

# Trabajo Fin de Máster. IV Máster de Contracepción, Salud Sexual y Reproductiva de la Sociedad Española de Contracepción.

---

**Encuesta de calidad de vida en la escala SEC-QOL en estudiantes  
Universitarias de la Universidad de Sevilla.**

Diciembre, 2015

---

María Nieves Cabezas Palacios.  
Fátima León Larios.  
Alicia Sánchez Sánchez.  
Cinta Gema Vázquez Valeo.

---

## **Índice:**

- Salud sexual y reproductiva. Derechos reproductivos. Planificación familiar.....	<a href="#"><u>3.</u></a>
- Estudio poblacional sobre el uso y la opinión de los métodos anticonceptivos en España.....	<a href="#"><u>4.</u></a>
- Síndrome Premenstrual.....	<a href="#"><u>9.</u></a>
- Calidad de vida. Escalas de valoración de la Calidad de Vida.....	<a href="#"><u>17.</u></a>
- Metodología.....	<a href="#"><u>20.</u></a>
- Resultados.....	<a href="#"><u>25.</u></a>
- Discusión.....	<a href="#"><u>32.</u></a>
- Conclusiones.....	<a href="#"><u>35.</u></a>
- Bibliografía.....	<a href="#"><u>36.</u></a>

## **Salud sexual y reproductiva. Derechos reproductivos.** **Planificación familiar.**

Salud reproductiva es, según la OMS, el estado de completo bienestar físico, mental y social, en los aspectos relativos a la sexualidad y la reproducción en todas las etapas de la vida. No es por tanto una mera ausencia de enfermedades o dolencias.

La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual segura y satisfactoria, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia (derechos reproductivos).<sup>1</sup>

Tanto el hombre como la mujer tienen derecho a estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad seguros, eficaces y asequibles; así como a disponer de servicios accesibles de planificación familiar y salud pública que permitan la adecuada asistencia profesional a la mujer embarazada, que el parto se produzca de forma segura y que garantice el nacimiento de hijos sanos.

Ahora se empieza a acuñar el nuevo término "Salud Reproductiva" que, al contrario del anterior, pone énfasis en "los derechos sexuales y reproductivos de hombres y mujeres". Es decir, el acceso de hombres y mujeres al propio cuerpo, a la satisfacción personal y a la toma de decisiones sobre cuándo, cómo y con quién tener relaciones sexuales.<sup>2</sup>

El concepto de Salud Sexual y Reproductiva es definido por el Fondo de Población de Naciones Unidas como un "Enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción".

Desglosando sus dos componentes podemos definir la Salud Reproductiva como un "Estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia". Además establece como objetivo

---

de la Salud sexual “el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual”.<sup>3</sup>

En la línea de todo lo anterior se establecen los derechos reproductivos dentro de los cuales se define el acceso a los métodos de planificación familiar para regular sus embarazos, pero que no sólo tendrán esta función, sino también la de influir en la calidad de vida de las usuarias de estos métodos anticonceptivos.

### **Estudio poblacional sobre el uso y la opinión de los métodos anticonceptivos en España**<sup>4</sup>

Este estudio, promovido por el Observatorio de Anticoncepción, Salud Sexual y Reproductiva de la SEC, fue realizado la primavera de 2014. Se entrevistaron a mujeres españolas de 15 a 49 años. A continuación se recoge parte de los resultados de esta encuesta.

- **Relaciones sexuales y uso de métodos anticonceptivos:**

El 89.9% de las mujeres de 15 a 49 años refiere haber mantenido relaciones sexuales, un 3,9% niega haberlas tenido y el resto no sabe/no contesta.

o **Uso de método anticonceptivo en la primera relación:**

El 73.6% de las encuestadas refiere haber empleado algún método anticonceptivo en su primera relación. Destaca positivamente el incremento de empleo de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual; de modo que mientras entre las mujeres de 45 a 49 años el uso de método anticonceptivo en su primera relación se sitúa en el 57,7% de los casos, esta práctica se ha ido incrementando en las sucesivas generaciones, siendo del 76.6% en el grupo de 15 a 19 años y del 84.9% entre las mujeres de 20 a 24 años.

El uso de método anticonceptivo en la primera relación es menos habitual entre las mujeres con estudios primarios (un 53.2% frente al 82.5% de las universitarias) y si el nivel de ingresos es bajo (75,1% frente al 75,1% si tiene un alto nivel de estudios).

- Primer método anticonceptivo empleado:

El preservativo es el primer método anticonceptivo utilizado por las mujeres españolas (92,9%). Uso que incluso se ha ampliado, al pasar de un 84% de las mujeres de 45 a 49 años, al 96,1% en el caso de las españolas más jóvenes.

Entre las mujeres que emplean la píldora como método utilizado por primera vez destaca por grupos de edad el de 45 a 49 años (13.4%) y, si estratificamos a las mujeres en función de su nivel de estudios, aquellas que tiene nivel de estudios primarios (24,4% frente al 4,4% de las universitarias).

- Planificación:

Este estudio refleja que la edad media a partir de la cual las mujeres españolas comienzan a utilizar de forma planificada algún método anticonceptivo es de 20,71 años. Esta edad ha ido descendiendo, de manera que las mujeres que ahora tienen entre 45 y 49 años, comenzaron a utilizar preservativos de manera planificada a los 22,66 años.

- Consulta médica e información:

El estudio analiza el grado de información de las mujeres sobre la existencia de métodos anticonceptivos contraindicados en algunas situaciones, así como la importancia de la consulta médica y de los otros prescriptores sobre la decisión del método que utilizan. Igualmente, profundiza sobre los distintos métodos utilizados, los hábitos en relación a su uso, los cambios de método y los motivos de elección de uno u otro.

- Conocimiento de métodos contraindicados:

La gran mayoría de las mujeres (90,7%) se manifiestan conocedoras de que hay anticonceptivos que pueden tener contraindicaciones o efectos secundarios en algunas circunstancias. Destacar que este nivel de conocimiento desciende al 71,5% entre las menores de 20 años. También lo hace, aunque en menor medida entre las mujeres con menor nivel de estudios e ingresos.

- Consulta médica para indicación de método:

Es un hecho llamativo que más de la mitad de las mujeres españolas de 15 a 49 años, concretamente el 60,1%, no ha acudido a ningún médico de atención primaria, ginecólogo, matrona ni centro de planificación familiar para que le indicaran el método anticonceptivo más idóneo para ella. La asistencia de las mujeres a alguna consulta

médica para que les indiquen el método anticonceptivo más idóneo a cada caso, aumenta con la edad; siendo muy poco frecuente (19,8%) en los primeros años del periodo de edad fértil (grupo de 15 a 19 años) y del 73,8% en el grupo de mayor edad (45-49 años).

- Conocimiento del doble método:

El 82% de las mujeres de 15 a 49 años dice conocer o haber oído hablar del doble método. Este nivel de conocimiento desciende al 71,4% entre las mujeres más jóvenes, aquéllas con menores ingresos familiares y las de menor nivel de estudios (siendo el nivel de conocimiento de un 66,2% entre las que tienen estudios primarios frente al 85,2% en el caso de las universitarias).

- Conocimiento de la píldora del día después:

La mayoría de las encuestadas (concretamente el 99,2%) tiene conocimiento de este método anticonceptivo de emergencia.

- Métodos anticonceptivos utilizados:

- Empleo de algún método anticonceptivo:

Esta encuesta muestra que la mayoría de las mujeres en edad fértil (el 72,7%) utiliza algún método anticonceptivo, un 11,4% no usa ningún método pero tampoco mantiene relaciones sexuales y el 15,9% restante sí las mantiene, pero a pesar de ello no usa ningún método.

- Anticonceptivo principal utilizado:

Los métodos más utilizados en España son el preservativo y la píldora.

El preservativo sigue siendo el método anticonceptivo más empleado en España en todos los tramos de edad (31,3% de mujeres en edad fértil, representando el 42% de las que emplean algún método). Los anticonceptivos orales en España son poco empleados (el 16,2%) en comparación con la alta demanda existente en otros países de Europa como Portugal, Francia, Alemania o Italia. El uso de la píldora alcanza sus valores más elevados en las mujeres de 20 a 29 años, descendiendo posteriormente con la edad.

A continuación figuran la vasectomía de la pareja (7,2%), ligadura de trompas (5,5%), DIU de cobre (3,6%), anillo vaginal (3,2%), DIU hormonal (2,5%), parche (1,3%), coitus interruptus (0,8%), implante subcutáneo (0,5%), píldora solo gestágenos

(0,3%), inyectable trimestral (0,1%), métodos naturales de control o abstinencia periódica (0,1%).

La aplicación de dispositivos intrauterinos se produce básicamente a partir de los 30 años, mientras que los métodos irreversibles se registran fundamentalmente, y de manera creciente, a partir de los 35 años.

Atendiendo a un mayor nivel de desglose, el 31,3% recurre a métodos de barrera, el 21,6% métodos hormonales y el 12,7% de las mujeres utiliza métodos irreversibles de esterilización voluntaria, bien suya o de su pareja.

- No empleo de método anticonceptivo:

El porcentaje de mujeres que mantiene relaciones sexuales sin la utilización de ningún método anticonceptivo se incrementa con la edad. Entre las mujeres menores de 20% el 3,6% tiene relaciones sexuales sin usar método anticonceptivo alguno, porcentaje que se va incrementando hasta el 24,4 % entre aquellas que cuentan de 45 a 49 años.

El principal motivo por el que no se usa ningún método es el hecho es no mantener relaciones sexuales, circunstancia que se argumenta en el 41,6% de los casos. El segundo la imposibilidad para tener hijos (13,2%), mientras que el 11,6% toma esa decisión el deseo de tenerlos. El resto de motivos, el 11,4% se refieren a una maternidad reciente o inminente, el 7,2% alude a cuestiones de salud y efectos secundarios y el 6,5% de la mujeres plantea motivos personales (no le gusta, desinterés, desconfianza o comodidad). En menor medida se señalan razones ideológicas (1,1%) o el deseo de la pareja de no usarlos (1%).

Las mujeres en riesgo de embarazo no deseado es del 9% (con respecto al total de mujeres que no emplea anticonceptivos), lo que equivale al 2,5% del total de mujeres en edad fértil. El porcentaje de mujeres en riesgo de embarazo no deseado es del 0,9% en mujeres menores de 20 años, aumenta a partir de los 30 años y es máximo (26,6% en el grupo de 40 a 44 años).

- Uso de métodos anticonceptivos reversibles:

El 60% de las mujeres del estudio referían usar métodos anticonceptivos reversibles.

La comodidad es el motivo principal a la hora de elegir el método anticonceptivo principal que las mujeres utilizan actualmente (32,8%). La indicación o recomendación médica es la segunda razón más frecuentemente mencionada (16,4%), seguida de la búsqueda de métodos seguros que no perjudiquen la salud (13,3%), de aquellos que provoquen menos efectos secundarios (11,3%) o los que no comporten efectos derivados de las hormonas (6,9%).

La comodidad es la principal razón de elección del preservativo, seguido de la seguridad sin impacto en la salud. El uso de la píldora responde prácticamente por igual a la indicación médica y a la comodidad. La elección del DIU, anillo vaginal y otros métodos se apoya en mayor medida en la comodidad.

La elección del método anticonceptivo responde en proporciones prácticamente similares a una decisión personal de la propia mujer (45,8%) y a la indicación de su ginecólogo (42,3%), también hay quienes se guían del consejo de su médico de Atención Primaria (9,1%), de su enfermera o matrona (1,2%) y de la farmacia (1%). En el grupo de mujeres más jóvenes (15-19 años) la elección del método es una decisión personal en más de la mitad de los casos (67,3%) y en el grupo de 20 a 24 años en el 51,8%. Sin embargo, a mayor edad, tiene mayor influencia la figura del ginecólogo en la toma de esta decisión.

- Uso de método hormonal combinado:

El 83,4% de las mujeres que utiliza algún método hormonal combinado refiere emplearlo como único método, frente al 16,1%, que lo utiliza en doble método (el 13,2% lo hace de forma ocasional y sólo el 2,9% lo hace siempre). Es llamativo cómo la utilización del doble método desciende con la edad (del 44% a los 15-19 años al 3,4% en el grupo de 45 a 49 años).

La encuesta pone también de manifiesto que algo más de la mitad de las mujeres que utilizan métodos hormonales realiza descansos periódicos y entre estas, la prescripción del descanso procede mayoritariamente del médico, matrona o enfermera (79,3%). No obstante, el 20,3% de las mujeres que realiza descansos periódicos los lleva a cabo sin que se deba a una indicación médica: el 16,5% lo hace por decisión personal y el 3,8% por consejo de amigas o familiares. De acuerdo con el método utilizado, la realización de descanso es menor entre las mujeres que utilizan el anillo vaginal (41,2%), seguidas de las que utilizan la píldora (51,2%).



- Uso de preservativo:

El 95,2% de las mujeres que emplean preservativo lo emplean como único método. Sólo el 4,6% lo usa en doble método y de éstas únicamente el 0,8% refiere hacerlo siempre. El grupo de 20 a 24 años es el que refiere con mayor frecuencia usar siempre preservativo y otro método (un 1,8% de las mujeres de este grupo).

El 74,9% de las mujeres que utilizan el preservativo como método principal, lo hace de forma consistente, es decir lo utiliza siempre. Por el contrario, el 24,8% no siempre lo utiliza. El uso consistente del preservativo se sitúa por encima del 70% de los casos en todos los intervalos de edad, excepto entre las mayores de 45 años, segmento en el cual desciende al 63,5%. Entre los 20 y 24 años es cuando más consistente resulta el uso del preservativo, usándolo siempre el 85,5% de las mujeres. Las razones por las que no se emplea siempre: relaciones imprevistas y no lo llevan (33,3%), considera que no está en días fértiles (24,9%), por no interrumpir la relación para que su pareja se lo coloque (17,4%), estado de euforia por consumo de alcohol o drogas (8,8%), su pareja no lo quiere utilizar (7,4%), usa otro método (1,4%).

## **Síndrome Premenstrual**

- Concepto:

Según el Documento de Consenso de la SEGO de 2010 es una entidad clínica mal definida que agrupa a una gran variedad de síntomas que aparecen en la fase lútea del ciclo menstrual y que suelen remitir al inicio de la menstruación. Incluye síntomas físicos, emocionales, cognitivos y relacionados con el comportamiento (más de 150 síntomas diferentes). La severidad y la frecuencia de aparición de los síntomas premenstruales pueden ser muy variables e incluso diferir en una misma mujer en cada ciclo menstrual<sup>5</sup>.

Según la literatura revisada en Uptodate (septiembre de 2015) el síndrome premenstrual se caracteriza por la presencia de síntomas físicos y conductuales que ocurren repetitivamente en la segunda mitad del ciclo menstrual y a menudo los primeros días de la menstruación. Los síntomas del síndrome premenstrual o Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) son tan severos que interfieren con

algunos aspectos de la vida de la mujer (por ejemplo, familia u otras relaciones sociales, trabajo en o fuera de la casa, etc) <sup>6</sup>.

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) lo define como la presencia de al menos un síntoma asociado con la "disfunción económica o social" que ocurre durante los cinco días antes del inicio de la menstruación y está presente en al menos tres ciclos menstruales consecutivos. Los síntomas pueden ser afectivos (estallidos de enojadas, depresión) o física (dolor en las mamas y distensión abdominal).

Una variante es el TDPM, constituido por un subgrupo de mujeres con síndrome premenstrual (SPM) que tiene como características fundamentales que en ellas predominan los síntomas afectivos y que éstos interfieren, de forma muy importante, en el desempeño de sus funciones sociales, familiares y laborales. Es un trastorno crónico que puede llegar a ser grave y por ello requiere un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado<sup>5</sup>.

- Epidemiología:

Según el Documento de Consenso de la SEGO de 2010, en la literatura científica internacional se ha descrito la presencia de alguno de los síntomas relacionados con el SPM en el 80% de las mujeres, si bien varios estudios epidemiológicos reducen la frecuencia al 24-32% para los casos de intensidad moderada o severa. La forma más grave es el TDP que afecta al 5,8% de las mujeres entre 14 y 24 años<sup>5</sup>.

Según la literatura revisada, los autores coinciden en el hecho de que los síntomas premenstruales son comunes, afectando hasta un 75% de las mujeres con ciclos menstruales regulares. El SPM clínicamente significativo ocurre en el 3 al 8% de las mujeres, mientras que el TDPM afecta a alrededor del 2% de las mujeres. La prevalencia del SPM en la población ha sido sobreestimada debido a la falta de aplicación de criterios de inclusión estrictos<sup>6</sup>.

El SPM se ha descrito en diversos contextos culturales, incluso entre las mujeres que no son generalmente conscientes de la enfermedad. Por ejemplo, se han divulgado tasas similares de la enfermedad en países mediterráneos, Oriente Medio, Islandia, Kenia y Nueva Zelanda. En un estudio internacional de 7226 mujeres en Europa, América del sur y Asia, la frecuencia de síntomas del síndrome premenstrual fue similar entre países y regiones, pero las mujeres en algunos países, como

Pakistán, estaban menos familiarizadas con el término SPM en comparación con las mujeres europeas.

En otro estudio, las mujeres negras eran menos propensas a experimentar el síndrome disfórico premenstrual que las mujeres blancas. La prevalencia del síndrome disfórico premenstrual fue 2,9% entre las mujeres negras frente a 4,4 % entre las mujeres blancas<sup>6</sup>.

- Etiología y Fisiopatología:

Según el Documento de Consenso de la SEGO de 2010, se han postulado múltiples factores vinculados al SPM: hormonales, neuronales, estrés, rasgos de personalidad, hereditarios, genéticos, nutricionales, etc.; y como mecanismos fisiopatológicos se han barajado modificaciones hormonales, ováricas, endocrinas y neuronales<sup>5</sup>.

Según revisiones de la evidencia disponible, los autores sugieren que el SPM es un trastorno desencadenado por cambios en los esteroides gonadales durante la fase lútea en mujeres susceptibles. Se llega a ésta conclusión por resultar de la interacción de los cambios cíclicos que se producen entre los esteroides ováricos y los neurotransmiores centrales<sup>6</sup>.

o Esteroides ováricos:

Una serie de experimentos en los que se realizaba ooforectomía médica, utilizando un agonista de la GnRH, llevó a la resolución dramática de síntomas del síndrome premenstrual. Éste dato apoya fuertemente el factor etiológico de los esteroides ováricos. Sin embargo, los cambios cíclicos de los esteroides ováricos no parecen ser la única causa de los síntomas del síndrome premenstrual, ya que las concentraciones de estrógeno y la progesterona en suero son similares en mujeres con TDPM/SPM y controles. Deficiencias de progesterona, metabolitos de la progesterona (algunos de los cuales tienen propiedades ansiolíticas), y el receptor de la progesterona también se han propuesto como posibles mediadores. Por último, se ha experimentado bloqueando el efecto de la progesterona en la fase lútea con un antagonista del receptor de progesterona (mifepristona) no consiguiendo aliviar los síntomas del síndrome premenstrual.

Aunque las mujeres con SPM tienen concentraciones normales en suero de estrógeno y progesterona, pueden tener una respuesta anormal a los cambios hormonales normales.

Estos resultados sugieren que los esteroides gonadales son necesarios pero no suficientes para causar los síntomas del SPM.

- Neurotransmisores:

Basado en datos in vitro y estudios en animales, existen evidencias de que las fluctuaciones cíclicas en la circulación de estrógeno y progesterona causan cambios marcados en los sistemas de serotonina, GABA y opiáceos. Al mismo tiempo, la hipótesis más atractiva para la patogenia fue que la constelación de síntomas es consecuencia de los cambios inducidos por los esteroides en el sistema opioide. Se han observado diferencias en los niveles de beta-endorfinas periférica en mujeres con SPM en comparación con controles en las fases periovulatorias y premenstruales del ciclo. El papel potencial del sistema GABAérgico no se ha investigado extensamente.

En la actualidad, la evidencia más apoyada es la del papel de la serotonina en la etiología del SPM. Esto puede ser ilustrado por los siguientes hallazgos:

- Pacientes con el SPM, en comparación con los controles, tienen menor captación de serotonina durante la fase lútea del ciclo menstrual.
- Los síntomas del SPM son mejorados por la fenfluramina (agonista de serotonina) y agravados por agotamiento agudo del triptófano precursor de serotonina. Además, inhibidores de la recaptación de serotonina, como fluoxetina, son uno de los fármacos más eficaces para el tratamiento del SPM.
- Administración de metergolina (antagonista de la serotonina), a las mujeres con SDPM tratadas con fluoxetina produce un retorno de los síntomas de estado de ánimo.

- Vitaminas y minerales:

Se han encontrado diferencias en los niveles de vitamina E, vitamina A o vitamina B6. En un estudio de cohortes, las mujeres con altas ingestas de vitamina B de fuentes alimenticias fueron menos propensas a desarrollar SPM que los que tenían baja ingesta.

Varios informes han sugerido que pacientes con SPM pueden tener bajos niveles de magnesio intracelular en el transcurso del ciclo menstrual. Un estudio demostró una mejora de síntomas de SPM y síntomas afectivos con la administración de magnesio pirrolidona carboxílico ácido (360 mg tres veces al día en la segunda mitad del ciclo menstrual). Estos resultados deben confirmarse antes de que el uso de magnesio pueda ser defendido para el tratamiento del síndrome premenstrual.

- Clínica<sup>7</sup>:

Las mujeres con SPM experimentan una amplia variedad de síntomas físicos, emocionales, conductuales y cognitivos. Se describen en la literatura más de 150 síntomas. Los síntomas pueden empezar en cualquier momento después de la menarquia y suelen continuar a lo largo de la vida reproductiva (si no se trata). Algunas mujeres experimentan síntomas más severos en los últimos años reproductivos, y las mujeres con trastornos premenstruales parecen estar en mayor riesgo de desarrollar trastornos del ánimo durante la transición menopáusica. Se resuelve completamente después de la menopausia y transitoriamente durante el embarazo o durante cualquier interrupción de ciclos ovulatorios.

La característica principal es la aparición cíclica y recurrente de los síntomas durante el final de la fase lútea del ciclo menstrual con un período libre de síntomas poco después de que comienza la menstruación, por lo general cuando el flujo menstrual ha finalizado. Para la mayoría de las mujeres, los tipos de síntomas son bastante consistentes a través de los ciclos y duran un promedio de seis días al mes.

El análisis de las encuestas de posibles síntomas en mujeres con TDPM sugieren que el estado anímico y los síntomas físicos suelen ser más graves (y acompañarse de deterioro funcional) en los cuatro días previos a la menstruación. Por definición, los síntomas afectivos predominan en mujeres con SDPM, aunque la mayoría de las mujeres con esta afección también tiene síntomas físicos.

- El síntoma más común afectivo o conductual del SPM es el cambio de humor. Otros síntomas de conducta no frecuentes son la irritabilidad, la ansiedad/tensión, tristeza o depresión, aumento de apetito, sensibilidad al rechazo y disminución del interés en las actividades.
- Las manifestaciones físicas más comunes del SPM son distensión abdominal y una sensación extrema de fatiga. Otros síntomas comunes incluyen sensibilidad en las mamas, dolores de cabeza, sofocos y mareos.

- El síndrome premenstrual moderado a severo se ha asociado con reducciones en salud-calidad de vida, así como una disminución en la productividad laboral, aumento de absentismo laboral y un aumento en las visitas a los proveedores de atención médicas ambulatorias.
- Algunos trabajos sugieren que las mujeres con síndrome disfórico premenstrual, especialmente aquellos con síntomas más severos, tienen un elevado riesgo de ideación suicida y de intentos suicidas.

- Diagnóstico<sup>7</sup>:

La evaluación de pacientes con posible SPM o TDPM debe incluir los siguientes aspectos:

- Una detallada historia menstrual. Se debe obtener toda la información sobre sus síntomas: tipo de patrón de aparición, severidad, presencia de deterioro funcional y la confirmación de que los síntomas son recurrentes. Si la mujer presenta ciclos menstruales irregulares, especialmente durante la transición menopáusica, los síntomas pueden ser más difíciles de rastrear debido a la variabilidad del ciclo.
- Evaluación de medicamentos. En las mujeres que toman anticonceptivos orales debemos preguntar si sus síntomas premenstruales estaban presentes antes de que se iniciara el tratamiento, o si los síntomas comenzaron después de la iniciación.
- Considerar la posibilidad de la existencia de trastornos endocrinos que pueden causar síntomas similares, tales como hiper o hipotiroidismo, hipercortisolismo.
- Las pruebas de laboratorio deben ser limitadas. Sugerimos la TSH en suero, por descartar hiper e hipotiroidismo.
- Si los síntomas de la paciente son concordantes con SPM y no existe evidencia de otros trastornos médicos, el paciente deberá realizar un registro anticipado de síntomas de dos meses para confirmar el diagnóstico.
- Descartar la existencia de un trastorno del estado de ánimo crónico, leve como trastorno distímico o trastorno depresivo mayor.

Para el diagnóstico se deben cumplir una serie de criterios:

- **SPM:**
  - Si una mujer tiene de 1 a 4 síntomas que pueden ser físicos, conductuales o afectivos/psicológicos;
  - 5 o más síntomas que son físicos o de comportamiento.

- Si, por el contrario, una mujer tiene cinco o más síntomas y uno de ellos es un "síntoma afectivo" (cambios de humor, ira, irritabilidad, sensación de desesperanza o tensión, ansiedad), sería más preciso diagnosticarle de TDPM.
  - **Síndrome disfórico premenstrual:** se utilizan los criterios del DSM-5.
    - Estos criterios requieren documentación prospectiva de los síntomas físicos y conductuales (mediante diarios) y estar presente durante la mayor parte del año anterior.
    - Cinco o más síntomas deben haber estado presentes durante la semana antes de la menstruación, resolviéndose en unos pocos días después de que comience la menstruación.
    - Los síntomas pueden ser sobrepuestos en otros trastornos psiquiátricos, siempre y cuando no sea simplemente una exacerbación de los trastornos.
- Diagnóstico diferencial<sup>7</sup>:

Debemos realizar el diagnóstico diferencial con:

- **La exacerbación premenstrual de un trastorno psiquiátrico mayor subyacente, trastornos del ánimo como el trastorno depresivo menor, trastorno depresivo mayor y trastorno distímico, trastornos del estado de ánimo y de ansiedad.**
- **La transición menopáusica:** Nuevos síntomas de estado de ánimo o ansiedad en una mujer en sus 40 o 50 años son debidos más probablemente a la transición menopáusica que al SPM de nuevo inicio. En este caso los síntomas típicamente comienzan cuando los ciclos menstruales se vuelven irregulares/anovulatorios.
- **Trastornos tiroideos:** Pueden presentar síntomas de estado de ánimo. Ambos trastornos pueden distinguirse desde SPM basado en otras características típicas de la enfermedad, examen y por los niveles alterados en suero de la TSH.
- **Abuso de sustancias:** Se ha sugerido que las mujeres con SPM consumen más alcohol que los controles, independientes de la fase del ciclo, y que las mujeres con antecedentes familiares de alcoholismo experimentan más ansiedad premenstrual. Sin embargo, nunca se ha establecido un vínculo firme entre alcoholismo y SPM.
- **Otras:** Una variedad de desordenes médicos (por ejemplo migraña, síndrome de fatiga crónica o síndrome de intestino irritable) se exacerban justo antes o durante la menstruación. Sin embargo, los síntomas expresados no son los típicos del SPM y la sincronización no se limita generalmente a la fase lútea.

- Tratamiento<sup>8</sup>:

Los objetivos del tratamiento para pacientes con trastornos premenstruales son aliviar los síntomas y mejorar el deterioro funcional.

- Para las mujeres con síntomas premenstruales leves, sugerimos medidas de estilo de vida, tales como ejercicio regular y técnicas de reducción del estrés.
- Las mujeres con síntomas de moderados a severos, son candidatas a la intervención farmacológica:
  - **Terapia de primera línea: ISRS**, debido a su probada eficacia y perfil de seguridad. Por lo general empezamos con fluoxetina o sertralina. Hasta un 60 -70% de mujeres sintomáticas responden a un ISRS. No debemos diagnosticar una falta de respuesta hasta que no haya habido ningún efecto después de varios ciclos menstruales de tratamiento. Algunas mujeres que no responden a un ISRS pueden responder a un segundo ISRS. Además, las mujeres que no responden completamente a la terapia de fase lútea (a partir del día 14 del ciclo y puede continuarse varios días más en las mujeres con antecedentes de síntomas persistentes durante la menstruación) pueden beneficiarse de la terapia diaria y algunas mujeres que se someten a tratamiento diario pueden ir mejor con la terapia intermitente. Otros antidepresivos como la clomipramina, la nefazodona y la venlafaxina y norepinefrina, también son más eficaces que el placebo.
  - **Terapias de segunda línea**, cuando los ISRS son sólo parcialmente eficaces, ineficaces o difíciles de tolerar.
    - **Anticonceptivos orales**, idealmente con un corto intervalo libre de píldora o la administración continua. Por lo general empezamos con un ACO que contiene 20 mcg etinilestradiol/3 mg drospirenona con un intervalo libre de píldora de cuatro días; si persisten los síntomas o si hay sangrado que no se resuelve, aumentamos a un ACO con 30 mcg etinilestradiol/3 mg drospirenona. Si los síntomas continúan sin resolverse, sugerimos un ensayo con un ACO de administración continua.
    - **Agonistas de la GnRH con la terapia de estrógeno-progesterona addback**, en mujeres con síntomas severos que no han respondido o no toleran los ISRS o ACO. Para la terapia de addback, sugerimos la administración diaria continua de dosis bajas estradiol oral (1 mg) más progesterona micronizada oral (100 mg). El uso a largo plazo de agonistas de GnRH es posible con la terapia



estrógeno-progestágeno addback sin pérdida de DMO y con la continua resolución de síntomas. Los datos sugieren que la adición de estrógeno y progesterona no disminuye la eficacia de leuprolida para TDP. Sin embargo, es esencial que se administren en un régimen continuo y no en una manera cíclica, que puede reproducir SPM.

- **Cirugía:** se considera solamente en los casos refractarios, con síntomas graves y discapacitantes. Deben considerarse las siguientes pautas antes de recurrir a este tratamiento:
  - El diagnóstico de TDPM se debe confirmar.
  - El tratamiento con agonista de la GnRH ha debido ser eficaz para un mínimo de seis meses.
  - La tolerancia a la terapia de reemplazo de estrógeno-progesterona haya sido probada durante el tratamiento con agonistas de la GnRH.
  - La maternidad se prevé completada

### **Calidad de vida. Escalas de valoración de la Calidad de Vida**

Para hablar de Calidad de Vida, nos parece importante tener en cuenta la definición que de ello hace la Organización Mundial de la Salud (OMS) <sup>10</sup>, que define Calidad de Vida como la percepción individual que se tiene de uno mismo en relación a su posición en la vida en contexto con la cultura y sistemas de valoración en el que se vive y en relación a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Para la OMS la Calidad de Vida es un concepto amplio y se va a ver afectada de un modo complejo por la salud física de la persona, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y su relación con las características más destacadas de su entorno (OMS, 1997). La OMS ha desarrollado dos escalas para la medición de la Calidad de Vida, WHOQOL-100 y WHOQOLBREF, siendo el último una versión resumida de 26 ítems del primero. Ambos son aplicables en una amplia variedad de culturas y han sido testados y validados. Así definen que su uso en la práctica clínica diaria se podría usar, junto a otras formas de evaluación, para darnos información valiosa sobre las áreas en las que una persona estaría más afectada y ayudar así al médico en la toma de decisiones para las mejores opciones en la atención al paciente. En adición pueden ser utilizadas para medir el cambio en

calidad de vida durante el curso del tratamiento. Es así que las escalas de Calidad de Vida de la OMS se nos presentan para la valoración de la Calidad de Vida de los pacientes, no sólo en un momento en concreto de la vida de éstos, si no como una herramienta fiable y dinámica a la hora de ver la evolución del paciente a lo largo de su vida, de un proceso psicológico o físico.

Siguiendo estos pasos y dándole importancia a los diferentes procesos que pueden influir en la Calidad de Vida de los pacientes y la dificultad para su medición y valoración, la OMS no ha sido la única organización que se ha interesado por la Calidad de Vida, y su estudio, así las diferentes áreas de la Medicina han ido desarrollando diferentes cuestionarios para poder medir y conocer el grado de calidad de vida en sus pacientes o en relación a determinados procedimientos o situaciones clínicas. Es así como la Sociedad Española de Contracepción (SEC) desarrolló y validó en 2011 su propia escala para la valoración de la calidad de vida en mujeres usuarias de métodos anticonceptivos, dándole una importancia merecida a la sintomatología y problemas derivados del periodo fértil de las mujeres. Esta escala, SEC-QOL, pretende cuantificar el impacto del uso de métodos anticonceptivos en la calidad de vida relativa de las mujeres, definiéndose como una herramienta válida, fiable y sensible para el uso en la práctica clínica diaria y la investigación futura proyectos sobre la anticoncepción (Ezequiel Pérez-Campos, MD, et al, 2011)<sup>12</sup>.

Gracias al grupo de la SEC hemos podido contar con esta herramienta, para así poder basar nuestro trabajo en el uso de la encuesta de Calidad de Vida en jóvenes universitarias y así poder valorar la calidad de vida en relación a sus problemas menstruales, la frecuencia de éstos y el uso de métodos anticonceptivos utilizados, así como las motivaciones y preocupaciones al respecto.

Las características de la encuesta SEC-QOL son las siguientes:

- Consta de 19 ítems con 5 dimensiones.
- Las preguntas hacían referencia al momento presente.
- Categorías de respuesta tipo Likert con 5 niveles:
  - ‘siempre’, ‘casi siempre’, ‘a veces’, ‘raras veces’, ‘nunca’
  - ‘totalmente de acuerdo’, ‘bastante de acuerdo’, ‘ni de acuerdo ni en desacuerdo’, ‘bastante en desacuerdo’, ‘totalmente en desacuerdo’
- El rango de puntuaciones va de 0 (mala CVRS) a 100 (buena CVRS).

A continuación el formato y las preguntas incluidas en la encuesta de la SEC-QOL:

Imagen 1. Cuestionario SEC-QoL con sus dimensiones clasificadas según ítem.

## Cuestionario SEC-QoL

□ Hace referencia al momento presente e incluye 19 ítems con 5 categorías de respuesta tipo likert, agrupados en 5 factores o dimensiones.

	SOC	MENS	MAMA	PSICO	SEX
1. Tengo dolor menstrual unos días antes de que me venga la regla		x			
2. Noto pequeñas molestias en la zona de los riñones los días previos a que me venga la regla		x			
3. Tengo molestias en la zona de los ovarios durante la regla		x			
4. Mis pechos están más duros durante la regla			x		
5. Mis pechos aumentan de tamaño los días previos a que me venga la regla			x		
6. Mis pechos aumentan de tamaño durante la regla			x		
7. Durante los días previos y los primeros días de la regla estoy más nerviosa y tengo menos paciencia				x	
8. Durante los días previos y los primeros días de la regla noto más cansancio en las piernas	x				
9. Durante los días previos y los primeros días de la regla no tengo ganas de hacer deporte o cualquier actividad de movimientos bruscos	x				
10. Durante los días previos y los primeros días de la regla prefiero estar más tranquila y hacer menos cosas	x				
11. Cuando la regla coincide con el fin de semana dejo de hacer cosas por culpa del malestar físico	x				
12. Cuando tengo la regla estoy más nerviosa en el trabajo				x	
13. Durante los días de la regla mi deseo sexual disminuye					x
14. Durante los días previos y los primeros días de la regla estoy nerviosa y susceptible				x	
15. Me preocupa pensar que puedo padecer desarreglos hormonales				x	
16. Cuando me viene la regla mi rendimiento en el trabajo es algo menor por culpa del dolor menstrual		x			
17. Me crea ansiedad pensar que el método anticonceptivo que utilizo en mis relaciones sexuales puede fallar					x
18. Durante los primeros días de la regla cuando hay mayor sangrado rechazo tener relaciones sexuales					x
19. Durante la regla noto que tengo menos vitalidad	x				

La forma de analizar las respuestas de las usuarias sería la siguiente:

- Cada ítem del cuestionario puntúa entre 1 correspondiente a la respuesta 'siempre' y 5 correspondiente a 'nunca'.
- La puntuación, tanto global como por dimensiones, se obtiene de la suma de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los ítems (denominada puntuación real) y tras su estandarización a una escala que entre 0 y 100, utilizando la fórmula siguiente:

$$((\text{punt. real} - \text{punt. mínima}) / (\text{punt. máxima} - \text{punt. mínima})) * 100$$

A modo de ejemplo, la fórmula para la estandarización de la puntuación global del SEC-QoL sería:

$$((\text{punt. real} - 19) / (95 - 19)) * 100$$

- Para la evaluación de la evolución de la CVRS mediante el cuestionario SEC-QOL, se considera como mejoría cualquier diferencia igual o superior a 3,4 puntos (MDI).

Todos estos datos nos han sido facilitado por parte de los autores de la SEC-QOL, facilitando así el uso de la encuesta y haciendo posible nuestro estudio en la población universitaria.

## **Metodología**

- Objetivos:
  - General: Analizar la calidad de vida expresada por las alumnas de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla mediante el cuestionario SEC-QOL.
  - Específicos:
    - Comparar la calidad de vida de las usuarias de los distintos métodos anticonceptivos.
    - Describir cuáles son los métodos más usados por las estudiantes y sus motivaciones para ello.
    - Describir las prácticas sexuales de las alumnas encuestadas.
    - Determinar las dimensiones más afectadas según el método anticonceptivo empleado.
  
- Tipo de estudio realizado: Estudio observacional transversal descriptivo correlacional<sup>9</sup>
  
- Período de estudio: De junio a octubre de 2015.

- Población:

Estudiantes mujeres mayores de 17 años que cursan estudios de Enfermería, Fisioterapia y Podología en la Universidad de Sevilla. La captación de la población se hizo mediante correo electrónico enviado desde el Decanato de la Facultad a todas las alumnas consiguiéndose inicialmente 357 respuestas. Posteriormente, el primer día de clase, que es cuando se presentan las asignaturas y la asistencia es más habitual, se solicitó permiso a los docentes, y se pasó el cuestionario en los primeros 10 minutos de clase, obteniéndose así la muestra de 992 estudiantes. Sólo 2 participantes no cumplían criterios de inclusión, pues ya tenían menopausia, por lo que no se les invitó a participar.

- Las variables estudiadas:
  - Edad: Variable cuantitativa continua. Expresada en años.
  - Titulación: Variable cualitativa nominal. Valores:
    - Enfermería.
    - Fisioterapia.
    - Podología.

○ Métodos anticonceptivos usados a lo largo de la vida: Variable cualitativa nominal dicotómica que respondía a los valores 1: Sí; 2: No para los siguientes métodos anticonceptivos:

- Preservativo.
- Anillo vaginal.
- Marcha atrás.
- Píldora anticonceptiva.
- Implante subdérmico.
- Parches.
- No he utilizado nunca un método anticonceptivo.

○ Método anticonceptivo utilizado actualmente: Variable cualitativa nominal policotómica. Valores:

- Preservativo.
- Anillo vaginal.
- Marcha atrás.
- Píldora anticonceptiva.
- Implante subdérmico.
- Parches.
- No utilizo ningún método.
- Doble método.
- Otro.

○ Tiempo de uso del método anticonceptivo actual: Variable cuantitativa continua. Expresada en meses.

○ Pareja: Si se encuentra actualmente en una relación sentimental. Variable cualitativa dicotómica. Expresada como Si=1; No=2.

○ Desde cuándo: Tiempo desde el que tiene la pareja anterior. Variable cuantitativa continua. Expresada en meses.

○ Frecuencia de relaciones sexuales: Frecuencia con la que mantiene relaciones sexuales. Variable cualitativa nominal policotómica. Expresada con los siguientes valores:

- 1 = No he tenido nunca relaciones sexuales.
- 2 = 1-2 veces a la semana.
- 3 = 1-2 veces al mes.
- 4 = 1-2 veces al año.
- 5 = Más de 2 veces en semana.

○ Edad de la primera relación sexual: Variable cuantitativa continua. Expresada en años.

○ Motivo más importante para la elección de un método anticonceptivo: Variable cualitativa nominal policotómica. Valores:

- 1 = Seguridad de que no me voy a quedar embarazada.
- 2 = Precio.
- 3 = Comodidad en el uso.
- 4 = Disponibilidad.
- 5 = Prevención de infecciones de transmisión sexual.

- Cuestionario SEC-QOL: Cuestionario formado por 19 ítems expresando según una escala nominal ordinal siendo 1= siempre y 5= nunca. Constituido por 5 dimensiones: Social, menstrual, mamaria, psicosocial y sexual. La puntuación ponderada del cuestionario se calcula según la siguiente fórmula:

$$((\text{Puntuación real}-19)/(95-19))*100$$

Cuestionario con un coeficiente de alfa de cronbach de 0.88, correlación intraclase de 0,82.

- Criterios de inclusión y exclusión

Se han incluido en este estudio todas las alumnas matriculadas en la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla para el curso 2015-16 que han querido participar voluntariamente y anónimamente en este estudio mediante el consentimiento informado oral.

Como criterios de exclusión se establecieron el tener la menopausia

- Criterios de análisis de datos:

Se ha efectuado un análisis exploratorio de datos para identificar valores atípicos. Este análisis se ha llevado a cabo para el total de la muestra estudiada así como para los diferentes subgrupos creados. También se ha efectuado un análisis exploratorio gráfico de las diferentes variables estudiadas en función del carácter numérico o no numérico de las mismas. El análisis descriptivo de las variables de carácter cualitativo (no numéricas) se han efectuado tablas de distribución de frecuencias y porcentajes. Para las de tipo cuantitativo (numéricas) se han calculado estadísticas de centralización y de dispersión. En aquellas variables cuya distribución se mostraba simétrica, se ha calculado la media y la desviación típica y en las que la distribución era asimétrica, mediana y recorrido intercuartílico (p25-p75). Además, se calcularon estimadores puntuales e intervalos de confianza al 95% para promedios y porcentajes.

La relación entre dos variables de tipo cualitativo se ha analizado mediante el test de la Chi-cuadrado de Pearson, el test de Chi-cuadrado con corrección de continuidad, asociación de lineal por lineal y la probabilidad exacta de Fisher, según criterios de aplicación. Los resultados significativos de estas pruebas se complementaron con IC al 95% para las diferencias de porcentajes.

En cuanto a las variables numéricas entre dos grupos, se realizó la prueba de la T de Student de muestras independientes para la comparación de medias, una vez validados los requisitos de aleatoriedad, normalidad (Test de Kolmogorov-Smirnov o Shapiro-Wilks según tamaño muestral) e igualdad de varianza (Test de Levene). En caso de no cumplirse este último, se realizó la prueba de la T de Student para muestras independientes con la corrección de Welch. En caso de no cumplirse requisitos de normalidad, se aplicó el test de U de Mann-Whitney.

En caso de considerarse diferencias estadísticamente significativas, se determinaron intervalos de confianza al 95% para las diferencias de medias.

Para la comparación de variables numéricas entre más de dos grupos, y una vez validado los requisitos de independencia, normalidad y homocedasticidad, se realizó la prueba de ANOVA (Análisis de varianza). En caso de no cumplirse los requisitos, el test de Kruskal-Wallis. En caso de detectarse diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los diferentes subgrupos estudiados, se han efectuado pruebas de comparaciones múltiples para identificar entre qué subgrupos se encontraban dichas diferencias, considerando un nivel de significación alfa corregido en función del número de comparaciones efectuadas.

En el análisis de supervivencia, se ha utilizado el estimador no paramétrico de KaplanMeier.

En todos los contrastes de hipótesis se ha considerado un nivel de significación de 0,05. El análisis se ha efectuado con el paquete estadístico SPSS v22.

- Criterios éticos:

En la elaboración de este estudio se han respetado de forma rigurosa los principios éticos recogidos en la declaración de Helsinki (1964), y sucesivamente revisada en Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989), Somerset West (1996), Edimburgo

(2000), Washington (2002), y Seúl (2008), incluyendo la solicitud de consentimiento informado a las jóvenes que han participado en el mismo. La inclusión en el proyecto ha sido voluntaria y la solicitud de participación. El estudio se ha planteado, siguiendo los requisitos de la ley 14/2007 de 3 de Julio, de Investigación Biomédica, cumpliendo los requisitos de idoneidad del protocolo y procedimiento en relación con los objetivos del estudio. De igual manera, se realiza el estudio de acuerdo a lo establecido en la Declaración de Helsinki. El estudio ha sido autorizado por el comité de Ética de la Universidad de Sevilla.



## **Resultados**

Los resultados obtenidos de nuestra investigación se detallan a continuación:

- **Descripción de la muestra:**

Un total de 992 chicas respondieron al cuestionario constituyendo este número el total de la muestra. La titulación con mayor número de respuestas es de Grado en Enfermería siendo el 68% (675) tal como podemos observar en la tabla 1.

**Tabla 1. Distribución de la muestra por titulaciones de respuesta**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Enfermería	675	68.0	68.5
Fisioterapia	163	16.4	16.5
Podología	148	14.9	15.0
Total	986	99.4	100.0

La edad media de las chicas que componen la muestra es de 21.37 años (DE=3.60).

- **Comportamientos anticonceptivos:**

Los métodos anticonceptivos utilizados a lo largo de su vida de la muestra quedan recogidos en la tabla 2 observándose una predominancia del preservativo y la píldora anticonceptiva. No obstante, también se puede observar cómo un 24.4% de la muestra afirma haber empleado alguna vez la marcha atrás como método anticonceptivo.

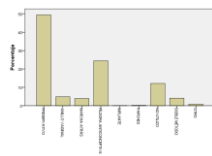
**Tabla 2. Distribución de métodos empleados por las estudiantes**

Método anticonceptivo	Frecuencia	Porcentaje
Preservativo	839	84.6
Anillo vaginal	101	10.2
Marcha atrás	242	24.4
Píldora anticonceptiva	422	42.5
Implante subdérmico	1	0.1
Parches anticonceptivos	10	1
No ha utilizado nunca un método	93	9.4

En cuanto al uso actual que hacen de métodos anticonceptivos se observa en la gráfica 1 que el preservativo es el más usado con un 47.1% (467). seguido de la píldora anticonceptiva 23.3% (231) y en tercer lugar de ningún método anticonceptivo 12.2% (115) cuando el 9.7% manifiesta no haber mantenido nunca relaciones

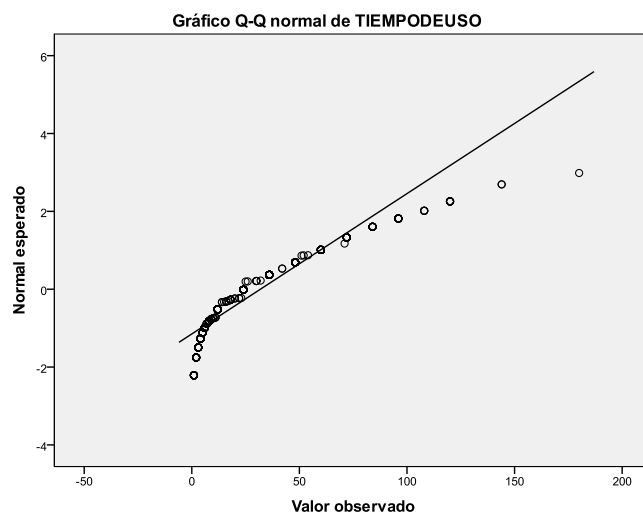
sexuales. por lo que hay un 2.5% que mantiene relaciones sexuales en el momento de la cumplimentación de la encuesta y no usa ningún método contraceptivo.

**Gráfica 1. Distribución de uso de métodos anticonceptivos actualmente de la muestra**



El tiempo medio de uso no sigue criterios de normalidad (ver gráfico 2) y es una variable muy asimétrica por la que se expresa mediante mediana: 24 meses de uso y P25-P75 (12-48 meses).

**Gráfico 2. Distribución de la variable tiempo de uso del método anticonceptivo actual.**



El motivo más importante para la elección de un método es la seguridad que le confiere el método para no tener un embarazo no planificado tal como se recoge en la

siguiente tabla 3 siendo los factores menos importantes el precio y la disponibilidad del método.

**Tabla 3: Motivo principal para la elección de un método anticonceptivo**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Seguridad	547	55.1	69.2
Precio	19	1.9	2.4
Comodidad de uso	63	6.4	8.0
Disponibilidad	17	1.7	2.1
Prevención de ITS	145	14.6	18.3
Total	791	79.7	100.0

- Comportamientos sexuales:

El 67.6% (665) afirma tener pareja desde una media de 36.27 meses (DE=32.02 meses). La edad de la primera relación se fija en 16.71 años (DE= 1.784).

En cuanto a la frecuencia actual de relaciones sexuales tal como se puede observar en la tabla 4 entre 1-2 veces a la semana es la frecuencia más habitual seguida de más de 2 veces a la semana y 1-2 veces al mes.

**Tabla 4. Frecuencia de relaciones sexuales de las alumnas**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
No he tenido nunca	98	9.9	10.3
1-2 veces en semana	403	40.6	42.4
1-2 veces al mes	189	19.1	19.9
1-2 veces al año	48	4.8	5.1
Más de 2 veces en semana	212	21.4	22.3
Total	950	95.8	100.0

- Escala de calidad de vida:

La media de la puntuación es de 46.8 puntos (DE=17.44) para un IC del 95% (45.70-47.88) siguiendo criterios de normalidad cuando utilizamos la escala atribuyéndole a cada ítem una puntuación máxima de 5 puntos. Pero si calculamos la puntuación estandarizada entre 0 y 100 según la fórmula:

$$((\text{Puntuación real} - \text{puntuación mínima (19)}) / (95 - 19)) * 100$$

La media de puntuación total obtenida en el cuestionario de calidad SEC-QOL de usuarios de métodos anticonceptivos es de 54.57 puntos con (DE=13.26) para un IC del 95 % (53.74-55.39).

○ Escala de calidad de vida según dimensiones:

Tal como se especificaba con anterioridad la escala consta de 5 dimensiones a las que responden los 19 ítems del cuestionario. Siendo los ítems 8,9,10 y 11 pertenecientes a la escala social; 1,2,3 y 16 la dimensión menstrual; 4,5,6 la dimensión mamaria; 7,12,14,15 la dimensión psicosocial y 13,17 y 18 la dimensión sexual.

**Tabla 5. Puntaciones según dimensiones de la escala**

	Puntuación media	DE	IC
Social	15.48	4.92	15.17-15.79
Menstrual	11.28	3.83	11.94-11.52
Mamaria	7.13	3.44	6.92-7.35
Psicosocial	11.95	3.77	11.71-12.18
Sexual	8.73	2.80	8.55-8.90

De todas las dimensiones atendiendo a la puntuación máxima que se puede obtener cabe resaltar que la dimensión que alcanza puntuaciones más altas y, por tanto expresan mejor calidad de vida, es la social, seguida de la psicosocial, sexual, menstrual y por último la mamaria (Ver tabla 5).

- Calidad de vida según el método anticonceptivo empleado:

A continuación en la tabla 6 se puede observar las puntuaciones medias que han obtenido las usuarias de los distintos métodos anticonceptivos.

**Tabla 6. Distribución de puntuaciones medias en cuestionario de calidad de vida según método empleado**

	N	Media	Desviación estándar	IC	
				Límite inferior	Límite superior
Preservativo	467	44.8721	16.32750	43.3874	46.3568
Anillo vaginal	46	54.0904	17.64495	48.8505	59.3303
Marcha atrás	37	43.2432	15.68914	38.0122	48.4743
Píldora anticonceptiva	231	50.2449	18.02596	47.9081	52.5818
Implante	1	75.0000	.	.	.
Parches	2	56.5789	3.72161	23.1416	90.0163
No utilizo	115	46.9108	18.72608	43.4515	50.3700
Doble método	39	46.9973	14.77263	42.2086	51.7860
Otro	8	58.0592	15.07529	45.4560	70.6625
Total	946	47.0722	17.24500	45.9718	48.1725

A nivel descriptivo observamos que la puntuación mayor la obtiene una usuaria de implante que alcanza los 75 puntos en la escala. Sin embargo, no sería relevante ni concluyente ya que sólo hay una alumna usuaria de este tipo de método. Los métodos hormonales en general obtienen una puntuación más alta que el preservativo y la marcha atrás, siendo esta última la que menor puntuación refiere. Las no usuarias de métodos anticonceptivos se igualan en puntuaciones a las usuarias de preservativo.

Si agrupamos los métodos según sean hormonales o no, se observan diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.001$ ), (ver tabla 7).

**Tabla 7. Distribuciones medias de calidad de vida según métodos barrera/naturales vs hormonales**

	N	Media	Desviación estándar
Preservativo/marcha atrás	627	45.32	16.79
Métodos hormonales	317	50.48	17.67

Se muestran diferencias estadísticamente significativas dependiendo del uso del método anticonceptivo que se haga para las puntuaciones individuales de calidad de vida de las dimensiones menstruales ( $p < 0.001$ ), mamaria ( $p = 0.002$ ) y sexual ( $p < 0.001$ ). No observándose para las dimensiones social y psicosocial tal como se puede observar en la tabla 8.

**Tabla 8. Puntuaciones obtenidas en el cuestionario de calidad de vida agrupados por dimensiones según método utilizado actualmente**

	Dimensión social	Dimensión menstrual	Dimensión mamaria	Dimensión psicosocial	Dimensión sexual
Chi-cuadrado	7.169	26.888	18.545	11.025	51.909
Gl	5	5	5	5	5
Sig. asintót.	.208	.000	.002	.051	.000

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: Anticonceptivo usado actualmente

Si agrupamos el método anticonceptivo usado según si son hormonales o no, las puntuaciones obtenidas son las que se pueden observar en la siguiente tabla 9:

**Tabla 9. Comparativa de puntuaciones según dimensiones de la escala de calidad y uso de métodos hormonales o no**

Dimensión	Uso de métodos no hormonales	Uso de métodos hormonales	Valor de p	IC	
				superior	inferior
	Medía (DE)	Medía (DE)			
Social	15.25 (4.92)	16.03 (4.77)	0.020	-1.44	-0.12
Menstrual	10.93 (3.70)	12.12 (3.87)	0.000	-1.69	-0.68
Mamaria	7.00 (3.45)	7.52 (3.40)	0.027	-0.99	-0.06
Psicosocial	11.85 (3.77)	12.23 (3.72)	0.135	-0.89	-0.12
Sexual	8.42 (2.77)	9.46 (2.61)	0.000	-1.40	-0.67

Las diferencias significativas se establecen para las dimensiones social, menstrual, mamaria y sexual.

Variables asociadas a la calidad de vida de las usuarias:

- Edad: Al estudiar las variables edad y puntuación obtenida no se observan diferencias estadísticamente significativas.
- Titulación: No existen tampoco diferencias según el tipo de titulación que estén cursando las alumnas.
- Tiempo de uso del método anticonceptivo: No existen diferencias estadísticamente significativas ( $p=0.066$ ) en las puntuaciones obtenidas de calidad de vida y el tiempo medio de uso de los métodos anticonceptivos hormonales. Las mujeres que llevan más tiempo usando métodos hormonales no tienen mejor calidad de vida que las que llevan menos.

- Otras asociaciones relevantes:

Las diferencias estadísticamente significativas existen cuando nos preguntamos si la frecuencia de las relaciones sexuales está relacionada con el uso de un método anticonceptivo u otro. Se observa que hay chicas que siguen asumiendo riesgos pues manifiestan usar la marcha atrás como método y su frecuencia de relaciones sexuales es de más de 2 veces a la semana.

Los métodos hormonales son más habituales su uso cuando las relaciones sexuales son más frecuentes mientras que cuando las relaciones sexuales son esporádicas se utiliza el preservativo.  $P < 0.001$ .

Existen diferencias entre el método que están usando actualmente, preservativo o hormonal, y el motivo más importante que les lleva a elegir un método ( $p < 0.001$ ). Las mujeres para las que lo más importante es prevenir una infección de transmisión sexual (ITS) utilizan con más frecuencia el preservativo (77.5% vs 22.5%) que las que optan por un método hormonal. La principal causa para elegir un método de las que han optado por un hormonal es la seguridad de no embarazo, seguido de comodidad en el uso. (Ver tabla 10). El precio no es un condicionante en general para las mujeres.

<b>Tabla 10. Motivo para la elección de un método hormonal u otro</b>						
	Seguridad de no embarazo	Precio	Comodidad de uso	Disponibilidad	Prevención de ITS	
Preservativo/marcha atrás	331 (67.2%)	10 (2%)	24 (4.9%)	15 (3.1%)	110 (22.4%)	490
Métodos hormonales	197 (71.6%)	9 (3.3%)	36 (13.1%)	1 (0.4%)	32 (11.6%)	275
Total	528	19	60	16	142	765

Para las usuarias de preservativo o marcha atrás, la seguridad de no quedarse embarazada es también lo más importante, seguido de la prevención de ITS y comodidad uso tal como se recoge en la tabla 10.

## **Discusión:**

Recientemente ha sido publicada la encuesta de anticoncepción SEC 2014<sup>4</sup> la cual respondieron más de dos mil mujeres de entre 16 y 49 años. Ya en esta encuesta el 89,9% de las mujeres manifestaron haber tenido relaciones sexuales, dato algo superior el que hemos obtenido en nuestro estudio donde la edad media de la muestra es de 21.37 años (DE=3.60) y el 90,1% afirma haber tenido relaciones sexuales. La edad media de inicio de las relaciones sexuales en España está datada en 21 años según dicha encuesta, mientras que en nuestro estudio realizado con universitarias es de 16,71 años (DE=1.78), dato similar al obtenido en otros estudios previos realizados en jóvenes españolas donde la edad media de inicio ronda los 16 años. Aunque en el estudio realizado por Rodríguez Carrión et al en 2012 con adolescentes andaluces se estimó la edad media de inicio en los 14.4 años para chicas y 14 años para chicos.<sup>11</sup>

En cuanto a la frecuencia de relaciones sexuales se observa en nuestro estudio que lo más habitual es tener relaciones 1-2 veces a la semana, aunque también hay un porcentaje bastante importante que afirma tenerlas más de 2 veces a la semana.

Según la encuesta SEC los métodos anticonceptivos más utilizados son los preservativos y la píldora anticonceptiva, resultados similares a los hallados en nuestra investigación. Cuando preguntamos a nuestras encuestadas qué métodos han utilizado nos revelan el preservativo en primer lugar (84.6%), seguido de la píldora anticonceptiva (42.5%) y en tercer lugar encontramos la marcha atrás como método anticonceptivo referido (24.4%). En la encuesta nacional de la SEC el 0.8% refiere que utiliza la marcha atrás como método contraceptivo. Observamos que métodos como el DIU o el implante subdérmico no es habitual en este grupo etario algo ya manifestado en la encuesta SEC donde se le atribuye su uso a usuarias de más de 30 años. Estas estadísticas se mantienen cuando les preguntamos por el método que emplean actualmente relevándose que hay un 2,5% de jóvenes que mantienen relaciones sexuales sin protección, inferior al 15.9% arrojado por la encuesta SEC<sup>4</sup>.

En cuanto al uso del doble método, está muy lejos de las estadísticas europeas donde alcanzan un porcentaje amplio dentro de la población femenina. En nuestro estudio sólo hemos constatado que un porcentaje de 4.1% usa el doble método.



Entre los motivos para la elección de un método, al igual que en estudios previos, se encuentran la seguridad de no embarazo, y en segundo lugar la prevención de infecciones de transmisión sexual. Otros factores como el precio, la comodidad de uso o la disponibilidad le siguen. En la encuesta SEC el motivo principal fue la comodidad de los métodos, seguido de la indicación médica.

La puntuación media obtenida durante la validación del cuestionario fue de 59.2 puntos para el grupo A (usuarias de métodos anticonceptivos de forma consistente), 46.6 para el grupo B (usuarias de métodos anticonceptivos de forma mantenida en los siguientes 4 meses) y 49.8 para el grupo C (usuarias de métodos contraceptivos de forma discontinua), puntuación algo superior por las participantes de nuestro estudio que obtuvieron una media de 54.57 puntos (DE=13.26).

Si comparamos las puntuaciones obtenidas en el estudio que se derivó de la validación de la escala SEC-QOL observamos que las puntuaciones para la dimensión social fueron 65.2, 53.7, 54.9 en los grupos anteriormente referidos, mientras que en nuestro estudio la puntuación media es de 77.4, superior a la expresada<sup>12</sup>.

Tal como se desprende de la bibliografía<sup>13</sup> las usuarias de métodos hormonales refieren también en nuestro estudio un nivel de calidad de vida superior obteniendo una puntuación media de 50.48 (DE 16.79) frente al 45.32 (DE 16,79) de las usuarias de otros métodos.

En cuanto a la dimensión menstrual las puntuaciones de dicho estudio fueron 63.9, 46 y 54.9. En nuestro estudio la media estuvo en 56.4 Siendo la dimensión que más afecta a la calidad de vida junto con la dimensión mamaria para la que obtuvimos una puntuación media de 47.53 frente a los valores 55, 47.7 y 43.9 del estudio anteriormente citado.

Las puntuaciones de la escala psicosocial son similares en ambos estudios. En nuestro estudio la puntuación media es de 59.75 frente a 72.2, 60.1 y 60 del estudio de Pérez-Campos et al.<sup>12</sup>

Cuando nos referimos a la puntuación de la dimensión sexual obtenemos una media superior (58.2) a la obtenida de 53.8, 38.8 y 42.9 puntos del estudio que se realizó cuando se validó el cuestionario SEC-QOL.<sup>13</sup>

Con el estudio que hemos realizado ponemos de manifiesto cómo las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales responden a puntuaciones más altas en la encuesta de calidad de vida si las comparamos con las usuarias de preservativo o marcha atrás (50.48 v 45.32).

Según los resultados de la validación del cuestionario<sup>13</sup> existían diferencias en todas las dimensiones excepto en la mamaria para aquellas usuarias de métodos contraceptivos empleados correctamente. En nuestro estudio observamos diferencias en las dimensiones menstruales ( $p<0.001$ ), mamaria ( $p=0.002$ ) y sexual ( $p<0.001$ ) cuando se usan métodos hormonales frente a otros, no observándose para las dimensiones social y psicosocial.

Dentro de las limitaciones que podemos definir de nuestro trabajo está el que la muestra esté constituida exclusivamente por universitarias jóvenes pues tal como se ha puesto de manifiesto en otros estudios, las universitarias son las que mejor grado de cumplimiento de métodos contraceptivos tienen. Sería interesante para próximos estudios ampliar la muestra, a jóvenes no universitarias e incluir también estudiantes de otras carreras que no sean de la rama de Ciencias de la Salud. Esta puede ser una prospectiva para la investigación en este campo.

En cuanto a las implicaciones que tiene esta investigación para la práctica clínica se encuentra el consejo dirigido a las jóvenes que podemos realizar, ensalzando cómo los métodos anticonceptivos hormonales pueden no solamente anular la probabilidad de embarazo, sino también reducir la sintomatología asociada al síndrome premenstrual tal como arrojan los resultados de esta investigación. No obstante, habría que hacer más énfasis en el doble método para la prevención de infecciones de transmisión sexual.

## **Conclusiones:**

- La calidad de vida de las universitarias usuarias de métodos anticonceptivos difiere según el método empleado, obteniéndose puntuaciones más altas de calidad de vida en la escala SEC-QOL cuando los métodos elegidos son hormonales.
- Los métodos anticonceptivos más empleados son el preservativo y la píldora anticonceptiva. El doble método es poco utilizado, así como los métodos de larga duración como el implante, o el DIU en este grupo etario.
- Las dimensiones que muestran mejores puntuaciones en la escala SEC-QOL y por tanto mejor calidad de vida son por orden la social, psicosocial, sexual, menstrual y mamaria.
- El uso de métodos hormonales hace mejorar las dimensiones social, menstrual, sexual y mamaria según la escala SEC-QOL.

## **Bibliografía**

1. Organización Mundial de la Salud. Consejo ejecutivo. 113ªreunión de diciembre 2013. Proyecto de estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo. Disponible en: [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/EB113/seb11315a1.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB113/seb11315a1.pdf)
2. Mazarrasa Alvear L, Gil Tarragato S. Salud sexual y reproductiva. Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género y Salud. Escuela Nacional de Sanidad: Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de sanidad y consumo. 2006.
3. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Madrid: Ministerio de Sanidad, política social e igualdad. 2011.
4. Encuesta Anticoncepción SEC 2014.
5. Documento de Consenso SEGO 2010.
6. Kimberly A Yonkers, Robert F Casper. Epidemiology and pathogenesis of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. Uptodate 2015.
7. Kimberly A Yonkers, Robert F Casper. Clinical manifestations and diagnosis of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. Uptodate 2015.
8. Robert F Casper, Kimberly A Yonkers. Treatment of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. Uptodate 2015.
9. Argimón Pallás JM, Jiménez Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Barcelona: 3ªEdición. 2004.
10. OMS. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF. World Health Organization.
11. Rodríguez Carrión J, Traverso Blanco CI. Conductas sexuales en adolescentes de 12 a 17 años de Andalucía. Gac Sanita 2012; 26:519-24.
12. Pérez-Campos E, Dueñas JL, de la Viuda E, Gómez MÁ, Lertxundi R, Sánchez-Borrego R et al. Development and validation of the SEC-QOL questionnaire in women using contraceptive methods. Value Health. 2011 Sep-Oct;14(6):892-9.
13. Kennedy S, Bergqvist A, Chapron C, D'Hooghe T, Dunselman G, Greb R et al. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. Hum Reprod. 2005 Oct;20(10):2698-704