



Artículo Original

VALIDEZ DE LA ESCALA DE CONDUCTA ANTICONCEPTIVA EN ADOLESCENTES Y JÓVENES MEXICANOS

Validity of the contraceptive behavior scale in Mexican adolescents and young adults

Alan Josué Ramírez-Calderón¹

 <https://orcid.org/0000-0002-1839-906X>

Raquel A. Benavides-Torres^{2*}

 <https://orcid.org/0000-0001-5113-4250>

Jacob Martínez³

 <https://orcid.org/0000-0001-8368-0555>

Matheus H. Alves-Moura⁴

 <https://orcid.org/0000-0003-1575-8028>

Dora Julia Onofre-Rodríguez⁵

 <https://orcid.org/0000-0003-1214-9761>

¹Area Académica de Enfermería, Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.

²Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

³College of Nursing, The University of Texas at El Paso, Estados Unidos.

⁴Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

⁵Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

*Autor para correspondencia: rabenavi@gmail.com

Recibido: 08/03/2026

Aceptado: 14/06/2026



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir igual 4.0 internacional (CC BY-NC-SA 4.0), que permite compartir, copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato, adaptar, transformar y desarrollar obras derivadas a partir de los contenidos publicados, utilizar los materiales para fines académicos, científicos, educativos o de divulgación no comercial.

Resumen

Introducción: La medición válida y confiable de la conducta anticonceptiva en adolescentes y adultos jóvenes mexicanos es esencial para diseñar intervenciones basadas en evidencia; sin embargo, existen pocos instrumentos adaptados y validados para esta población. El objetivo fue evaluar la validez y confiabilidad de la escala de conducta anticonceptiva en adolescentes y adultos jóvenes mexicanos. **Método:** Se realizó un estudio metodológico con 199 adolescentes y adultos jóvenes sexualmente activos y de ambos sexos. Se realizó un proceso de *back translation* mediante traducción directa, síntesis, retraducción y revisión por expertos. Se aplicaron análisis factorial exploratorio (AFE) y confirmatorio (AFC), además de alfa de Cronbach para evaluar la confiabilidad. **Resultados:** El AFE reveló una estructura unidimensional con cargas factoriales entre 0.67 a 0.81. El AFC mostró índices de bondad de ajuste aceptables $\chi^2=22.306$ ($p<.001$), $\chi^2/df=4.461$, GFI=0.957, AGFI=0.871, NFI=0.903, CFI=0.921 y SRMR=0.063; sin embargo, el RMSEA=0.132 ($IC90\%=0.079-0.190$) fue el único índice que no mostró un adecuado ajuste. La escala mostró una confiabilidad aceptable, con un coeficiente alfa de Cronbach de $\alpha=0.73$. **Conclusiones:** Aunque el índice RMSEA no mostró un buen ajuste, la versión adaptada de la escala presentó validez de constructo aceptable, respaldada por los demás índices de bondad de ajuste obtenidos. Asimismo, el instrumento mostró niveles adecuados de confiabilidad para la evaluación de la conducta anticonceptiva en adolescentes y adultos jóvenes mexicanos. Su estructura unidimensional y facilidad de aplicación favorecen su utilidad como herramienta para la investigación y desarrollo de estrategias orientadas a la promoción de la salud sexual y reproductiva.

Palabras clave: adolescentes, conducta anticonceptiva, validación, psicometría.

Abstract

Introduction: Valid and reliable measurement of contraceptive behavior among Mexican adolescents and young adults is essential for designing evidence-based interventions; however, there are few instruments adapted and validated for this population. The objective was to evaluate the validity and reliability of the contraceptive behavior scale among Mexican adolescents and young adults. **Method:** A methodological study was conducted with 199 sexually active adolescents and young adults of both sexes. A back-translation process was carried out using direct translation, synthesis, retranslation, and expert review. Exploratory factor analysis (EFA) and confirmatory factor analysis (CFA) were applied, in addition to Cronbach's alpha to assess reliability. **Results:** The EFA revealed a unidimensional structure with factor loadings between 0.67 and 0.81. The CFA showed an acceptable goodness-of-fit index: $\chi^2=22.306$ ($p<.001$), $\chi^2/df=4.461$, GFI=0.957, AGFI=0.871, NFI=0.903, CFI=0.921, and SRMR=0.063; however, the RMSEA = 0.132 (90%CI = 0.079–0.190) was the only index that did not show an adequate fit. The scale demonstrated acceptable reliability, with a Cronbach's alpha coefficient of $\alpha=0.73$. **Conclusions:** Although the RMSEA index did not indicate a good fit, the adapted version of the scale demonstrated acceptable construct validity, supported by the other goodness-of-fit index obtained. Furthermore, the instrument demonstrated adequate levels of reliability for assessing contraceptive behavior among Mexican adolescents and young adults. Its unidimensional structure and ease of administration make it a useful tool for research and the development of strategies aimed at promoting sexual and reproductive health.

Keywords: adolescents, contraceptive behavior, validation, psychometrics.

Introducción

La salud sexual y reproductiva de adolescentes y adultos jóvenes es un tema prioritario en la agenda de salud pública debido a las altas tasas de embarazos no planeados que afectan a este grupo etario (De la Vara et al., 2025). En particular, los embarazos no deseados se asocian a riesgos médicos, abandono escolar, limitación de oportunidades socioeconómicas y consecuencias intergeneracionales, lo que los convierte en un problema complejo y multifactorial (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023). Una de las principales estrategias para prevenirlos es el uso adecuado de anticonceptivos, cuyo inicio temprano y uso consistente constituyen conductas promotoras de salud (Silva-Muñoz & Moyano Calero, 2025).

A nivel mundial existen diferentes tipos de anticonceptivos, entre los que se destacan los anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC por sus siglas en inglés) tales como los dispositivos intrauterinos (DIU) hormonales o de cobre e implante subdérmico; hormonales de acción corta como las inyecciones, píldoras y parches; de barrera como los condones masculinos y femeninos así como las láminas espermicidas; de emergencia tal como la píldora anticonceptiva de emergencia y la esterilización donde se encuentran la ligadura de trompas de Falopio y vasectomía, opciones que son ampliamente dirigidas para población femenina (National Institutes of Health [NIH], 2019). Estos anticonceptivos están disponibles alrededor del mundo y son utilizados por más del 70% de mujeres en edad reproductiva en Europa, Norteamérica, América Latina y el Caribe (Secretaría de Salud [SALUD], 2024).

En México, durante el 2023 se reportó una prevalencia anticonceptiva del 74.6% en mujeres en edad fértil y sexualmente activas; sin embargo, existe una marcada

desigualdad entre los grupos etarios, ya que las mujeres de 15 a 19 y de 20 a 24 años reportaron prevalencias inferiores al porcentaje nacional, con 60.2% y 68.2% respectivamente (SALUD, 2024). A pesar de lo anterior, en los últimos años se ha incrementado el uso de anticonceptivos LARC y de la esterilización masculina, ya que en 2018 la prevalencia de uso del implante subdérmico fue del 6.0% y para 2023 pasó al 9.3% y de igual forma con la vasectomía, del 3.0% subió a 3.7%, evidenciando la necesidad anticonceptiva para mujeres y hombres mexicanos (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2024).

La medición de la conducta anticonceptiva en adolescentes y adultos jóvenes es esencial para comprender los factores que determinan el inicio, la adherencia y la continuidad en el uso de anticonceptivos, así como el fomento del acceso desde el inicio de la vida sexual (Villalobos et al., 2020). Esta evaluación precisa de variables en salud requiere el uso de instrumentos estandarizados, válidos y confiables, por lo que las escalas de medición constituyen herramientas esenciales para identificar, cuantificar y comprender fenómenos clínicos y sociales, facilitando la comparación entre poblaciones y contextos; sin embargo, la aplicación de un instrumento desarrollado en un idioma o cultura específica presenta el desafío de garantizar que los ítems conserven su significado original y sean culturalmente pertinentes en la población de destino (Muehlmann et al., 2025).

Entre los métodos más utilizados para lograr esta equivalencia se encuentra el back translation, proceso que consiste en la traducción directa del instrumento al idioma de destino, seguida de una traducción inversa al idioma original y una posterior comparación entre ambas versiones (Waltz, et al., 2017). Este procedimiento, recomendado por

organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, contribuye a garantizar que el contenido y los constructos evaluados mantengan su fidelidad y aplicabilidad en diferentes contextos culturales.

A nivel mundial existen diferentes instrumentos que miden el comportamiento anticonceptivo en adolescentes y adultos jóvenes, aunque con propiedades psicométricas aceptables, la mayoría están dirigidos hacia la población femenina, cuentan con gran número de preguntas, tienen pocas opciones de respuesta, carecen de fundamento teórico y no han sido adaptados al español (Long et al., 2024). En México existen encuestas representativas a nivel nacional tales como la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) que recopilan datos valiosos sobre anticoncepción en mujeres en edad fértil, pero la población masculina queda en ocasiones poco representada debido a que la mayoría de los anticonceptivos están dirigidos a población femenina, además, estos datos tienen una escala de medición de tipo categórico o nominal, lo que en ocasiones puede limitar la medición del constructo (INEGI, 2024; Villalobos et al., 2020).

La Escala de Conducta Anticonceptiva (ECA) diseñada por Wang et al. (2011), para adolescentes femeninas, es un instrumento autoaplicable con validez y confiabilidad satisfactorias para la evaluación de este concepto. Esta escala previamente ha sido adaptada en México para parejas heterosexuales de 18 a 35 años (Flores-Arias et al., 2018), por lo que existe la necesidad de adaptarla a poblaciones más jóvenes debido a su pertinencia en la cantidad de preguntas y facilidad en responder. Dado que los adolescentes y adultos jóvenes de ambos sexos presentan altas tasas de embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual (ITS) así como barreras para el acceso a la

anticoncepción, es preferible medir la conducta anticonceptiva con detenida precisión para el diseño, implementación y evaluación de intervenciones educativas y preventivas (de la Vara-Salazar et al., 2023). Por ello, la participación de adolescentes y adultos jóvenes, de ambos sexos, es fundamental para una comprensión más integral de la conducta anticonceptiva. En este sentido, el presente estudio tuvo como objetivo evaluar la validez y confiabilidad de la escala de conducta anticonceptiva en adolescentes y adultos jóvenes mexicanos.

Metodología

Se desarrolló un estudio metodológico para la adaptación, validez de constructo y consistencia interna de la escala de conducta anticonceptiva (ECA); y de corte transversal, ya que se recolectaron datos de adolescentes y adultos jóvenes del norte de México en un solo momento.

La escala de conducta anticonceptiva (ECA) diseñada por Wang et al. (2011) evalúa el conjunto de comportamientos relacionados con el uso constante, preciso y continuo de métodos anticonceptivos, así como la búsqueda de información sobre anticoncepción, que presentan las adolescentes femeninas sexualmente activas con la finalidad de prevenir el embarazo. La ECA está compuesta por cinco ítems con respuestas tipo Likert de cinco puntos. Los participantes responden de acuerdo con el grado de consistencia entre su práctica actual y la afirmación del ítem que puntúa desde 0 (totalmente no corresponde) hasta 4 (totalmente corresponde). Un ejemplo de pregunta es “uso anticonceptivos cada vez que tengo relaciones sexuales”. Altas puntuaciones indican mejores comportamientos anticonceptivos. Los autores originales de la escala han reportado un alfa de Cronbach de $\alpha=0.81$.

El proceso de adaptación siguió las directrices descritas por Waltz et al. (2017). Estas recomendaciones incluyen (a) traducción directa (*forward translation*), (b) síntesis de traducciones, (c) traducción inversa (*back translation*), (d) comparación y consenso por comité de expertos y (e) evaluación de confiabilidad y validez.

En el primer paso del proceso, dos traductores bilingües cuya lengua materna es el español, trabajaron de forma independiente para producir versiones traducidas del inglés al español de la escala original. Enseguida se procedió al siguiente paso, la síntesis de traducciones, en la que se reunió un comité de revisión integrado por el investigador principal del estudio y un experto en el constructo, quienes revisaron las versiones traducidas de ambos traductores y generaron una versión consensuada de la escala.

En el tercer paso del proceso, un traductor nativo del inglés americano sin acceso y sin previo conocimiento de la versión original de la escala, realizó la traducción del español al inglés de la versión consensuada de la escala y generó la versión de traducción inversa. Posteriormente se reunió el comité de revisión para comparar la versión de traducción inversa con la escala original; el resultado del consenso fue no realizar modificaciones, ya que no existían discrepancias semánticas y conceptuales entre ambas versiones, por lo que se elaboró la versión prefinal en español de la ECA para evaluar su confiabilidad y validez de constructo.

La muestra se determinó considerando las recomendaciones metodológicas para estudios de validación de instrumentos que sugieren un mínimo de 5 a 10 participantes por ítem (Hair et al., 2021). Dado que la ECA está conformada por 5 ítems, se estableció un tamaño mínimo teórico de 50 participantes; sin embargo, para asegurar estabilidad en

las estimaciones factoriales y cumplir con criterios psicométricos robustos, el tamaño final de la muestra fue de 199 adolescentes y adultos jóvenes de ambos sexos.

Se incluyeron adolescentes y adultos jóvenes de 14 a 24 años de edad y con vida sexual activa, la cual fue evaluada con la siguiente pregunta filtro: ¿alguna vez has tenido relaciones sexuales? Se excluyeron aquellas adolescentes mujeres que se encontraran embarazadas o con sospecha de embarazo, asimismo adolescentes de ambos sexos casados o que estuvieran viviendo en unión libre en donde se utilizaron las preguntas filtro ¿actualmente estás o crees estar embarazada? Y ¿estás casado(a) o vives en unión libre? Se consideró lo anterior ya que ello puede modificar el uso de anticonceptivos. Posterior a la colecta de los datos y con apoyo de las preguntas filtro, se identificó a la población objetivo y se eliminaron aquellos participantes que no reportaron vida sexual activa y que no estuvieran dentro del rango de edad requerido.

La recolección de los datos se realizó a través de lápiz y papel y por medio de un censo, esto debido para salvaguardar la confidencialidad y privacidad de la información de los participantes debido a que se abordó la temática de la conducta anticonceptiva. Para aplicar los instrumentos, se solicitó autorización a autoridades educativas de una universidad y una preparatoria ubicadas en Monterrey, Nuevo León. Una vez que se obtuvo el permiso, se acudió a las aulas a invitar a los estudiantes a participar en el estudio. Se les informó que su participación sería voluntaria, anónima y que no se verían perjudicadas sus calificaciones. Aquellos participantes mayores de edad se les proporcionó el consentimiento informado y quienes aceptaron y firmaron se les proporcionaron los instrumentos para su llenado. A los participantes menores de edad se les entregó el consentimiento dirigido a su padre, madre o tutor para obtener su

autorización y se acudió al día siguiente para aplicarles las encuestas a quienes llevaron firmado el formato.

La captura de los datos se realizó en el programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 26 y se utilizó estadística descriptiva para caracterizar la población. Para determinar la validez de constructo se utilizaron el análisis factorial exploratorio (AFE) y el análisis factorial confirmatorio (AFC); para el AFE se utilizó el análisis de componentes principales con rotación Varimax, se tomó como referencia el valor de 0.40 para los coeficientes de las cargas factoriales de los ítems; para realizar el AFC se utilizó el software estadístico AMOS versión 23, se tomaron en cuenta los siguientes índices de bondad de ajuste *Normed Chi-Square* (χ^2/df) con valores entre 1 a 3 que indican buen ajuste, *Goodness of Fit Index* (GFI) y *Comparative Fit Index* (CFI) con valores entre 0.9 a 0.95 que son considerados como ajuste aceptable y si puntúan por arriba del 0.95 se considera buen ajuste, *Root Mean Square Error Of Approximation* (RMSEA) con valor de 0.05 o menor indican buen ajuste, entre 0.05 a 0.08 el ajuste es aceptable y *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR) valores de 0.08 o menor indican buen ajuste (Hair et al., 2021). La confiabilidad de la escala fue evaluada a través de la consistencia interna, estimada mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

El estudio se apegó a las directrices de la Declaración de Helsinki y fue aprobado por los Comités de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (registro FAEN-D-2047).

Resultados

A la muestra final se incluyeron 199 adolescentes y adultos jóvenes, sexualmente activos, con una media de edad de 19.08 años ($DE=2.66$). El 71.20% ($f=141$) fueron mujeres y 50.80% ($f=101$) habían estudiado hasta la preparatoria. La media de edad de la primera relación sexual fue de 16.59 años ($DE=2.04$), el 80.90% ($f=161$) utilizó algún anticonceptivo en su primera relación sexual, donde los métodos más utilizados fueron el condón masculino (72.40%, $f=144$), coito interrumpido (4.00%, $f=8$) y la anticoncepción de emergencia oral (2.00%, $f=4$), mientras que el 18.60% ($f=37$) reportó no haber utilizado anticonceptivos en la primera relación sexual. En cuanto a la media de la conducta anticonceptiva fue de $M=3.07$ ($DE=0.91$).

El AFE reveló adecuación satisfactoria de los datos, ya que el Índice Kaiser-Meyer-Olkin fue aceptable ($KMO=0.727$) y la prueba de esfericidad de Bartlett mostró significancia estadística ($X^2=227.248$, $gl=10$, $p<.001$). La extracción por medio del método de componentes principales reveló una sola dimensión y dicha solución no se logró rotar por medio del método Varimax. El único factor identificado explicó el 49.20% de la varianza total y las cargas factoriales oscilaron entre 0.57 y 0.83, lo que indica que los cinco ítems presentan adecuada contribución al constructo de la conducta anticonceptiva (Tabla 1).

Tabla 1
Matriz de componente

Ítem	<u>Componente</u> 1
1.- Uso anticonceptivos cada vez que tengo relaciones sexuales.	0.75
2.- Tengo un método anticonceptivo favorito para prevenir el embarazo (como el método del ritmo combinado con condón, el coito interrumpido, condón).	0.61
3.- Pongo atención a cualquier información sobre anticonceptivos que me ayude a usarlos correctamente.	0.70
4.- Cuando tengo dudas sobre la seguridad del método que usé después de tener relaciones sexuales, uso otros métodos como apoyo (como tomar la pastilla de emergencia o pedir consejos a amigos para saber qué hacer).	0.57
5.- Uso el método anticonceptivo de forma correcta.	0.83

Nota. Método de extracción: análisis de componentes principales. 1 componente extraído.

Se procedió a realizar el AFC, en donde las cargas factoriales estandarizadas de los ítems oscilaron desde 0.38 hasta 0.85 (Tabla 2). El estadístico Chi-cuadrada resultó significativo $\chi^2=22.306$, $p<.001$, $\chi^2/gl=4.461$. Los índices de bondad de ajuste reflejaron los siguientes resultados: GFI=0.957; AGFI=0.871; NFI=0.903; CFI=0.921; RMSEA=0.132 ($IC90\%=0.079-0.190$); SRMR=0.063. No obstante, se realizó un segundo modelo de medida (Figura 1) debido a que el ítem número 4 presentó una carga factorial por debajo del 0.40 y el índice RMSEA refirió un valor superior a los puntos de corte comúnmente recomendados.

Tabla 2

Cargas factoriales estandarizadas de los ítems e índices de bondad de ajuste

Ítem	Carga factorial					R^2	
1	0.678					0.459	
2	0.521					0.271	
3	0.545					0.297	
4	0.387					0.150	
5	0.856					0.733	
χ^2	χ^2/df	GFI	AGFI	NFI	CFI	RMSEA	SRMR
22.306***	4.461	0.957	0.871	0.903	0.921	0.132 (IC90%:0.079-0.190)	0.063

Nota. R^2 =Varianza explicada; χ^2/df =Normed Chi-Square; *GFI*=Goodness of Fit Index;

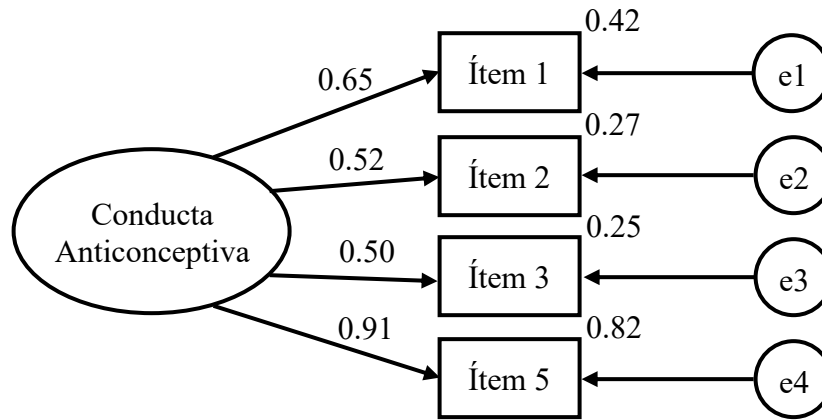
CFI=Comparative Fit Index; *RMSEA*=Root Mean Square Error Of Approximation;

SRMR=Standardized Root Mean Square Residual; *** $p < .001$.

Tras la eliminación del ítem, se observó una mejora en las cargas factoriales y en los índices de bondad de ajuste, mostrando valores adecuados y consistentes con un excelente ajuste del modelo de medida ($\chi^2=0.568$, $p=.753$, $\chi^2/df=0.284$; $GFI=0.999$; $AGFI=0.993$; $NFI=0.997$; $CFI=1.000$; $RMSEA=0.000$, $IC90\%=0.000-0.096$; $SRMR=0.011$). Sin embargo, se decidió conservar la estructura original de cinco ítems propuesta por los autores de la escala, debido a que en el primer modelo de medida los valores de los índices *RMSEA* y *SRMR* fueron mejores y, de manera global, se obtuvo un ajuste aceptable de la escala, además de preservar la consistencia teórica y la comparabilidad con la versión original del instrumento.

Figura 1

Análisis factorial confirmatorio del segundo modelo de medida



Nota. Segundo modelo de medida tras la eliminación del ítem número 4.

La confiabilidad de la escala fue aceptable con un alfa de Cronbach de $\alpha=0.73$, indicando que los cinco ítems miden de manera confiable la conducta anticonceptiva en adolescentes y adultos jóvenes mexicanos. Ningún ítem mejoró sustancialmente la confiabilidad de la escala al ser eliminado, por lo que estos resultados respaldaron la decisión de conservar la estructura original del instrumento (Tabla 3).

Tabla 3

Estadísticas de total de elementos

Ítem	<i>M</i>	<i>DE</i>	R^2	α si se elimina el ítem
1	2.86	1.45	0.36	0.63
2	2.66	1.56	0.23	0.70
3	3.50	0.99	0.31	0.65
4	2.84	1.49	0.20	0.71
5	3.47	1.08	0.48	0.60

Nota. *M*=Media; *DE*=Desviación estándar; R^2 =Varianza explicada; α =Alfa de Cronbach

Discusión

Los resultados del estudio proporcionan evidencia sólida sobre las propiedades psicométricas de la versión adaptada de la escala de conducta anticonceptiva en adolescentes y adultos jóvenes mexicanos. En primer lugar, el AFE respaldó una estructura unidimensional con cargas factoriales adecuadas, lo que indica que los cinco ítems representan de manera coherente el constructo teórico. El AFC mostró índices de ajuste aceptables en la mayoría de los indicadores, particularmente en el GFI, AGFI, NFI, CFI y SRMR. Esto es similar a Wang et al. (2011) quienes obtuvieron un buen ajuste del modelo en el AFC.

Aunque el RMSEA mostró un valor superior al recomendado, este comportamiento es consistente con lo reportado en la literatura para modelos con pocos grados de libertad y escalas de corta longitud, en los que este índice tiende a sobrestimar el desajuste aun cuando el modelo está correctamente especificado. Autores como Kenny et al. (2015) han señalado que el RMSEA es particularmente inestable cuando se analizan instrumentos con menos de seis ítems, y que, en estos casos, los índices alternativos como CFI, GFI y SRMR ofrecen una representación más precisa del ajuste del modelo. En este estudio, dichos índices evidenciaron un ajuste aceptable, lo que respalda la estructura unidimensional del instrumento y su consistencia con el marco teórico de la conducta anticonceptiva. Por tanto, pese al elevado RMSEA, la evidencia psicométrica obtenida respalda la validez del modelo de medida en población adolescente y adulta joven mexicana.

La identificación de una estructura unidimensional sugiere que los diferentes comportamientos evaluados por la escala pueden interpretarse como manifestaciones de

un mismo constructo subyacente, lo que favorece la obtención de una medida global de la conducta anticonceptiva (Wang et al., 2011). Esta característica simplifica la interpretación de los resultados y facilita su utilización en estudios epidemiológicos, investigaciones longitudinales y evaluaciones de intervenciones. De igual manera, la brevedad del instrumento reduce la carga de respuesta de los participantes, aspecto especialmente relevante cuando se trabaja con adolescentes o cuando la escala forma parte de baterías más amplias de evaluación (Manjarres-Posada et al., 2021).

De igual forma, la consistencia interna fue aceptable, con un alfa de Cronbach de 0.73, lo que sugiere que los ítems miden de manera homogénea la conducta anticonceptiva. Estos resultados fueron similares a los de Flores-Arias et al. (2018) en parejas heterosexuales, donde de igual forma el alfa de Cronbach estuvo por arriba del 0.70. Ambos hallazgos apoyan el uso del instrumento en adolescentes y adultos jóvenes mexicanos, aportando una herramienta válida y confiable para la evaluación de conductas preventivas en salud sexual.

Más allá de sus propiedades psicométricas, la disponibilidad de una escala breve, válida y confiable para evaluar la conducta anticonceptiva en adolescentes y adultos jóvenes mexicanos facilita la medición de comportamientos preventivos en contextos clínicos, educativos y comunitarios (Villalobos et al., 2020). Esto resulta particularmente importante en México, donde los embarazos no planeados y las infecciones de transmisión sexual continúan representando problemas prioritarios de salud pública en población joven (Silva-Muñoz & Moyano Calero, 2025). En este sentido, contar con instrumentos culturalmente adaptados permite generar evidencia más precisa sobre los factores asociados a las conductas anticonceptivas y evaluar el impacto de programas e

intervenciones dirigidas a fortalecer la salud sexual y reproductiva (Rodríguez-Ávila et al., 2024).

Por otra parte, en el presente estudio se presentaron limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los resultados. En primera instancia, la muestra estuvo conformada por adolescentes y adultos jóvenes mexicanos seleccionados mediante muestreo no probabilístico, lo que podría limitar la generalización de los hallazgos a otras poblaciones o contextos culturales. Asimismo, la información fue obtenida mediante autoinforme, por lo que las respuestas pueden estar sujetas a sesgos de deseabilidad social, particularmente al abordar aspectos relacionados con la conducta anticonceptiva. Finalmente, aunque se evaluaron la validez de constructo y consistencia interna de la escala, futuras investigaciones deberían analizar otras propiedades psicométricas, como la estabilidad temporal mediante pruebas de test-retest, validez convergente e invarianza de medición entre diferentes grupos poblacionales.

Asimismo, los hallazgos de este estudio tienen implicaciones relevantes para la enfermería y salud pública. La disponibilidad de una versión adaptada y psicométricamente evaluada de la escala de conducta anticonceptiva proporciona una herramienta breve y de fácil aplicación para identificar patrones de comportamiento relacionados con el uso de anticonceptivos en adolescentes y adultos jóvenes mexicanos. En el ámbito de la enfermería, el instrumento puede emplearse para la valoración de conductas preventivas, identificación de grupos con mayor vulnerabilidad y la evaluación de intervenciones orientadas a promover la salud sexual y reproductiva. Desde la perspectiva de la salud pública, la escala puede contribuir al monitoreo de conductas anticonceptivas en poblaciones juveniles, así como al diseño, implementación y

evaluación de programas dirigidos a prevenir embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual.

Conclusión

Los resultados del presente estudio proporcionan evidencia sólida sobre validez y confiabilidad de la versión adaptada de la escala de conducta anticonceptiva en adolescentes y adultos jóvenes. La estructura unidimensional fue respaldada tanto por AFE y AFC, mostrando cargas factoriales consistentes y un ajuste global aceptable del modelo. Aunque el RMSEA presentó un valor elevado, este resultado es esperado en escalas breves con pocos grados de libertad; por ello, se interpretó en conjunto con otros índices como GFI, NFI, CFI y SRMR, que mostraron un ajuste apropiado y respaldaron la validez del modelo de medida.

La consistencia interna del instrumento fue aceptable, indicando que los ítems evalúan de manera homogénea la conducta anticonceptiva en adolescentes y adultos jóvenes. En conjunto, estos hallazgos respaldan el uso de la escala como una herramienta válida, confiable y de fácil aplicación en contextos de salud. La adaptación cultural al español puede contribuir al desarrollo de investigaciones, programas de promoción de la salud sexual y reproductiva e intervenciones dirigidas a la prevención de embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual. Asimismo, se recomienda que para futuras investigaciones se explore la relación entre la conducta anticonceptiva y variables como consumo de alcohol, violencia de género y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. Finalmente, este estudio aporta al conocimiento disciplinar al llenar un vacío en la medición de la conducta anticonceptiva en adolescentes y adultos jóvenes

mexicanos, promoviendo su uso en investigaciones futuras y fortaleciendo la práctica basada en evidencia en enfermería y salud pública.

Financiamiento

La presente investigación no recibió financiamiento específico de agencias del sector público, comercial o sin fines de lucro.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés relacionados con la realización o publicación de los resultados del presente estudio.

Referencias

- De la Vara, L., Suárez, L., & Hubert, C. (2025). *Embarazos en adolescentes y los riesgos para la salud: una preocupación en la agenda de salud pública*. <https://insp.mx/informacion-relevante/embarazos-en-adolescentes-y-los-riesgos-para-la-salud-una-preocupacion-en-la-agenda-de-salud-publica>
- De la Vara-Salazar, E., Villalobos, A., Hubert, C., & Suárez-López, L. (2023). Conductas de riesgo asociadas con el inicio sexual temprano en adolescentes en México. *Salud Pública de México*, 65(6): 654-664. <https://doi.org/10.21149/15062>.
- Flores-Arias, M.L., Champion J.D., Sáenz-Soto N.E., Nava-Navarro, V., & Caudillo-Ortega, L. (2018). Adaptation of the Contraceptive Behavior Scale for Mexican Heterosexual Populations. *Hispanic Health Care International*, 16(2):56-61. <https://doi.org/10.1177/1540415318776445>.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2021). *Multivariate data analysis* (8th ed.). Cengage Learning.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2024). *Encuesta nacional de la dinámica demográfica (ENADID) 2023*.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2023/doc/resultados_enadid23.pdf
- Kenny, D. A., Kaniskan, B., & McCoach, D. B. (2015). The performance of RMSEA in models with small degrees of freedom. *Sociological Methods & Research, 44*(3), 486–507.
- Long, M., Xu, Q., Xie, Y., Ren, Y., Zheng, Y., & Niu, C. (2024). Contraception and Reproductive Health Measurement Instruments for Adolescents and Youth: A Scoping Review. *International Journal of Sexual Health, 36*(4):584-596.
<https://doi.org/10.1080/19317611.2024.2388262>
- Manjarres-Posada, N. I., Benavides-Torres, R. A., Esparza-Dávila, S. P., Neitakrith Pérez-Cavazos, D., & Barbosa-Martínez, R. del C. (2021). Instrumento de evaluación del uso de anticonceptivos: análisis de validez de contenido, criterio y confiabilidad. *Journal Health NPEPS, 6*(1), 138–154.
<https://doi.org/10.30681/252610104992>
- Muehlmann, M., Nieradt, K., & Tomczyk, S. (2025). A COSMIN Systematic Review of Sexual Health Literacy Self-Report Measures for Adolescents. *Archives of Sexual Behavior, 54*(5):1737-1768. <https://doi.org/10.1007/s10508-025-03142-1>.
- National Institutes of Health [NIH]. (2019). *What are the different types of contraception?*.
<https://www.nichd.nih.gov/health/topics/contraception/conditioninfo/types>

- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2023). *Estudio regional de equidad y fecundidad adolescente (EREFA) en Centroamérica y República Dominicana*.
<https://www.paho.org/sites/default/files/2023-10/estudio-regional-equidad-fecundidad-adolescente-erefa-centroamerica-republica-dominicana.pdf>
- Rodríguez-Ávila, A., Vargas-Beltrán, M., & Luna-Ferrales, C. (2024). Subestructuración teórica: Modelo de Conducta Anticonceptiva en Madres Adolescentes. *Index de Enfermería Digital*, e14573. <https://doi.org/10.58807/indexenferm20236527>
- Secretaría de Salud [SALUD]. (2024). *Programa de acción específico: Salud sexual y reproductiva 2020-2024*.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/644374/PAE_SSR_24_5_21.pdf
- Silva-Muñoz, J.E., & Moyano-Calero, W. (2025). Utilización de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios. *Revista InveCom*, 5(2).
<https://doi.org/10.5281/zenodo.13871528>
- Villalobos, A., Ávila-Burgos, L., Hubert, C., Suárez-López, L., De la Vara-Salazar, E., Hernández-Serrato, M.I., & Barrientos-Gutiérrez, T. (2020). Prevalencias y factores asociados con el uso de métodos anticonceptivos modernos en adolescentes, 2012 y 2018. *Salud Pública de México*, 26(6), 648-660.
<https://doi.org/10.21149/11519>
- Waltz, C. F., Strickland, O. L., & Lenz, E. R. (2017). *Measurement in nursing and health research* (5th ed.). Springer Publishing Company.
- Wang, R.H., Jian, S.Y., & Yang, Y.M. (2011). Psychometric testing of the Chinese version of the Contraceptive Behavior Scale: a preliminary study. *Journal of*

Clinical Nursing, 22(7-8):1066-72. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03785.x>.