacionar dichos datos con usted. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo excepciones, en caso de urgencia médica o requerimiento legal.

El acceso a su información personal quedará restringido a las investigadoras del estudio / colaboradores, autoridades sanitarias, al Comité Ético de Investigación Clínica y personal autorizado por el Promotor, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de estos de acuerdo con la legislación vigente.

Este estudio, así como el proceso de desarrollo de este, se realizarán bajo la LEY 14/2007 de 3 de julio, de Investigación Biomédica.

#### *Otra información relevante*

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos.

También debe saber que puede ser excluido del estudio si el Promotor o los investigadores del estudio lo consideran oportuno, ya sea por motivos de seguridad o porque consideren que no está cumpliendo con los procedimientos establecidos. En cualquiera de los casos, usted recibirá una explicación adecuada del motivo que ha ocasionado su retirada.

Al firmar la hoja de consentimiento adjunta se compromete a cumplir con los procedimientos del estudio que se le han expuesto.

Versión:1 CONTRACEPTOOL  
OCTUBRE 2019



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Título del estudio: CONTRACEPTOOL, HERRAMIENTA DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES EN  
ANTICONCEPCION

Yo, .....

(nombre y apellidos)

- He recibido y leído la hoja de información sobre el estudio.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con .....

(nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera.
- Sin tener que dar explicaciones.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del Investigador

Firma de la Participante

...../...../.....

Fecha ...../...../...

## ANEXO V – Estudio cualitativo: Hoja de información y consentimiento informado para profesionales.

Versión:1 CONTRACEPTOOL  
Octubre de 2019



### HOJA DE INFORMACIÓN A LA USUARIA PARTICIPANTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título:** CONTRACEPTOOL, Herramienta de ayuda a la toma de decisiones en anticoncepción

**Investigadora Principal:** Dra. Inmaculada de Molina Fernández. Departamento d'Infermeria de la URV.

**Teléfono de contacto:** 977299402

#### *Introducción*

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica correspondiente.

Nuestra intención es que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar si quiere participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir.

#### *Participación voluntaria*

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

#### *Descripción general del estudio*

Antes de decidirse por un método hay que conocer aspectos de los posibles usuarios/os, su edad, los conocimientos previos que tenga sobre el tema, la información de su pareja sexual, el objetivo anticonceptivo, sus preferencias personales y los factores que pueden condicionar un mal cumplimiento en función del método. En relación con el método es necesario que conozca y/o sea informada/o de todos los métodos existentes; su eficacia, efectos secundarios y seguridad, reversibilidad, posibles efectos beneficiosos no anticonceptivos, facilidad o complejidad de uso, relación con el acto sexual y precio entre otros.

Versión:1 CONTRACEPTOOL  
Octubre de 2019

En definitiva, cada sistema anticonceptivo tiene sus características y debe ser correctamente explicado. Dentro de los sistemas anticonceptivos, se abarca un amplio abanico de posibilidades que pueden crear confusión en la usuaria/o a la hora de elegir un método.

**Precisa de un proceso de toma de decisiones compartido bien elaborado** para que la usuaria/o se sienta bien informada/o y por tanto satisfecha/o con la opción que elige.

Los objetivos de este estudio son entre otros:

- Valorar las experiencias, conocimientos y/o opiniones/creencias que tiene la población sobre los métodos de contracepción.
- Analizar qué aspectos han influido en la usuaria/o ante la elección del método anticonceptivo elegido: accesibilidad, el tema económico, el entorno cultural o religioso u otros.
- Detectar que información demandan y reciben los usuarios, durante el asesoramiento contraceptivo.
- Conocer la opinión de los hombres en relación con el papel que han de desempeñar los métodos contraceptivos con la finalidad de concienciarlos.

Su participación consistirá en asistir a una reunión de grupo, dirigida por una investigadora experta en grupos de discusión. Se le citara previamente, junto a otros hombres y mujeres que como usted utilizan un método de contracepción. Además, al inicio de la reunión se le pedirá la cumplimentación de un cuestionario con algunos datos socio demográficos y clínicos. Las sesiones serán registradas con una grabadora, con la finalidad de analizar posteriormente el contenido de éstas.

#### *Beneficios y riesgos derivados de su participación en el estudio*

Los resultados obtenidos de este estudio nos ayudaran, a diseñar una Herramienta de Ayuda a la Toma de Decisiones en anticoncepción, centrada en dar una mejor atención a la población que acuda a por asesoramiento en contracepción. Esta intervención se basará en las necesidades percibidas y expresadas por las personas que participen en ese estudio.

Su participación en este estudio no supone ningún riesgo para usted. Pero es posible que no obtenga ningún beneficio para su salud por participar en este estudio, los beneficios esperamos puedan revertir en un futuro a la población general.

#### *Confidencialidad*

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de

Versión:1 CONTRACEPTOOL  
Octubre de 2019



Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, además de la Normativa de Protección de Datos General de la UE 2016/679, del 25 de mayo de 2018. De acuerdo con lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a la persona referente del estudio.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y sólo los investigadores del estudio podrán relacionar dichos datos con usted. Por lo tanto, su identidad no será revelada a ninguna persona alguna salvo excepciones, en caso de urgencia médica o requerimiento legal.

El acceso a su información personal quedará restringido a las investigadoras del estudio / colaboradores, autoridades sanitarias, al Comité Ético de Investigación Clínica y personal autorizado por el Promotor, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de estos de acuerdo con la legislación vigente.

Este estudio, así como el proceso de desarrollo de este, se realizarán bajo la LEY 14/2007 de 3 de julio, de Investigación Biomédica.

#### *Otra información relevante*

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos.

También debe saber que puede ser excluido del estudio si el Promotor o los investigadores del estudio lo consideran oportuno, ya sea por motivos de seguridad o porque consideren que no está cumpliendo con los procedimientos establecidos. En cualquiera de los casos, usted recibirá una explicación adecuada del motivo que ha ocasionado su retirada.

Al firmar la hoja de consentimiento adjunta se compromete a cumplir con los procedimientos del estudio que se le han expuesto.

Versión:1 CONTRACEPTOOL  
Octubre de 2019



CONSENTIMIENTO INFORMADO (mayores de 18)

Título del estudio: CONTRACEPTOOL, HERRAMIENTA DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES

Yo,.....

(nombre y apellidos)

- He recibido y leído la hoja de información sobre el estudio.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con .....

(nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera.
- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos y de enfermería.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del Investigador

Firma de la Participante

|

Fecha ...../...../.....

## ANEXO VI – Estudio cualitativo: Cuestionario de recogida de datos de los usuarios.



FECHA:

Código:

### CUESTIONARIO DE RECOGIDA DE DATOS HATD CONTRACEPTOOL

**Instrucciones:** Haga un círculo en la respuesta correcta (ejemplo:  Sí  No) o una X en el cuadrado correspondiente. Cuando la opción sea OTROS, escriba a continuación y en letra la opción que se adecúe a su situación. En los espacios donde se les pida describir o añadir alguna información extra, escriba lo que desee.

1. Edad (años):

2. Fecha de nacimiento (día/mes/año):

3. Lugar de residencia:

4. ¿Padece alguna enfermedad crónica?  
Sí/No

4.1. En caso afirmativo a la pregunta anterior, especifique cuál:

- Hipertensión arterial
- Colesterol
- Diabetes
- Tiroides
- Obesidad
- Otros:

5. Nivel de estudios:

- ESO (secundaria)
- Formación profesional básica
- Bachillerato
- Ciclo formativo grado medio
- Ciclo formativo grado superior
- Estudios Universitarios
- Máster, Posgrado, Doctorado
- OTROS:

6. ¿Activo laboralmente? Sí/No

6.1. En caso afirmativo a la pregunta anterior, especifique cuál es su situación:

- ≥40h/semanales
- 40-20h/semanales

6.1.1. Especifique cuál es su profesión:



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

**6.2. En caso negativo a la pregunta anterior, especifique cuál es su situación:**

- Estudiante
- Jubilad@
- Incapacidad laboral
- OTROS:

**7. Estado civil:**

- Solter@
- Casad@
- Divorciad@
- Pareja estable
- OTROS:

**8. Pareja actualmente:** Si/ No

**8.1. En caso afirmativo a la pregunta anterior, especifique la duración de la relación (meses):**

**9. Hijos:** Si/No

**9.1. En caso afirmativo a la pregunta anterior, especifique el número de hijos:**

**10. ¿Cuál de los siguientes términos le define mejor?**

- Heterosexual
- Homosexual
- Bisexual
- No estoy segur@
- OTROS:

**11. ¿Utiliza algún método de anticoncepción en sus relaciones sexuales actualmente?**

Si/No

**En el caso de haber respondido que NO:**

- Si NUNCA ha utilizado un método anticonceptivo, pase a la pregunta 12.
- En caso de anteriormente haber utilizado algún método, pase a la pregunta 11.
- 

**11.1. En caso afirmativo a la pregunta anterior, especifique que método utiliza:**

- Preservativo
- Anticonceptivos hormonales
- Vasectomía/Ligadura de trompas
- Anillo vaginal
- Métodos naturales: Ogino Temperatura OTROS:
- DIU
- Inyección hormonal
- Implante hormonal
- Parche hormonal
- OTROS:

**11.2. Finalidad de la utilización de ese método:**

- Contraceptiva
- Protección frente a enfermedades de transmisión sexual
- Ambas
- Otras ¿Cuáles?



**11.3. Motivos para elegir ese método:**

- Me lo recetó el/la ginecolog@
- Me lo recetó la/el comadron/a
- Me lo aconsejó el farmacéutic@
- Me lo aconsejó un/a amigo/a
- Me informé y me lo suministran en la farmacia

**11.4. ¿Cuanto tiempo hace que utiliza este método? (meses):**

**11.5. ¿Ha tenido o tiene algún problema en relación con el uso u utilización del método anticonceptivo actual?**

- Rotura
- Deslizamiento
- Olvido
- Molestia
- Efectos secundarios
- Efectos no deseables
- Coste
- Otros: *(sigue a continuación)*

*(describalo brevemente)*

**11.6. ¿Tiene alguna duda sobre la utilización del método que está usted utilizando actualmente?**

Si/No

**11.6.1. En caso afirmativo, ¿Cuál?:**

*(describalo brevemente)*

**12. ¿Anteriormente había utilizado un método anticonceptivo (u otro en caso de estar utilizando uno actualmente) ?:**

Si/No



**12.1. En caso afirmativo a la pregunta anterior, especifique qué método utilizaba:**

- Preservativo
- Anticonceptivos hormonales
- Vasectomía/Ligadura de trompas
- Anillo vaginal
- Métodos naturales: Ogino Temperatura OTROS:
- DIU
- Inyección hormonal
- Implante hormonal
- Parche hormonal
- OTROS:

**12.2. Finalidad de la utilización de ese método:**

- Contraceptiva
- Protección frente a enfermedades de transmisión sexual
- Ambas
- Otras ¿Cuáles?

**12.3. Motivos para elegir ese método:**

- Me lo recetó el/la ginecológ@
- Me lo recetó la/el comadron/a
- Me lo aconsejó el farmacéutic@
- Me lo aconsejó un/a amigo/a
- Me informé y me lo suministran en la farmacia

**12.4. ¿Cuánto tiempo utilizó ese método? (meses):**

**12.5. ¿Tuvo algún problema en relación con el uso u utilización del método anticonceptivo?**

Si/No

**12.5.1. En caso afirmativo a la pregunta anterior, indique cuál:**

- Rotura
- Deslizamiento
- Olvido
- Molestia
- Efectos secundarios
- Efectos no deseables
- Coste
- Otros: *(sigue a continuación)*

*(describalo brevemente)*



**12.6. ¿Por que motivo dejó de utilizar ese método?**

*(describalo brevemente)*

**13. ¿Le gustaría tener información sobre algún método anticonceptivo?: Si/No**

**13.1. En caso afirmativo a la pregunta anterior, indique cuál:**

- Preservativo
- Anticonceptivos hormonales
- Vasectomía/Ligadura de trompas
- Anillo vaginal
- Métodos naturales
- DIU
- Inyección hormonal
- Implante hormonal
- Parche hormonal
- OTROS:

**14. ¿Alguna cosa que nos quiera comentar?**

**¡GRACIAS POR SUS RESPUESTAS!**

## ANEXO VII – Estudio cualitativo: Cuestionario de recogida de datos de los profesionales.



FECHA:

Código:

### **CUESTIONARIO DE RECOGIDA DE DATOS HATD CONTRACEPTOOL**

**Instrucciones:** Haga un círculo en la respuesta correcta (ejemplo: Si(No)). Cuando la opción sea OTROS, escriba a continuación y en letra la opción que se adecúe a su situación. En los espacios donde se les pida describir o añadir alguna información extra, escriba lo que desee.

Edad (años):                      Fecha de nacimiento:

Nivel de estudios:

1. ESO (secundaria)
2. Formación profesional básica
3. Bachillerato
4. Ciclo formativo grado medio
5. Ciclo formativo grado superior
6. Estudios Universitarios
7. Máster, Posgrado, Doctorado
8. OTROS:

¿Activo laboralmente? Si/No

1. ≥40h/semanales
2. 40-20h/semanales
3. jubilad@
4. Incapacidad laboral
5. OTROS:

Profesión:

1. Médico
2. Comadrón/a
3. Enfermera/o
4. Farmacéutic@/técnico
5. Otros:

Estado civil:

1. Solter@
2. Casad@
3. Diverciad@
4. Pareja estable
5. OTROS:

Área de trabajo e implicación con el área de la anticoncepción:

¿Alguna cosa que nos quiera comentar?

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for users to provide comments or feedback.

## ANEXO VIII – Estudio cuantitativo: Documento de aprobación del CEIm.



**CEIm**  
Comitè Ètic d'Investigació amb medicaments

### DICTAMEN COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS

DON JOSEP M. ALEGRET COLOMÉ, Secretario del COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS DEL INSTITUT D'INVESTIGACIÓ SANITÀRIA PERE VIRGILI.

#### HACE CONSTAR QUE:

Este Comité, en su reunión de fecha 29/11/2018 acta número 10 se ha evaluado y decidido emitir **Informe Favorable** para que se realice el estudio titulado:

**"SHARECONTRACEPT, Herramienta Digital de Ayuda a la Decisión, mejora la adherencia al método contraceptivo elegido?"**

Código: SHARECONTRACEPT  
Ref. CEIm: 186/2018

#### CONSIDERA QUE:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.

La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado como la compensación prevista para los sujetos por daños que pudieran derivarse de su participación en el estudio.

El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.

Este comité **acepta** que dicho estudio sea realizado en la Universitat Rovira i Virgili por la **Dr. Inmaculada de Molina Fernández** del Departamento de Enfermería.

En el caso que se evalúe algún proyecto en el que participe como investigador/colaborador algún miembro de este comité, se ausentará de la reunión durante la discusión del estudio.

La composición actual del CEIm del Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili es la siguiente:

#### Presidenta

**Dra. María Teresa Auguet Quintilla**

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitari Joan XXIII, Representante de la Comisión de Investigación.

#### Secretario

**Dr. Josep M<sup>a</sup> Alegret Colomé**

Cardiólogo, Hospital Universitari Sant Joan de Reus

Registre de Publicacions de la Generalitat de Catalunya núm. 4603/05 2.2018 - NIF: G42814005

1 / 2



[www.iispv.cat](http://www.iispv.cat)

**Vocals**

**Dr. Xavier Ruiz Plazas**

*Urologa. Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitari Joan XXIII.*

**Sra. Montserrat Boj Barbanís**

*Servicio de Farmacia del Hospital Universitari Sant Joan de Reus.*

**Sra. Anna Borrueu Llovera**

*Diplomada Universitària en Enfermeria. UAB*

**Sra. Immaculada de Molina Fernández**

*Diplomada Universitària en Enfermeria. Hospital Universitari Joan XXIII.*

**Dr. Joaquín Escribano Sòbias.**

*Médec de Servicio de Pediatría. Representante de la Comisión de Bioética Asistencial, Miembro de la Comisión de Investigación.*

**Dr. Joan Fernández Bailart**

*Catedràtic de Medicina Preventiva i Salut Pública. Facultat de Medicina i Ciències de la Salut, Universitat Rovira i Virgili.*

**Sra. M. Mar Granell Barceló**

*Abogada i Assessor Jurídica del Comitè.*

**Dr. Josep M. Crespo Bernabau**

*Servicio de Farmacia del Hospital Universitari Joan XXIII.*

**Dr. Jesús Miguel López-Dupla**

*Servicio de Medicina Interna Hospital Universitari Joan XXIII*

**Sr. Jordi Mollat Mirón**

*Catedràtic de Farmacologia, Facultat de Medicina, Universitat Rovira i Virgili.*

**Sra. Isabel Rosich Martí**

*Farmacològica Atenció Primària*

**Sr. Francesc Xavier Sureda Batlle**

*Professor Titular de Farmacologia. Universitat Rovira i Virgili.*

**Dr. Vicente Valenti Moreno**

*Oncólogo. Hospital Sant Pau i Santa Tecla.*

**Dra. Elisabet Vilella Cusurida**

*Departamento de Formación e Investigación del Hospital Psiquiátrico Universitario Institut Pere Mata.*

*Representante de la Comisión de Investigación.*

**Sra. Mercè Vilella Papaseit**

*Representante de la Sociedad Civil.*

Firma

**Dr. Josep M. Alegret Colomé**  
Secretari CEIm IISPV

Taragona, 29 de novembre de 2018



**CEIM**  
COMITÈ ÈTIC  
D'INVESTIGACIÓ  
AMB MEDICAMENTS

Edifici de Matriculació i Salut  
Avinguda de la Universitat, 1, 2a planta  
43004 Tarragona (Tarragona)  
Tel. 977 76 93 93

## ANEXO IX – Estudio cuantitativo: Aprobación por el comité ético “IDIAP Jordi Gol”.



### INFORME DEL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA

Rosa Morros Pedrós, Presidenta del Comitè Ètic d'Investigació Clínica de l'IDIAP Jordi Gol.

#### CERTIFICA:

Que aquest Comitè en la reunió del dia 28/11/2018, ha avaluat el projecte **SHARECONTRACEPT, Herramienta Digital de Ayuda a la Decisión, ¿mejora la adherencia al método contraceptivo elegido?** amb el codi **P18/208** presentat per l'investigador/a **Maria Inmaculada de Molina Fernandez**.

Considera que respecta els requisits ètics de confidencialitat i de bona pràctica clínica vigents.

Barcelona, a 04/12/2018

## ANEXO X – Estudio cuantitativo: Aprobación del cambio metodológico debido a la situación de pandemia por COVID-19.

Verificación: CE14-704f-0276-d004-d035-1070-4525-0-e035-0eaf | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: <https://sede.administracion.gob.es/pag/taDefContenido.do?ta=taRealCIB>



Subdirección General de Redes y Centros de Investigación Cooperativa

Seguimiento

GESTION DE PROYECTOS  
UGAD CAMPUS DE CATALUNYA  
UNIVERSIDAD ROVIRA I VIRGILI  
AVDA. CATALUNYA, 35  
43002 – TARRAGONA

Madrid, 08 de junio de 2020

Ref.: MB/MJT/caa

Expte: PI18/00915

Investigador/a Principal: MARIA INMACULADA DE MOLINA FERNANDEZ

Título: "SHARECONTRACEPT, herramienta digital de ayuda a la decisión, ¿mejora la adherencia al método contraceptivo elegido?"

En contestación a su solicitud de cambio de metodología del proyecto de referencia, le comunicamos que estudiados los motivos expuestos, y una vez obtenida la conformidad de la Comisión Técnica de Evaluación, esta Subdirección autoriza el cambio solicitado.

Le agradecería que hiciese llegar esta información a la investigadora principal del proyecto.

Margarita Blázquez Herranz  
Subdirectora General de Redes y Centros de Investigación Cooperativa

caranda@isciii.es

MONFORTE DE LEMOS, 5  
28002 MADRID

## **ANEXO XI – Estudio cuantitativo: Consentimiento informado para la participación en el estudio (usuarias)**

### **MODELO HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE**

#### **TÍTULO DEL ESTUDIO:**

SHARECONTRACEPT, Herramienta Digital de Ayuda a la Decisión, ¿mejora la adherencia al método contraceptivo elegido?

#### **CÓDIGO DEL PROMOTOR:**

SHARECONTRACEPT-1

#### **PROMOTOR:**

##### **INVESTIGADOR PRINCIPAL**

Dra. Inmaculada de Molina Fernández, matrona del Area de Atención Primaria del Institut Catala de la Salut (ICS), en Tarragona-Valls.

Actualmente en Comisión de Servicios, como profesora del Departamento de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona

#### **CENTRO**

Departamento de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona

#### **INTRODUCCIÓN**

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica correspondiente y la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, de acuerdo a la legislación vigente, el Real Decreto 1090/2015 de 4 de Diciembre de 2015, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

#### **PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA**

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

#### **DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:**

La finalidad de este estudio es evaluar la efectividad de unos materiales elaborados para facilitar información y ayuda a la hora de tomar decisiones en anticoncepción hormonal para usuarios y profesionales. Se trata, en definitiva, de evaluar una Herramienta de Ayuda a la Toma de Decisiones (HATD) en anticoncepción hormonal, a la cual se accede libremente en la Web Decisiones Compartidas del Departament de Salut de la Generalitat

*Esta HATD en anticoncepción hormonal, fue elaborada por un grupo de investigadoras de la Universitat Rovira i Virgili con la colaboración de la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña (AQUAS). El proyecto de desarrollo y elaboración de dicha HATD recibió la aprobación de Comité Ético de Investigaciones Clínicas del Instituto de Investigación Sanitaria Pere Virgili (S064 31 de Marzo 2017).*

Queremos saber si la utilización de esta HATD:

1-Mejora el asesoramiento en anticoncepción hormonal en la consulta clínica de asesoramiento, medida en términos de disminución del conflicto decisional de la usuaria y mejora del conocimiento de las opciones anticonceptivas disponibles

2- Mejora la adherencia al tratamiento medida en términos de: persistencia en el tratamiento elegido, cumplimiento de dosis o procedimiento de uso y capacidad de afrontar incidencias relacionadas con la utilización del método

3- Disminuye el número de embarazos no deseados y las interrupciones voluntarias de embarazo

4-Modifica el patrón de uso de los métodos anticonceptivos

#### **METODOLOGIA**

Este estudio de diseño experimental, se llevara a cabo en diferentes centros asistenciales públicos y/o privados, consultas, hospitales y centros de Atención Primaria, de 6 comunidades autónomas de España, ámbitos donde diferentes profesionales clínicos (médicos de familia, enfermeras, ginecólogos y matronas) realizan asesoramiento contraceptivo.

Los profesionales sanitarios participantes serán asignados a uno de los dos grupos. Los clínicos asignados al grupo experimental realizarán asesoramiento contraceptivo con la ayuda de la HATD, y los del grupo control seguirán la práctica habitual de asesoramiento contraceptivo en su centro.

Si usted decide participar será seguida durante un año y se le recogerán datos en 4 momentos a lo largo del año de seguimiento. En la primera visita, presencialmente, a través de un cuestionario, en la misma consulta, previa firma del consentimiento informado; en la segunda y tercera visitas, al mes y a los 6 meses respectivamente, responderá a un cuestionario telefónico y al año realizara una visita presencial en la que se cumplimentara el cuestionario final.

Usted formara parte del grupo experimental o control, en función de que el profesional que les atiende habitualmente, haya asignado al grupo control o al grupo experimental en este estudio.

#### **BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO**

Los resultados obtenidos de este estudio nos ayudaran a instaurar una Herramienta de Ayuda a la Toma de Decisiones en anticoncepción hormonal, si se demuestra que tiene claros beneficios, en dar una mejor atención a las mujeres que acudan a por un asesoramiento en contracepción. Su participación en este estudio no supone ningún

riesgo para usted. Pero es posible que no obtenga ningún beneficio para su salud por participar en este estudio.

#### **CONFIDENCIALIDAD**

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a su profesional clínico de referencia en el estudio.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y sólo los investigadores del estudio podrán relacionar dichos datos con usted. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo excepciones, en caso de urgencia médica o requerimiento legal.

El acceso a su información personal quedará restringido a las investigadoras del estudio/ colaboradores, autoridades sanitarias, al Comité Ético de Investigación Clínica y personal autorizado por el Promotor, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

Este estudio así como el proceso de desarrollo del mismo se realizarán bajo la LEY 14/2007 de 3 de julio, de Investigación Biomédica.

#### **OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE**

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, podrá comunicárselo al responsable de la investigación de su centro y ningún dato nuevo será añadido a la base de datos.

También debe saber que puede ser excluido del estudio si el Promotor o los investigadores del estudio lo consideran oportuno, ya sea por motivos de seguridad o porque consideren que no está cumpliendo con los procedimientos establecidos. En cualquiera de los casos, usted recibirá una explicación adecuada del motivo que ha ocasionado su retirada.

Al firmar la hoja de consentimiento adjunta se compromete a cumplir con los procedimientos del estudio que se le han expuesto.

Si tiene alguna duda relacionada con el estudio podrá contactar con nosotros a través

del email: [inmademolina@gmail.com](mailto:inmademolina@gmail.com)

SHARECONTRACEPT  
Versión: 1  
Fecha: 23/10/2018

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Título del estudio: HERRAMIENTA DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES EN ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

Yo, .....

(nombre y apellidos)

- He recibido y leído la hoja de información sobre el estudio.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con .....

(nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera.
- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos y de enfermería.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del Investigador

Firma de la Participante

Fecha ...../...../.....

Fecha ...../...../.....

## **ANEXO XII – Estudio cuantitativo: Hoja de información para la participación en el estudio (profesionales).**

**proyecto PI18/00915:**

***“SHARECONTRACEPT, Herramienta Digital de Ayuda a la Decisión, ¿mejora la adherencia al método contraceptivo elegido?”***

SHARECONTRACEPT es una Herramienta digital de Ayuda a la Toma de decisiones (HATD) en línea, en anticoncepción hormonal, desarrollada por un grupo de investigadoras de los Departamentos de Enfermería y Medicina de la Universitat Rovira i Virgili (URV) de Tarragona publicada en la web [Decisiones compartidas](#) (Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries (AQuAS) del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya)

Un equipo de investigadores multidisciplinar de seis comunidades de España, Madrid, Galicia, Aragón, País Vasco, Valencia y Cataluña, ha elaborado este proyecto con la finalidad de valorar si la utilización en la consulta de SHARECONTRACEPT mejora, entre otros, la toma de decisiones compartida entre el clínico y el y como consecuencia la adherencia al método contraceptivo elegido.

La investigación se plantea como un ensayo clínico comunitario de tipo longitudinal y prospectivo, de un año de duración en su fase de recogida de datos.

Participaran Unidades Clínicas de las 6 comunidades autónomas de España. Cada Unidad Clínica dispondrá de un grupo de intervención (asesoramiento con herramienta digital SHARECONTRACEPT previo entrenamiento) y un grupo de control (asesoramiento convencional). Los agentes sanitarios participantes de cada centro (ginecólogos, matronas, médicos de familia y enfermeras) serán asignados a uno de los dos niveles. La selección de la muestra procederá a partir de las mujeres que acuden a las consultas de las unidades participantes.

## ANEXO XIII – Curso MOODLE para profesionales del PI 18/00915

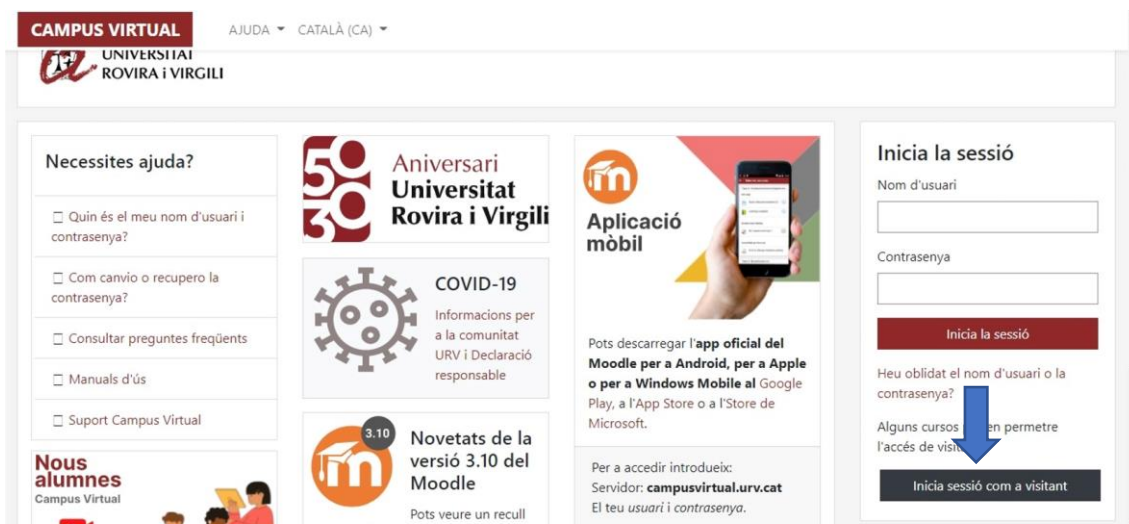
Link de acceso al curso de Moodle: <https://campusvirtual.urv.cat/course/view.php?id=78923>

1-Se accede como visitante según indica flecha en imagen 1

2- Poner el password: sharecontracept (imagen 2)

3- Ya tienes acceso al curso (imagen 3)

1



2



3

The screenshot shows a web interface for a virtual campus. At the top left, there is a menu icon and the text "CAMPUS VIRTUAL" with a dropdown arrow. To the right, it says "En este momento está usando el acceso para invitados (Acceder)". The main header area contains the course title "FURV: 2018-2019 SHARECONTRACEPT: HERRAMIENTA DIGITAL DE AYUDA A LA DECISIÓN \_ EXPERIMENTAL" and a breadcrumb trail: "Página Principal / Cursos / FURV: 18-19 SHARECONTRACEPT, HERRAMIENTA DIGITAL DE AYUDA A LA DECISIÓN\_ GRUPO EXPERIMENTAL".

On the left side, there is a sidebar with a red header "FURV: 18-19 SHARECONTRACEPT, HERRAMIENTA DIGITAL DE AYUDA A LA DECISIÓN\_ GRUPO EXPERIMENTAL". Below it, there is a link for "CURSO DE ASESORAMIENTO EN CONTRACEPCIÓN HORMONAL", a "Página Principal" button, and a "Calendario" button.

The main content area features a section titled "CURSO DE ASESORAMIENTO EN CONTRACEPCIÓN HORMONAL". It includes a banner image of a couple with the text "SHARECONTRACEPT" and "Grupo experimental PI 18/0915". Logos for "Instituto de Salud Carlos III" and "UNIÓN EUROPEA" are also present. Below the banner, there is a "Comunicación" section with the text "Antes de empezar te recomendamos que visualices este vídeo".

On the right side, there is a smaller version of the banner image and a "Calendario" section showing "de febrer 2022" with a navigation bar for "Lun Mar Mié Jue Vie Sáb Dom".

## **ANEXO XIV – Estudio cuantitativo: Cuestionario ad-hoc alojado en la plataforma web 1ª visita (usuarias)**

### **1. Lugar de nacimiento**

- España
- Europa comunitaria
- Europa no comunitaria
- Asia
- Norteamérica
- Sudamérica
- África
- Oceanía

### **2. Convive en pareja**

- Si
- No
- NS/NC

### **3. Estado civil**

- Casada
- Soltera
- Divorciada
- Viuda
- Separada
- NS/NC

### **4. Hijos biológicos vivos**

- Ninguno
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Más de 5

### **5. Nivel de Instrucción**

- No sabe leer ni escribir.
- Primarios incompletos.
- Tiene primaria completa (LOGSE y sistema antiguo).
- Primera etapa de educación secundaria (graduado escolar, bachillerato elemental, EGB o ESO completa...).

- Bachillerato (bachillerato superior, BUP...).
- FP de grado medio.
- FP de grado superior.
- Enseñanzas universitarias de primer ciclo (diplomatura universitaria, arquitectura e ingeniería técnica).
- Enseñanzas universitarias de segundo ciclo (licenciatura, arquitectura, ingeniería o grados).
- Doctorado, Posgrado, Máster, MIR o equivalente.
- Otras opciones (por ejemplo: títulos en el extranjero).
- NS/NC.

**6. En su ocupación actual o en su última ocupación, ¿cuál de éstos fue su tipo de ocupación?**

- Grupo 0. No ha trabajado nunca de forma remunerada
- Grupo 1. Directoras y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as, y profesionales asociadas a licenciaturas universitarias. Por ejemplo: Directivas de Administración Pública, Directoras generales, Médicas, Farmacéuticas, Veterinarias, Arquitectas, Ingenieras, Economistas, Juezas, Abogadas, Arquitectas, Matemáticas, Químicas, Especialistas en finanzas, Psicólogas, Historiadoras, Escritoras, Periodistas, etc
- Grupo 2. Directoras y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as y profesionales asociadas a diplomaturas universitarias y otro personal de apoyo técnico. Por ejemplo: Directoras de empresas de alojamiento o restauración, Profesoras de FP o primaria, Ingenieras técnicas, Arquitectas técnicas, Diseñadoras, Delineantes, Técnicas y profesionales de apoyo, Artistas, Técnicas de actividades turísticas, etc.
- Grupo 3. Ocupaciones intermedias y trabajadoras por cuenta propia. Por ejemplo: Técnicas de laboratorio, Agentes comerciales o inmobiliarias, Fuerzas y cuerpos de seguridad, Profesionales de apoyo, Contables, Recepcionistas (excepto hoteles) y atención al usuario y guías turísticos, Empleadas de bibliotecas y archivos, Bomberas, Policías, Camareras y cocineras por cuenta propia, Propietarias de pequeños alojamientos, Propietarias de tiendas, etc.
- Grupo 4. Supervisoras y trabajadoras en ocupaciones técnicas cualificadas. Por ejemplo: Supervisoras de industria, Técnicas de control, Jefas de sección de tiendas y almacenes, Peluqueras y tratamientos de estética, bienestar o afines, Electricistas, Trabajadoras del textil, confección, piel, cuero y calzado, etc.
- Grupo 5. Trabajadoras cualificadas del sector primario y otras trabajadoras semicualificadas. Por ejemplo: Cocineras y camareras asalariadas, Vendedoras en tiendas (y almacenes, quioscos, gasolineras), Cajeras, Auxiliares (de enfermería, farmacia, etc.), Cuidadoras de niños, Trabajadoras de la industria de la alimentación y bebidas, Operadoras de maquinaria, etc.
- Grupo 6. Trabajadoras no cualificadas. Por ejemplo: Empleadas domésticas, Personal de limpieza, Ayudantes de comida, Repartidoras, Peones, Reponedoras, etc. NS/NC

**7.Cuál es su situación laboral principal en este momento?**

- Asalariada.
- Empresaria con asalariados.
- Empresaria sin asalariados o trabajadora independiente.
- Desocupada con subsidio/prestación.
- Desocupada sin subsidio/prestación.
- Tareas del hogar.
- Estudiante.
- Incapacitada o con invalidez permanente.
- Jubilada.
- Otra situación.
- NS/NC.

**8. En relación con los ingresos que tiene, ¿cómo llega su hogar a final de mes?**

- Con mucha dificultad.
- Con dificultad.
- Con cierta dificultad.
- Con cierta facilidad.
- Con facilidad.
- Con mucha facilidad.
- NS/NC

**9. ¿Es usted fumadora?**

- Sí. ¿Cuántos cigarros fuma al día? \_\_\_\_\_
- No

**10. Ha tenido algún embarazo no planificado?**

- Sí
- No
- NS/NC

**11. ¿Ha tenido usted algún aborto “no espontáneo”?**

- Sí
- No
- NS/NC

**12. ¿Ha utilizado alguna vez algún método anticonceptivo?**

- Sí
- No

**12.1. ¿Cuál o cuáles método/s anticonceptivo/s ha utilizado alguna vez?**

- Ninguno
- Preservativo masculino
- Preservativo femenino

- Anticonceptivos Hormonales orales combinados
- Anticonceptivos Hormonales orales de solo gestágenos
- Inyectable de solo gestágeno
- Implantes
- Anillo vaginal
- Parches
- DIU de cobre
- DIU de progesterona
- Diafragma
- Espermicidas
- Esterilización tubárica
- Vasectomía
- Coitus interruptus
- M.Ogino
- M. Billing
- M. Sintotérmico
- MELA (método amenorrea de lactancia)

**13. Está utilizando algún método anticonceptivo actualmente?:**

- Sí
- No

**13.1. ¿Cuál o cuáles método/s anticonceptivo/s usa actualmente?**

- Ninguno
- Preservativo masculino
- Preservativo femenino
- Anticonceptivos Hormonales orales combinados
- Anticonceptivos Hormonales orales de solo gestágenos
- Inyectable de solo gestágeno
- Implantes
- Anillo vaginal
- Parches
- DIU de cobre
- DIU de progesterona
- Diafragma
- Espermicidas
- Esterilización tubárica
- Vasectomía
- Coitus interruptus
- M.Ogino
- M. Billing
- M. Sintotérmico
- MELA (método amenorrea de lactancia)

**14. ¿Cuál es el motivo de querer cambiar de método?**

- NS/NC
- Otros
- Falta de confianza en el método
- Ha presentado pequeños sangrados entre reglas
- Tenía reglas muy abundantes
- Desaparición de la regla
- Olvidos o incidencias con el parche semanal o con el anillo cervical
- Olvidos al tomar alguna o algunas pastillas (anticonceptivos orales)
- Alteraciones de la libido
- Aumento de la tensión premenstrual
- Embarazo no deseado
- Dificultades con la pareja a la hora de utilizar el método
- Mayor estabilidad como pareja
- Dolor
- Problemas en la piel
- Aumento de peso
- Cefaleas
- Molestias durante el acto sexual
- Alteraciones en el estado de animo
- Tensión arterial alta
- Ser fumadora y tener más de 35 años

**15 A la hora de elegir el método, ¿el precio sería decisivo en su elección?**

- NS/NC
- Si
- No

**16 ¿Había pensado en utilizar algún método concreto de anticoncepción hormonal?**

- NS/NC
- Si
- No

**17 ¿En cuál o cuáles métodos de anticoncepción hormonal ha pensado?**

- NS/NC
- Anticonceptivos Hormonales orales combinados
- Anticonceptivos Hormonales orales de solo gestágenos
- Inyectable de solo gestágeno
- Implantes
- Anillo vaginal
- Parches
- DIU de progesterona

**18 ¿Qué aspectos valora positivamente de estos métodos?**

- NS/NC
- Quiere tener menos perdidas menstruales
- No quiere utilizar un método de larga duración
- Quiere un método más eficaz
- Conoce a gente que lo usa y le han hablado bien de el
- Se lo ha recomendado algún profesional sanitario (medico, enfermera, matrona, ginecólogo)
- Quiere un anticonceptivo compatible con la lactancia de su hijo
- Le cuesta cumplir con un anticonceptivo diariamente y prefiere uno que no le haga
- estar pendiente
- Quería un método subvencionado o más económico
- otros

**19 ¿Quiere un anticonceptivo compatible con la lactancia de su hijo/a? (si procede)**

- Si
- No

**20 ¿Alguna vez ha sido diagnosticada de anomalía anatómica en el útero?**

- NS/NC
- Si
- No

**21. ¿Alguna vez ha sido diagnosticada de enfermedad de transmisión sexual?**

- NS/NC
- Si
- No

**22 ¿Alguna vez ha sido diagnosticada de Inflamación o infección en la zona pélvica?**

- NS/NC
- Si
- No

**23 ¿Alguna vez ha sido diagnosticada de cáncer cervical, endometrial o de ovario?**

- NS/NC
- Si
- No

**24 ¿Alguna vez ha sido diagnosticada de aborto con infección?**

- NS/NC
- Si
- No

**25 Test de Morisky-Green de adherencia al tratamiento (Respuesta Sí/No para cada opción):**

- ¿Ha olvidado alguna vez de tomar algún medicamento que le había sido prescrito?
- Cuándo ha de tomar alguna medicación, ¿Toma la medicación a la hora indicada?
- Cuando se encuentra bien, ¿Deja alguna vez de tomar la medicación que le ha sido prescrita?
- Si alguna vez se siente mal, ¿deja de tomar la medicación?

**26 ¿Se considera una persona cumplidora?**

- Si
- No

**27 Acceso conjunto de profesional y usuaria a la HATD web en anticoncepción hormonal**

**28 ¿Qué método o métodos le ha recomendado el sistema tras las preguntas del algoritmo de la Web SHARECONTRACEPT?**

- Anticonceptivos Hormonales orales combinados
- Anticonceptivos Hormonales orales de solo gestágenos
- Inyectable de solo gestágeno
- Implantes
- Anillo vaginal
- Parches
- DIU de progesterona

**29 ¿Qué método ha elegido finalmente?**

- Ninguno
- Preservativo masculino
- Preservativo femenino
- Anticonceptivos Hormonales orales combinados
- Anticonceptivos Hormonales orales de solo gestágenos
- Inyectable de solo gestágeno
- Implantes
- Anillo vaginal
- Parches
- DIU de cobre
- DIU de progesterona
- Diafragma
- Espermicidas
- Esterilización tubárica
- Vasectomía
- Coitus interruptus
- M.Ogino

- M. Billing
- M. Sintotérmico
- MELA (método amenorrea de lactancia)

**30 ¿El método que eligió la mujer, es uno de los recomendados una vez hecho el algoritmo SHARECONTRACEPT?**

- Si
- No

**31 Escala de Conflicto Decisional de O'Connor (Escala Likert con 5 opciones de respuesta para cada afirmación: Totalmente de acuerdo, De acuerdo, Indiferente, En desacuerdo, Totalmente en desacuerdo).**

- Yo soy consciente de las diferentes opciones que tengo
- Yo siento que conozco los aspectos positivos de cada opción
- Yo siento que conozco los aspectos negativos de cada opción
- Yo tengo claridad acerca de cuan importantes son los aspectos positivos para mí
- Yo tengo claridad acerca de cuan importantes son los aspectos negativos para mí
- Yo tengo claridad acerca de qué es lo más importante para mí
- Yo tengo la cantidad apropiada de apoyo de otros para tomar esta decisión
- Yo estoy tomando esta decisión sin ninguna presión de otras personas
- Yo cuento con suficientes consejos acerca de las opciones
- Está claro cuál es la mejor opción para mí
- Yo estoy segura de lo que tengo que hacer en esta decisión
- Esta es una decisión fácil de tomar para mí
- Yo siento que he hecho una elección bien informada
- Mi decisión muestra lo que es importante para mí
- Yo espero mantenerme firme en mi decisión
- Yo estoy satisfecha con mi decisión

**Queremos recomendarle que en su casa, en compañía de su familia, consulte y revise, tantas veces como quiera, los contenidos de la HATD en anticoncepción, alojada en la WEB Decisiones compartidas. Se accede fácilmente a ella, al poner “Decisions compartides” en Google, clicando en el link (Inici. Decisions compartides). A continuación, clicando sobre el dibujo que pone Anticoncepción hormonal, accederán a la HATD en anticoncepción “Sharecontracept”.**

**ANEXO XV – Estudio cuantitativo: Cuestionario adh-hoc alojado en la plataforma web: 1 mes, 6 meses y al año (usuarias)**

**1. Método que utiliza:**

- Ninguno
- Preservativo masculino
- Preservativo femenino
- Anticonceptivos Hormonales orales combinados
- Anticonceptivos Hormonales orales de solo gestágenos
- Inyectable de solo gestágeno
- Implantes
- Anillo vaginal
- Parches
- DIU de cobre
- DIU de progesterona
- Diafragma
- Espermicidas
- Esterilización tubárica
- Vasectomía
- Coitus interruptus
- M.Ogino
- M. Billing
- M. Sintotérmico
- MELA (método amenorrea de lactancia)

**2. ¿Es el método que eligió en la consulta presencial?**

- No eligió ninguno
- Si
- No

**3. ¿Está satisfecha con el método elegido? donde 0 equivale a nada satisfecha y 10 a muy satisfecha**

**4. ¿Ha tenido algún olvido en el último mes/meses durante la utilización del método?**

- No
- Si

**5. En caso de si, ¿cuántos?**

- NS/NC
- Uno
- Dos o tres
- Más de tres

**6. ¿Ha tenido algún problema o incidencia durante la utilización del método?**

- Si
- No
- NS/NC

**6.1 ¿Ha presentado pequeños sangrados entre reglas?**

- Si
- No
- NS/NC

**6.2 ¿Ha sufrido alguna incidencia durante la utilización del anticonceptivo (parche que se despega, anillo perdido...)?**

- Si
- No

**6.3 ¿Ha experimentado dolor o tensión en los pechos?**

- Si
- No

**6.4 ¿Ha sufrido alteraciones en su estado anímico? (triste, irritable)**

- Si
- No

**6.5 ¿Ha sentido disminución del deseo sexual?**

- Si
- No

**6.6 ¿Ha sufrido dolores de cabeza?**

- Si
- No

**6.7 ¿Ha tenido un embarazo no deseado?**

- Si
- No

**6.8 ¿Ha presentado problemas en la piel como manchas, piel grasienta, crecimiento de pelo en lugares inusuales o acné?**

- Si
- No

**6.9 ¿Ha aumentado de peso?**

- Si
- No

**6.10 ¿Ha presentado náuseas o vómitos?**

- Si
- No

**6.11 ¿Le ha subido la tensión arterial?**

- Si
- No
- NS/NC

**7. ¿En caso de que hayas tenido algún problema durante la utilización del método, cómo lo resolviste?**

- Llamando al centro de salud, hospital, medico, enfermera, matrona....
- Leyendo el prospecto
- Consultando a amigos o familiares
- Consultando internet
- Consultando la Herramienta de Ayuda a la Toma de Decisiones en anticoncepción hormonal de la WEB Decisiones Compartidas
- No hice nada

- No he tenido ningún problema

**8. Ha tenido que recurrir a la contracepción de urgencia o pastilla del día después?**

- Si
- No



UNIVERSITAT  
ROVIRA i VIRGILI