



Adaptación transcultural de una escala sobre conocimientos y actitudes de métodos anticonceptivos en adolescentes, del contexto cultural peruano al colombiano

- Cross-cultural Adaptation of a Scale About Knowledge and Attitudes of Contraceptive Methods in Adolescents, from the Peruvian to Colombian Cultural Context
- Adaptação transcultural de uma escala sobre conhecimentos e atitudes de métodos contraceptivos em adolescentes, do contexto cultural peruano ao colombiano

Resumen

Actualmente la educación sexual y reproductiva continúa siendo un tabú para algunas familias, lo que ha relegado a los colegios la responsabilidad de la formación integral en sexualidad. Esta formación incluye el componente de planificación familiar, el cual debe ser abordado oportunamente, teniendo en cuenta que en Colombia el inicio de las relaciones sexuales ocurre entre los 14 y 15 años aproximadamente. Una medición objetiva sobre deficiencias en cuanto a educación sexual y reproductiva en los adolescentes es posible obtenerse por medio de escalas con adecuadas características psicométricas. Por lo tanto, el objetivo de este artículo de investigación fue adaptar culturalmente una escala peruana validada con conocimientos y actitudes sobre métodos anticonceptivos en adolescentes. La metodología para llevar a cabo el proceso de adaptación inició con la autorización para el uso de la escala por parte de sus autores, posteriormente se realizó un primer grupo focal, se notificaron las modificaciones sugeridas, y al ser aceptadas se llevó a cabo un segundo grupo focal y se construyó la versión final en español colombiano. Diez estudiantes de educación media de dos colegios oficiales de Bogotá fueron incluidos, la mayoría de los cambios sugeridos fueron debidos a palabras desconocidas, dificultades en la redacción y problemas de interpretación. Finalmente, la escala modificada puede considerarse para el uso en Colombia, teniendo en cuenta que se realizó el proceso de adaptación transcultural en una población escolar.

Carlos Alberto Castro-Moreno*
Angélica Monterrosa-Blanco**
Ferney Baquero-Quevedo***
Carlos Melo-Ramírez****
Liseth Losada-Rodríguez*****

* Médico epidemiólogo, profesor asistente, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS), Bogotá, Colombia. cacastro@fucsalud.edu.co. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3259-829X>.

** Médica, estudiante de maestría en Epidemiología clínica, FUCS, Bogotá, Colombia. ammonterrosa@fucsalud.edu.co. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5279-7013>.

*** Médico efebólogo, instructor asistente, FUCS, Hospital de San José. IPS Virrey Solís, Bogotá, Colombia. fabaquero@fucsalud.edu.co. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5478-6086>.

**** Médico gineco-obstetra, profesor asistente, FUCS, Hospital de San José, Bogotá, Colombia. crmelo@fucsalud.edu.co. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3784-5288>.

***** Médica, estudiante de maestría en Epidemiología clínica, FUCS, Bogotá, Colombia. llosada@fucsalud.edu.co. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1460-8837>.



Se recalca la importancia de contar con la autorización de los autores de la escala e idealmente adaptar escalas validadas en poblaciones con características similares.

Palabras clave

conocimiento; adolescente; anticonceptivos; escala; adaptación transcultural; educación sexual

Abstract

Currently sexual and reproductive education continues to be a taboo in some families, consequently, the responsibility of comprehensive sexuality education has been transmitted to schools. This education includes the family planning component, which must be approached in a timely manner, considering that in Colombia, the beginning of sexual activity occurs between approximately 14 and 15 years of age. An objective measurement of deficiencies in terms of sexual and reproductive education in adolescents can be obtained through scales with adequate psychometric characteristics. Therefore, the objective of this research article was to culturally adapt a validated Peruvian scale of knowledge and attitudes about contraceptive methods in adolescents. The methodology to carry out the adaptation process began with the authorization for the use of the scale by its authors, later a first focus group was carried out, the suggested modifications were notified, and when they were accepted a second focus group was carried out and the final version was built in Colombian Spanish. Ten high school students from two official schools in Bogotá were included; most of the suggested changes were due to unknown words, difficulties in understanding wording and interpretation problems. Finally, the modified scale can be considered for use in Colombia, considering that the cultural adaptation process was carried out in a school population. The importance of having the authorization of the authors of the scale and ideally adapting validated scales in populations with similar characteristics is emphasized.

Keywords

knowledge; adolescent; contraceptive agents; scale; cross-cultural adaptation; sexual education

Resumo

Atualmente, a educação sexual e reprodutiva continua sendo um tabu para algumas famílias, consequentemente, o que tornou às escolas a responsabilidade da formação integral em educação sexual integral. Esta educação inclui o componente de planejamento familiar, que deve ser abordado oportunamente, levando em consideração que na Colômbia o início das relações sexuais ocorre aproximadamente entre os 14 e 15 anos de idade. Uma medida objetiva sobre as deficiências em termos de educação sexual e reprodutiva nos adolescentes pode ser obtida por meio de escalas com características psicométricas adequadas. Portanto, o objetivo deste artigo de pesquisa foi adaptar culturalmente uma escala peruana validada com conhecimentos e atitudes sobre métodos contraceptivos em adolescentes. A metodologia para a realização do processo de adaptação iniciou com a autorização para o uso da escala pelos seus autores, posteriormente foi realizado um primeiro grupo focal, notificaram-se as modificações sugeridas e, após aceitação, foi realizado um segundo grupo focal, construindo a versão final em espanhol colombiano. Foram incluídos dez alunos do ensino médio de duas escolas oficiais de Bogotá, a maioria das mudanças sugeridas foram devido a palavras desconhecidas, dificuldades na redação e problemas de interpretação. Finalmente, a escala modificada pode ser considerada para uso na Colômbia, levando em consideração que o processo de adaptação transcultural foi realizado em uma população escolar. Ressalta-se a importância de ter a autorização dos autores da escala e, idealmente, adaptar escalas validadas em populações com características semelhantes.

Palavras-chave

conhecimento; adolescente; contraceptivos; escala; adaptação transcultural; educação sexual

Introducción

Las instituciones educativas y el hogar son dos pilares fundamentales en la educación sexual de los adolescentes. Estos no deben actuar desarticuladamente, sino como un complemento, permitiendo diferentes fuentes confiables de información y de consulta para ellos (Cárdenas-Molina, 2015). En estos escenarios se construye bilateralmente el conocimiento sobre sexualidad, como parte de un proceso donde convergen el ejemplo y la buena comunicación mediante estrategias y didácticas de aprendizaje, con el propósito de forjar adolescentes con criterio para tomar decisiones informadas y responsables. Sin embargo, en la sociedad latinoamericana algunas familias transfieren completamente a la escuela la responsabilidad de la educación sexual, lo que se vuelve un obstáculo para la enseñanza y provoca que el adolescente encuentre fuentes de información sin orientación. Una de las principales razones para que la relación y comunicación entre el adolescente y la familia se trunque es la incomodidad de la familia para abordar estos temas, teniendo en cuenta que aún se consideran tabú y se prefiere no discutir al respecto. Es frecuente que padres y madres piensen que al abordar la sexualidad desde el hogar y a temprana edad se legitima el inicio de la vida sexual, de manera que la prohibición y el castigo se convierten en la vía más fácil (Caricote Agreda, 2008).

En la actualidad las instituciones educativas asumen esta responsabilidad, en la mayoría de los casos sin apoyo familiar, lo cual obliga a explorar diferentes estrategias pedagógicas que varían considerablemente, dependiendo de los programas de cada colegio. Sin embargo, algunas estrategias educativas se limitan a lo biológico y lo genital, dejando de lado lo fundamental para la educación sexual, esto es: el reconocimiento

propio como individuo, su papel en la sociedad, la equidad de género, el respeto por el prójimo y la relación entre la sexualidad y la afectividad, lo cual determina la elaboración de un sujeto capaz de dimensionar su propio ser y la integración con su entorno (González Gómez, 2015; Pássaro *et al.*, 2019; Valencia y Martínez, 2009).

Varios autores reafirman que la principal fuente de información sobre sexualidad proviene de los colegios; sin embargo, en la búsqueda de respuestas a sus interrogantes, los adolescentes acuden usualmente a pares, farmacias, internet y en última instancia a sus padres, por las barreras de comunicación existentes para consultar y debatir estos asuntos. Asimismo, con escasa frecuencia los adolescentes acuden a los profesionales de la salud para resolver sus dudas sobre sexualidad (Álvarez Vásquez *et al.*, 2019; Dávila Obando y Hurtado Balanta, 2018; Lapeira Panneflex *et al.*, 2016). En este orden de ideas, existen diferentes programas e iniciativas nacionales e internacionales sobre educación sexual y acceso a asesoría en salud y planificación familiar, que pretenden evitar que los conocimientos de los adolescentes en salud sexual y reproductiva se construyan de forma autónoma, realizándolo desde dos vías: apoyando a las instituciones educativas y ofreciendo fuentes directas de información para los adolescentes (Organización de la Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [Unesco], 2018). Dentro de estas temáticas, la planificación familiar tiene especial importancia en la educación sexual y reproductiva, debido a que gran parte de los adolescentes inician las relaciones sexuales durante esta etapa del ciclo vital (entre los catorce y los quince años) (Departamento Nacional de Planeación, 2015). No obstante, existe desuso y desinformación de los métodos anticonceptivos, sus mecanismos de acción y potenciales

consecuencias derivadas de una sexualidad no protegida (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019).

De acuerdo con lo anterior, el diagnóstico oportuno de estas problemáticas debe realizarse objetivamente para generar intervenciones a partir de los hallazgos y resultados encontrados. Una alternativa es el uso de herramientas o instrumentos de medición de variables o atributos, en el contexto de un proyecto de investigación, las cuales deben tener características metodológicas que permitan acercarse a la verdad de lo que se está evaluando (Coronado Padilla, 2007). Esto sugiere que la estructuración o búsqueda de encuestas o cuestionarios de recolección de información deben tener una evaluación *a priori* por parte de los investigadores, a fin de corroborar que el instrumento tenga variables para alcanzar el objetivo y mida lo que debe medir. La disponibilidad de escalas que se encuentran en otro idioma o en un español de otro país latino implica una adaptación cultural, que favorezca su utilización por parte de otros investigadores que pretendan encontrar respuestas a una pregunta de investigación similar (Osorio Villada *et al.*, 2011; Zapata Rotundo y Canet Giner, 2008).

En consecuencia, existe interés por fortalecer la educación integral en sexualidad, respetando la autonomía de cada institución y esperando reducir la heterogeneidad en la formación sexual y reproductiva. A esta problemática se suma la falta de diagnóstico situacional específico por medio de estudios que permitan la identificación de vacíos conceptuales en los adolescentes. En esta misma línea, el éxito de estos estudios está ligado a la utilización de instrumentos o escalas validadas, las cuales no se identificaron en Colombia. Esto sustenta el objetivo de este artículo de investigación, que espera adaptar transculturalmente una escala peruana validada, de conocimientos y actitudes sobre métodos anticonceptivos en adolescentes.

Antecedentes

El conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en la población adolescente ha sido evaluado en otros estudios de investigación usando escalas de medición; la mayoría coinciden en que aproximadamente un 65 % de los adolescentes demuestran un conocimiento regular o medio sobre los métodos anticonceptivos, una cuarta parte (25 %) un conocimiento bajo, y en menor proporción (10 %) demuestran un conocimiento alto. De igual forma, en cuanto a la actitud, aproximadamente el 80 % de los adolescentes resulta indiferente (Álvarez Vásquez *et al.*, 2019; Dávila Obando y Hurtado Balanta, 2018). Además, el desconocimiento se evidencia en las cifras sobre los embarazos no planeados en el país, donde una de cada cinco adolescentes entre los quince y los diecinueve años alguna vez ha estado embarazada; de la misma forma, por la presencia de infecciones de transmisión sexual, teniendo en cuenta que el 30 % de los diagnósticos se realizan en menores de veinticinco años; asimismo, se identifica por el desuso de la anticoncepción (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Con respecto al uso de instrumentos de recolección de información, la mayoría de los estudios identificados que buscaban determinar el conocimiento y las actitudes sobre métodos anticonceptivos en población adolescente, utilizaron cuestionarios diseñados por los investigadores después de una búsqueda ampliada de la literatura, cuestionarios avalados por expertos o encuestas empleadas en otros estudios, pero sin reportar un proceso de adaptación cultural o determinación de su validez o confiabilidad en la población de aplicación. Lo anterior sugiere la presencia de sesgos de medición desde el punto de vista metodológico, por la incertidumbre sobre si los cuestionarios autodiseñados miden lo que pretenden medir, o aquellos que han sido utilizados en otras poblaciones con diferencias culturales son reproducibles. Por tal razón, el uso de escalas validadas y adaptadas culturalmente fortalecen el rigor metodológico y la robustez de los resultados.

Marco conceptual

El conocimiento es el resultado de un proceso de aprendizaje progresivo y continuo, que implica información, aprendizaje, razón y análisis. Este proceso constructivo se desarrolla durante la vida y se enriquece con las experiencias (Ramírez, 2009). Por otro lado, la actitud es la tendencia o predisposición a evaluar un objeto, que da lugar a una postura de rechazo o de aceptación (Hernández Sampieri *et al.*, 2014), también ha sido definida como una evaluación afectiva donde se desencadenan sentimientos favorables o desfavorables. A menudo, suelen estar influenciadas por el entorno familiar, social, cultural, las creencias y las experiencias. Debido a que la actitud no se puede observar de forma directa, esta debe inferirse a partir de la inclinación individual a responder con rechazo o aceptación a los estímulos mediante la conducta abierta,

la comunicación verbal y no verbal (Vargas Ruiz, 2007).

El conocimiento y las actitudes de los adolescentes sobre la anticoncepción dependen de la educación sexual integral y su entorno, por esto la Unesco ha desarrollado orientaciones técnicas donde se presenta la necesidad de programas educativos dirigidos a niños y jóvenes. Igualmente, la Unesco define la *educación integral en sexualidad* como un proceso de enseñanza y aprendizaje que tiene en cuenta los ámbitos cognitivo, psicológico, físico y social, donde los niños y jóvenes cuentan con herramientas y argumentos para determinar cómo sus decisiones influyen sobre su bienestar e identificar la importancia de construir relaciones basadas en el respeto, para que estas se constituyan de forma sana y segura (Unesco, 2018). En cuanto al aspecto reproductivo de la educación sexual, la OMS define la *planificación familiar* como la estrategia para ejercer el derecho de tener la cantidad de hijos deseados en intervalos de tiempos estructurados. Esta planificación se logra mediante el conocimiento y uso adecuado de los diferentes métodos anticonceptivos disponibles (OMS, 2018).

Metodología

Para contextualizar la adaptación cultural de esta escala, es importante mencionar que esta será utilizada en el proyecto “Conocimiento, actitudes y significados sobre los métodos anticonceptivos y la educación sexual en docentes, padres y estudiantes de noveno, décimo y undécimo, en doce colegios mixtos, oficiales y privados, de Colombia. 2020-2021”.

Se llevó a cabo una búsqueda ampliada de la literatura esperando encontrar una escala validada en población de educación media; como resultado, se seleccionó la escala titulada *Nivel de conocimiento y actitudes hacia el*

uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de I. E. S. M. MORB Iquitos, 2015". Esta fue el producto de un requisito para el grado de Nixan Dávalos, Arminda Ríos y Simy Ruiz de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana (UNAP) de Iquitos (Perú) (Dávalos Zumaeta *et al.*, 2015). La validación de la escala se llevó a cabo en una muestra calculada de 260 estudiantes (población $n = 807$) de cuarto y quinto de secundaria, de un colegio oficial de Iquitos. La escala fue aplicada de manera voluntaria y a estudiantes sin discapacidades para brindar información. Después del análisis, se determinó una validez del 82 % y una confiabilidad de 0,81 según el alfa de Cronbach para la escala de actitudes y un Kuder-Richardson ($KR-20$) de 0,71 para la escala sobre conocimientos. El grupo de investigadores evaluó las características metodológicas y determinó el cumplimiento de propiedades psicométricas. A continuación, se comunicó con las autoras y solicitó la autorización para realizar la adaptación transcultural al contexto colombiano.

En cuanto a las consideraciones éticas en investigación con seres humanos, es importante mencionar que este proyecto tuvo en cuenta la autonomía y la confidencialidad de los participantes, y fue presentado y aprobado por un Comité de Ética de Investigación con Seres Humanos (CEISH, acta 0348-2020).

Caracterización de la escala

La escala de conocimientos sobre métodos anticonceptivos tiene 16 preguntas de opción múltiple, con única respuesta. El nivel de conocimiento se considera adecuado con 11 a 16 preguntas correctas; por el contrario, con menos de 11 preguntas correctas se clasifica como inadecuado. Por otro lado, la escala está compuesta por 24 ítems con respuesta tipo Likert (tres categorías: De acuerdo, Indeciso y En desacuerdo). Las proposiciones impares son "positivas", estas se puntúan de forma descendente, es decir, al señalar De acuerdo se obtienen 3 puntos; Indeciso, 2 puntos; y 1 punto por señalar En desacuerdo. En contraste, los enunciados pares son "negativos" y su puntuación es ascendente; se obtiene 1 punto si se señaló De acuerdo, Indeciso 2 puntos y 3 puntos al marcar En desacuerdo. Se identifican actitudes de rechazo hacia el uso de métodos anticonceptivos al obtener entre 24 y 53 puntos, y de aceptación con 54 a 72 puntos (Dávalos Zumaeta *et al.*, 2015).

En los cuadros 1 y 2 se presentan las preguntas de ambas escalas.

Cuadro 1. Enunciados de la escala acerca de conocimientos sobre métodos anticonceptivos

1	¿Qué son los métodos anticonceptivos?	9	¿Cuál es el uso correcto del condón?
2	¿Qué tipos de métodos anticonceptivos conoce?	10	¿En qué momento se coloca el condón?
3	¿Cuáles son los métodos anticonceptivos de barrera?	11	¿Cuándo se debe iniciar a tomar la píldora anticonceptiva?
4	¿Cuáles son los métodos anticonceptivos hormonales?	12	¿Cuándo se toma la píldora anticonceptiva?
5	¿Cuáles son los métodos anticonceptivos naturales?	13	¿Dónde y en qué momento se colocan los óvulos?
6	¿Cuáles son los métodos anticonceptivos definitivos o quirúrgicos?	14	¿Dónde y en qué momento se colocan las cremas?
7	¿En qué consiste el método anticonceptivo del ritmo o calendario?	15	¿Cada cuánto tiempo se colocan las ampollas anticonceptivas?
8	¿Cuál es la forma correcta de abrir el condón o preservativo?	16	¿En qué consiste el coitus interruptus?

Fuente: elaboración propia.

Cuadro 2. Enunciados de la escala acerca de actitudes hacia los métodos anticonceptivos

1	Usar métodos anticonceptivos garantiza embarazos planificados.	13	Personas sanas o con VIH deben usar algún método anticonceptivo.
2	Usar métodos anticonceptivos garantiza embarazos precoces.	14	Solo las personas con VIH usan algún método anticonceptivo.
3	Sanos y con ITS deben usar métodos anticonceptivos.	15	Los adolescentes deben usar mayoritariamente los preservativos.
4	Solo los que tienen ITS deben usar métodos anticonceptivos.	16	Los preservativos deben ser usados más por los adultos.
5	La fidelidad de la pareja promueve el uso de los métodos anticonceptivos.	17	El uso de espermicidas facilitan la respuesta sexual satisfactoria.
6	El uso de métodos anticonceptivos promueve la infidelidad en la pareja.	18	El uso de espermicidas incomoda en el acto sexual.
7	Usar métodos anticonceptivos favorece el sexo seguro.	19	El uso del condón favorece la sensación de placer durante el acto sexual.
8	Solo los métodos naturales favorece el sexo seguro.	20	El uso del condón incomoda durante el acto sexual.
9	Hombres y mujeres usan métodos anticonceptivos al inicio de las relaciones sexuales.	21	El uso de píldoras anticonceptivas producen bienestar y seguridad en la mujer.
10	Al iniciar las relaciones sexuales, solo la mujer usa métodos anticonceptivos.	22	El uso de píldoras anticonceptivas incomoda el acto sexual.
11	Todas las parejas que tienen relaciones sexuales deben utilizar métodos anticonceptivos.	23	La obesidad no depende al uso de métodos anticonceptivos.
12	Solo las parejas enfermas que tienen relaciones sexuales deben usar métodos anticonceptivos.	24	La obesidad depende solo del uso de métodos anticonceptivos.

Fuente: elaboración propia.

Adaptación transcultural

Es el proceso por medio del cual se adapta lingüística y culturalmente una escala ya existente, utilizada previamente en otras regiones. Cuando estas se pretendan aplicar, idealmente en poblaciones con características similares, se deben considerar dificultades con las interpre-

taciones de preguntas que hagan referencia a situaciones de una cultura que no sean propias del lugar de aplicación. Al utilizar una escala en un idioma diferente al de la original, es necesario traducir las preguntas al idioma de aplicación y luego realizar una retrotraducción o traducción inversa para comparar ambas versiones en el idioma de la escala original, y

así verificar la equivalencia conceptual y de los significados de los ítems. Después se realiza una evaluación preliminar del instrumento por medio de pruebas piloto (Ruiz Morales y Gómez Restrepo, 2015). Evidentemente, si la escala se encuentra en el mismo idioma, no se realiza el proceso de traducción. Cabe resaltar que cualquier proceso de adaptación de una escala debe ser autorizado por los autores mediante comunicación directa. A continuación, se presentan las fases de la adaptación transcultural que se llevaron a cabo, diagrama 1.

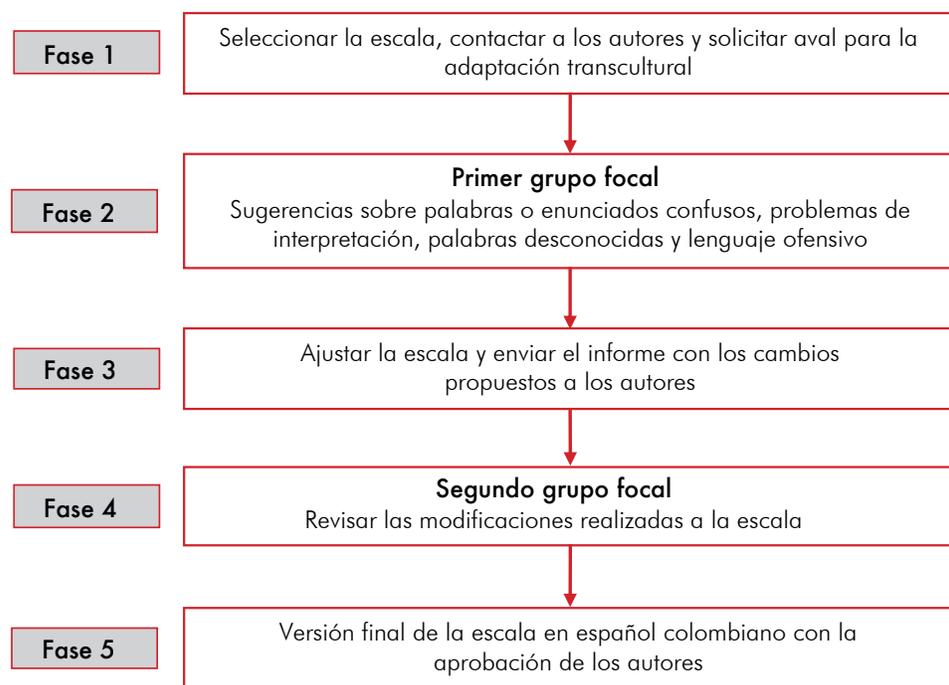


Diagrama 1. *Procedimiento de adaptación transcultural*

Fuente: Elaboración propia.

El grupo investigador contactó a las directivas de dos colegios oficiales de Bogotá, para socializar el proyecto. A partir de ahí, se seleccionaron los estudiantes de noveno, décimo y undécimo que participaron en la adaptación. Cada colegio designó un profesor que participó en todas las fases.

Fase 1: Selección de la escala

La presente escala fue seleccionada por cumplir con los siguientes parámetros: estar validada, encontrarse en español, medir objetivamente los conocimientos y las actitudes sobre métodos anticonceptivos, tener instrucciones sencillas, ser corta y clara, teniendo en cuenta que el grupo poblacional al cual se dirige son adolescentes, y por no involucrar preguntas abiertas.

Fase 2: Grupo focal (primera sesión)

Una vez identificados los estudiantes que voluntariamente decidieron participar y contaban con la firma del asentimiento y consentimiento informado por parte de sus padres, se les notificaron las características de su participación y se envió la escala para su lectura y revisión. Después, los estudiantes fueron citados por correo electrónico y utilizando la plataforma Hangouts Meet. Al confirmar la asistencia, se realizó el grupo focal, en el cual los investigadores presentaron los detalles de la adaptación transcultural, y luego se socializó la escala ítem por ítem. Los estudiantes participaron activamente sugiriendo palabras confusas, términos no utilizados en Colombia, enunciados que no eran claros, entre otros. No se eliminaron ni agregaron preguntas, los cambios serían de forma más no de fondo, con el objetivo de no modificar la intención de las preguntas ni afectar su validez. Esta sesión duró dos horas y contó con la participación de diez estudiantes. Al finalizar la sesión, los investigadores citaron al segundo grupo focal.

Fase 3: Aprobación de modificaciones

Los cambios sugeridos durante el primer grupo focal se enviaron a las autoras de la escala para su revisión y autorización. Ellas verificaron que los ajustes fueran apropiados, con el fin de lograr una mejor comprensión de la escala y que no modificara la intención ni el sentido de la pregunta para así conservar su validez.

Fase 4: Grupo focal (segunda sesión)

Una vez que las autoras avalaron los ajustes realizados, los investigadores citaron al grupo de estudiantes para la revisión de la versión ajustada. En esta sesión se revisaron los enunciados y opciones de respuesta que habían sido sujetos a cambio, los cuales fueron

aprobados por los estudiantes. Esta sesión duró una hora.

Fase 5: Versión final de la escala

Con base en las observaciones y cambios sugeridos por los estudiantes, los investigadores elaboraron la versión de la escala que se aplicará en un estudio de investigación y la cual quedará disponible para su uso en Colombia.

Resultados

Se incluyeron 10 estudiantes de dos colegios oficiales de Bogotá: 3 de noveno, 2 de décimo y 5 de undécimo, 7 (70 %) mujeres y 3 (30 %) hombres, con una mediana de edad de dieciséis años (RIQ: 15-16). En las dos sesiones, los profesores designados por los colegios acompañaron este proceso como espectadores.

Escala de conocimientos

En el cuestionario de conocimientos, cinco estudiantes refirieron modificaciones de las instrucciones, considerando el cambio de un término desconocido y de una abreviatura por la palabra completa para mejor entendimiento. La instrucción del cuestionario original indica “Marque con un aspa la respuesta que ud. Crea conveniente”, la sugerencia fue sustituir la palabra *aspa* por *equis*, que es más conocida y utilizada, y completar la palabra *usted*.

De forma conjunta, los diez estudiantes incluidos en el grupo focal consideraron que de las dieciséis preguntas que conforman la escala de conocimientos, las preguntas 8, 9 y 10 no requerían ningún ajuste por no tener palabras desconocidas ni demostrar dificultades en su interpretación o redacción.

La primera pregunta del cuestionario hace referencia a qué son los métodos anticonceptivos y la segunda a qué tipo de métodos

anticonceptivos conoce; en ambas se hicieron sugerencias en una de las opciones de respuesta, los ajustes realizados se muestran en el cuadro 3. Cuatro preguntas consecutivas (3, 4, 5 y 6) interrogan sobre cuáles son los métodos de barrera, los hormonales, los naturales y los quirúrgicos, respectivamente. En el cuadro 3 se presentan ejemplos de las modificaciones que se realizaron en las opciones de respuesta de las cuatro preguntas.

Cuadro 3. Sugerencias y ajustes de algunas preguntas de la escala de conocimientos

Pregunta	Opciones de respuesta	Sugerencia y justificación	Redacción definitiva
1. ¿Qué son los métodos anticonceptivos?	(c) Formas de provocar el aborto	Cambiar <i>provocar</i> por <i>inducir</i> . Aunque son sinónimos, los estudiantes argumentaron que asocian más el acto de abortar con la palabra <i>inducir</i> .	Formas de inducir el aborto
2. ¿Qué tipos de métodos anticonceptivos conoce?	(c) Condón, ampolla, quirúrgicos	Reemplazar <i>ampolla</i> por <i>inyección</i> , teniendo en cuenta que <i>ampolla</i> tiene diferentes definiciones y es utilizada predominantemente para denominar un tipo de lesión dermatológica o un recipiente de vidrio que, por lo general, contiene un medicamento.	Condón, inyección, quirúrgicos
3. ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos de barrera?	(c) Método del ritmo, temperatura basal, <i>coitus interruptus</i>	Modificar el término <i>temperatura basal</i> por <i>temperatura corporal basal</i> , como es más ampliamente conocido, para especificar a cuál temperatura se hace referencia.	Método del ritmo, temperatura corporal basal, <i>coitus interruptus</i>
4. ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos hormonales?	(a) El condón o preservativo, cremas, óvulos, T de cobre	Propusieron que tanto la palabra <i>cremas</i> como la palabra <i>óvulos</i> se acompañaran de la palabra <i>espermicida</i> , a fin de diferenciarlos de otras cremas y óvulos existentes utilizados para otros fines.	El condón o preservativo, cremas espermicidas, óvulos espermicidas, T de cobre

Fuente: elaboración propia.

Además, los participantes en el grupo focal recomendaron reemplazar el término en latín *coitus interruptus* por *interrupción del coito*. Teniendo en cuenta que la pregunta 16 es “¿En qué consiste el *coitus interruptus*?”, también se le aplicó el cambio propuesto y quedó “¿En qué consiste la interrupción del coito?”. En esta misma pregunta, en la opción de respuesta a: “haciendo que el hombre eyacule fuera de la vagina de la mujer”, se decidió cambiar el gerundio *haciendo* por *hacer*, y en la opción de respuesta b: “Intentando evitar que los espermatozoides ingresen a la vagina”, se eliminó la palabra *intentando* para iniciar la frase con el verbo en infinitivo, *evitar*.

La pregunta 7 indaga acerca de los conocimientos sobre el método del ritmo o calendario; las primeras tres opciones de respuesta evidencian enunciados con respecto a tener o no tener relaciones sexuales en determinado momento del ciclo menstrual. La última opción de respuesta en la escala original dice “durante el ciclo *menstrual*” sin embargo, no puntualiza si hace referencia a la ausencia o la presencia de relaciones sexuales, por lo cual los adolescentes sugirieron modificarla por “no tener relaciones sexuales durante el ciclo menstrual”.

En las preguntas 11 y 12 se propusieron cambios en las preguntas, no en las opciones de respuesta. Los estudiantes consideraron que en la pregunta 11, “¿Cuándo se debe iniciar a tomar la píldora anticonceptiva?”, la palabra *iniciar* se debía cambiar por *empezar*, y en la pregunta 12, “¿Cuándo se toma la píldora anticonceptiva?”, reemplazar *cuándo*

por *cada cuánto*, debido a que las opciones de respuesta se enfocan en la frecuencia de administración de la píldora.

Las preguntas 13 y 14 tienen que ver con el lugar y el momento en el que se deben aplicar los óvulos y las cremas, respectivamente. En ambas preguntas, se precisó que estas se dirigen específicamente a los óvulos y las cremas espermicidas. Además, todas las opciones de respuesta iniciaban con el artículo *la*, seguido por el sitio anatómico propuesto, por lo cual, para mejor redacción, a todas se les agregó la preposición de lugar *en*. Por ejemplo: “En la vagina en el momento de tener relaciones sexuales”.

Durante la primera sesión del grupo focal, surgieron aportes de los estudiantes que no se tuvieron en cuenta debido a que esas modificaciones cambiarían el sentido y el objetivo de la oración (cuadro 4).

Cuadro 4. Cambios sugeridos en la escala de conocimientos que no se tuvieron en cuenta

Pregunta	Opción de respuesta original	Sugerencia	Justificación para rechazar el cambio
1. ¿Qué son los métodos anticonceptivos?	(b) Formas de evitar el embarazo y prevenir las infecciones de transmisión sexual	Reemplazar <i>infecciones de transmisión sexual por enfermedades de transmisión sexual</i>	Los dos términos, <i>enfermedad e infección de transmisión sexual</i> son correctos. Aun así, es posible contraer la infección sin desarrollar la enfermedad (signos y síntomas). Por lo tanto, al reemplazarlo por <i>enfermedad</i> , cambia el sentido del enunciado.
4. ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos hormonales?	(c) Vasectomía y ligadura de trompas de Falopio	Reemplazar <i>ligadura de trompas de Falopio por Pomeroy</i>	El término <i>Pomeroy</i> comúnmente se utiliza como sinónimo, pero en realidad solo hace referencia a una de varias técnicas quirúrgicas para realizar la ligadura de trompas.
7. ¿En qué consiste el método anticonceptivo del ritmo o calendario?	d) Durante el ciclo menstrual	Reemplazar <i>ciclo menstrual por menstruación</i>	La menstruación es solo una fase que hace parte del ciclo menstrual. Por consiguiente, no son sinónimos y se alteraría el distractor.

Fuente: elaboración propia.

Adaptación transcultural de una escala sobre conocimientos y actitudes de métodos anticonceptivos en adolescentes, del contexto cultural peruano al colombiano
Carlos Alberto Castro-Moreno, Angélica Monterrosa-Blanco, Ferny Baquero-Quevedo, Carlos Melo-Ramírez, Liseth Losada-Rodríguez

Escala de actitudes

No se modificaron ocho de las veinticuatro proposiciones que conforman la escala de actitudes, debido a que no se identificaron palabras desconocidas y se encontró que los enunciados eran claros y comprensibles para los estudiantes. Teniendo en cuenta que la escala es de tipo Likert, no cuenta con respuestas de selección múltiple; por lo tanto, las instrucciones de la escala, son las siguientes:

“Marca con un aspa (x) la letra que mejor se adecúe a tu forma de pensar y actuar. Contesta todas las preguntas sin dejar de contestar ningún ítem, haciendo de la siguiente manera:

- Si tu respuesta es de acuerdo marca la letra “A”
- Si tu respuesta es de desacuerdo marca la letra “D”
- Si al responder tuvieras dudas en uno o más ítems, marca la letra “I” que significa ‘indeciso’.

Al igual que con la escala de conocimientos, la palabra *aspa* fue reemplazada por *equis*. Asimismo, los estudiantes evidenciaron confusión en la instrucción de la escala, por lo que propusieron dejar “contesta todas las preguntas sin olvidar ningún ítem” en vez de “contesta todas las preguntas sin dejar de contestar ningún ítem”. Además, sugirieron modificar la palabra *haciendo* de la frase “haciendo de la siguiente manera”, por no encontrarle sentido. Las tres palabras propuestas fueron: *haciéndolo*, *respondiendo* y *desarrollándolo*. Se decidió dejar “haciéndolo de la siguiente manera” para conservar la palabra original, modificando únicamente su conjugación. En las instrucciones, también recomendaron poner en mayúscula y subrayada la primera letra de las palabras *acuerdo*, *desacuerdo* e *indeciso* para mayor asociación visual con las iniciales *A*, *D* e *I* al responder las veinticuatro proposiciones.

Los enunciados 3, 4 y 13, 14 incluyen las siglas *ITS* y *VIH*, respectivamente. Aunque los términos de ambas siglas son ampliamente conocidos, los participantes del grupo focal prefirieron reemplazarlas por sus significados “infecciones de transmisión sexual” y “virus de la inmunodeficiencia humana”, en caso de que existieran dudas al respecto. Las mismas cuatro preguntas anteriores, además de la 12, indagan sobre el grado de acuerdo con respecto al uso de métodos anticonceptivos por parte de personas con y sin infecciones de transmisión sexual, sin embargo, los adolescentes consideraron que la redacción de estas proposiciones podría interpretarse con un tono discriminativo, despectivo u ofensivo, teniendo en cuenta que la escala define a las personas sin infecciones de transmisión sexual como “sanas” y a las personas con infecciones de transmisión sexual como “los que tienen ITS” o “parejas enfermas”. Por esta razón, ambos grupos poblacionales fueron abordados como: “personas con enfermedades de transmisión sexual” y “personas sin enfermedades de transmisión sexual”.

Los estudiantes tuvieron dificultades con algunas proposiciones debido a la redacción y a la presencia de errores gramaticales, lo cual, según ellos, hacía que no se pudieran leer correctamente; en consecuencia, sugirieron modificarlas. El enunciado original y su variación se presentan en el cuadro 5. Además, las proposiciones 9 y 10 exploran el grado de acuerdo de los adolescentes frente al uso de métodos anticonceptivos en las relaciones sexuales; sin embargo, están redactadas así “hombres y mujeres usan métodos anticonceptivos al inicio de las relaciones sexuales” y “al

iniciar las relaciones sexuales, solo la mujer usa métodos anticonceptivos”. Los estudiantes opinaron que incluir en las frases los términos *al inicio* y *al iniciar* puede conducir al lector a malinterpretar el enunciado, que puede entenderse como al iniciar la vida sexual activa, o al iniciar cada acto sexual de forma individual. Por lo tanto, para evitar apreciaciones divergentes, los estudiantes estuvieron de acuerdo en dejar: “los hombres y las mujeres usan métodos anticonceptivos al tener relaciones sexuales” y “al tener relaciones sexuales, solo la mujer usa métodos anticonceptivos”.

Cuadro 5. Cambios sugeridos por dificultades en la redacción

ID	Proposición original	Proposición adaptada
2	Usar de métodos anticonceptivos garantiza embarazos precoces.	Usar los métodos anticonceptivos garantiza embarazos precoces.
8	Solo los métodos naturales favorece el sexo seguro.	Solo los métodos naturales favorecen el sexo seguro.
9	Hombres y mujeres usan métodos anticonceptivos al inicio de las relaciones sexuales.	Los hombres y las mujeres usan métodos anticonceptivos al tener relaciones sexuales.
17	El uso de espermicidas facilitan la respuesta sexual satisfactoria.	El uso de espermicidas facilita la respuesta sexual satisfactoria
16	Los preservativos deben ser usados más por los adultos.	Los preservativos deben ser más usados por los adultos
23	La obesidad no depende al uso de métodos anticonceptivos.	La obesidad no depende del uso de métodos anticonceptivos

Fuente: elaboración propia.

Al igual que con la escala de conocimientos, los estudiantes propusieron algunos cambios que no se tuvieron en cuenta por

su escasa pertinencia y transformación del sentido del enunciado. Estos se observan en el cuadro 6.

Cuadro 6. Cambios sugeridos en la escala de actitudes que no se tuvieron en cuenta

ID	Proposición original	Sugerencia	Justificación para rechazar el cambio
7	Usar métodos anticonceptivos favorece el sexo seguro.	Reemplazar <i>favorece</i> por <i>garantiza</i> .	<i>Favorece</i> se refiere al hecho de ayudar o contribuir a que algo ocurra y <i>garantizar</i> hace referencia a la seguridad o garantía de que tal cosa ocurrirá.
17	El uso de espermicidas facilitan la respuesta sexual satisfactoria.	Reemplazar <i>facilitan</i> por <i>mejora</i> .	<i>Facilitar</i> significa hacer que algo sea fácil o posible de lograr. En cambio, <i>mejora</i> implica que exista un aumento o hacer que algo sea mejor de lo que era.
17	El uso de espermicidas facilitan la respuesta sexual satisfactoria.	Reemplazar <i>respuesta sexual</i> por <i>experiencia sexual</i> .	La <i>respuesta sexual</i> es aquella desencadenada por un estímulo sexual mediante cambios físicos y hormonales. En cambio, la <i>experiencia sexual</i> puede tener otras interpretaciones y no necesariamente está precedida de un estímulo sexual.
24	La obesidad depende solo del uso de métodos anticonceptivos.	Quitar la palabra <i>solo</i> .	La intención del enunciado es determinar el grado de acuerdo que manifiesten los estudiantes con respecto al hecho de que los métodos anticonceptivos pueden ser la única condición que podría causar obesidad. Por lo tanto, al retirar la palabra <i>solo</i> , se pierde el sentido de la oración.

Fuente: elaboración propia.

Discusión

Las intervenciones educativas que pretenden modificar desenlaces académicos deben estar fundamentadas en diagnósticos preliminares para conocer los vacíos, deficiencias y fortalezas de los estudiantes; esto permitirá que los esfuerzos encaminados a mejorar la práctica pedagógica obtengan desenlaces satisfactorios y mejor rendimiento del uso de los recursos tanto humanos como financieros. Las instituciones educativas que no identifican el grado de conocimiento de sus alumnos en las diferentes áreas del saber tendrán menos herramientas y más dificultades para proponer y desarrollar estrategias que permitan proponer reformas sobre las didácticas pedagógicas, así como estilos de aprendizaje. Esto se convierte en un reto para profesores y directivos, como parte de un mejoramiento continuo de la educación, que finalmente impacta y beneficia la formación del estudiante. Además, el proceso pedagógico ha evolucionado en consideración a los diferentes factores que influyen en este, donde no solo importan los aspectos cognitivos, sino también sus complementos, como lo son los aspectos emocionales, sociales y afectivos (Erazo Santander, 2010).

La reestructuración de las formas y didácticas de enseñanza también debe aplicarse a la educación integral en sexualidad, puesto que esta dimensión sobrepasa las capacidades básicas de lectura, escritura y comprensión teórica, ya que no se limita al aspecto genital o reproductivo, sino que además incluye la adquisición de competencias y habilidades para desempeñarse en la vida diaria y forjar la construcción de identidad. Asimismo, esta formación también debe ser guiada e impartida con base en el momento del ciclo vital, los derechos sexuales y reproductivos, y las necesidades de los niños y jóvenes, como se ha demostrado en estudios de investigación, en los cuales el uso de cuestionarios se convierte en una herramienta importante para el diagnóstico y la orientación de intervenciones enfocadas de acuerdo con los resultados obtenidos (Unesco, 2014).

En investigación, para responder interrogantes o medir variables de interés, se utilizan instrumentos compuestos por conjuntos de ítems que constituyen una condición que no se puede observar o medir directamente, los cuales reciben el nombre de escalas (Sánchez y Echeverry, 2004). Durante el proceso de búsqueda y selección de una escala, se deben tener en cuenta algunas preguntas: ¿qué queremos evaluar?, ¿para qué queremos evaluarlo?, ¿cómo se va a evaluar?, ¿la escala mide lo que dice medir?, ¿se ajusta a lo que busco?, ¿es fácil de aplicar?, y el aspecto más relevante, si hay relación o coherencia entre el instrumento y el objetivo del estudio. Otras propiedades primordiales para evaluar una escala son la calidad, la utilidad, la confiabilidad y la validez; las dos últimas hacen referencia a la obtención de resultados comparables en repetidas mediciones en diferentes condiciones y si el resultado obtenido corresponde al fenómeno real que dice medir, respectivamente (Keszei *et al.*, 2010). Aquellas que cumplan con los anteriores criterios brindarán mayor confianza en los resultados obtenidos, lo cual se deriva en conclusiones para la toma de decisiones (Covacevich, 2014).

Del argumento anterior se deriva la importancia de usar escalas que hayan sido ampliamente aceptadas, utilizadas, validadas y aplicadas en escenarios diferentes en poblaciones con características comunes. Así, los hallazgos obtenidos enriquecen la comparación de resultados con otros estudios, permiten la creación de trabajos colaborativos entre diferentes países e impulsan el desarrollo de intervenciones dirigidas a la solución de problemas o el mejoramiento de determinada condición social o en salud. Igualmente, se considera más efectivo usar escalas existentes y llevar a cabo el proceso de adaptación cultural, si es necesario, que desarrollar una nueva. La creación de una escala toma mayor tiempo, requiere personal capacitado y con experiencia tanto en el contenido teórico de la escala como en los aspectos metodológicos y operacionales del desarrollo de un instrumento. Además, deben ser sometidas a un proceso de validación, con el objetivo de asegurar que reúnan las propiedades psicométricas adecuadas (Ruiz Morales y Gómez Restrepo, 2015).

La validación transcultural que se presenta en este artículo y la temática en la cual se fundamenta esta iniciativa de interés frente a la educación sexual y reproductiva en estudiantes de colegio constituye un reto, porque aunque existe literatura donde se describen algunos aspectos relacionados con este tema, en ocasiones se ha dejado de lado la rigurosidad frente al uso de instrumentos o escalas validadas, lo cual impacta en los resultados encontrados, ya que pueden darse sobreestimaciones o subestimaciones de la realidad (Sánchez y Echeverry, 2004). En consecuencia, y tratando de tener claridad sobre esta reflexión, en este ejercicio se tuvo la oportunidad de llevar a cabo el proceso de adaptación transcultural con los aportes sugeridos por los estudiantes en los grupos focales. No considerar aspectos

metodológicos, por más simples que parezcan, como por ejemplo: la conjugación de un verbo, el uso de plurales y singulares, el uso de siglas, el cambio de artículos, el reemplazo de palabras desconocidas y las modificaciones en la redacción tendrá implicaciones que repercutirán negativamente sobre los resultados.

Se consideró importante describir el proceso de adaptación transcultural de esta escala de conocimientos y actitudes sobre métodos anticonceptivos, con tres fines: 1) mostrar el proceso de adaptación cultural de una escala en un mismo idioma, para ilustrar el proceso, de tal forma que se pueda replicar con otras escalas, de acuerdo con las necesidades identificadas; 2) presentar la importancia de tener una escala adaptada para reconocer la realidad en torno a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes encuestados, y 3) permitir que otras instituciones de educación o investigadores en Colombia puedan aplicarla, comparar sus resultados y trabajar por posibles intervenciones de acuerdo con los hallazgos.

Finalmente, se recalca la importancia de adaptar escalas que hayan tenido un proceso de validación y se recomienda aplicarlas en poblaciones similares a la de la escala original validada. De lo contrario, además de la adaptación cultural, se debería considerar validar la escala, con el fin de verificar que cuente con adecuadas propiedades psicométricas. La realización de estos ejercicios investigativos es un espacio pedagógico que, además de expresar la rigurosidad metodológica, muestra la importancia de hacer proyectos de investigación, no solo con fines de publicación, sino que también permitan generar cambios reales para que la innovación y el desarrollo estén centrados en fortalecer los procesos educativos, que se verán reflejados en la sociedad, dado que somos parte del proceso de formación de los futuros ciudadanos.

Conclusiones

- La adaptación transcultural de una escala de medición es un proceso donde se utiliza un cuestionario previamente aplicado en una población similar, idealmente validado, la cual al adaptarse al contexto cultural en el que se va a aplicar considera variables o atributos que podrían responder la pregunta de investigación de interés.
- La escala Nivel de conocimiento y actitudes hacia el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de I. E. S. M. MORB Iquitos-2015 puede considerarse para el uso en Colombia con sus modificaciones, teniendo en cuenta que se presentó el proceso de adaptación transcultural en una población escolar (noveno, décimo y undécimo).
- La educación sexual y reproductiva no solo es responsabilidad de las instituciones educativas; también forman parte de este proceso los estudiantes y su familia. En esta área se debe resaltar la importancia de los aspectos cognitivos, emocionales, afectivos y sociales.

Referencias

- Álvarez Vásquez, J. E., Palacios Abadia, A. G. y Vásquez Gutiérrez, N. Y. (2019). *Conocimiento sobre métodos de planificación familiar de los estudiantes de sexto a octavo grado, Institución Educativa San Cristóbal (Medellín) 2019*. [Trabajo de grado, Corporación Universitaria Adventista]. <http://repository.unac.edu.co/bitstream/handle/11254/919/Proyecto%20de%20Grado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Cárdenas Molina, J. E. (2015). La educación sexual como estrategia de inclusión en la formación integral del adolescente. *Praxis*, 11(1), 103-115. <https://doi.org/10.21676/23897856.1558>.
- Caricote Agreda, E. A. (2008). Influencia de los padres en la educación sexual de los adolescentes. *Educere*, 12(40), 79-87. <https://www.redalyc.org/pdf/356/35604010.pdf>.
- Coronado Padilla, J. (2007). Escalas de medición. *Paradigmas*, 2(2), 104-125. <https://publicaciones.unitec.edu.co/index.php/paradigmas/article/view/21/21>.
- Covacevich, C. (2014). *Cómo seleccionar un instrumento para evaluar aprendizajes estudiantiles*. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/C%C3%B3mo-seleccionar-un-instrumento-para-evaluar-aprendizajes-estudiantiles.pdf>.
- Dávalos Zumaeta, N., Ríos Sayón, A. y Ruiz Pinedo, S. L. (2015). *Nivel de conocimiento y actitudes hacia el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de I.E.S.M MORB Iquitos-2015* [Trabajo de grado, Universidad Nacional de la Amazonía Peruana]. <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/>

- UNAP/2581/Nivel%20de%20conocimiento%20y%20actitudes%20hacia%20el%20uso%20de%20m%C3%A9todos%20anticonceptivos%20en%20adolescentes%20de%20I.E.S.M.%20MORB%20Iquitos%202015.pdf?sequence=1.
- Dávila Obando, A. S. y Hurtado Balanta, Y. Z. (2018). *Uso y conocimiento de métodos anticonceptivos en adolescentes de grado quinto a once de una institución educativa de un municipio del Cauca para el periodo 2018* [Trabajo de grado, Universidad Santiago de Cali]. <https://repository.usc.edu.co/bitstream/20.500.12421/402/1/USO%20Y%20CONOCIMIENTO.pdf>.
- Departamento Nacional de Planeación. (2015). *12 % de hombres y 6 % de mujeres adolescentes tienen primera relación sexual antes de los 14 años*. <https://www.dnp.gov.co/Paginas/12-de-hombres-y-6-de-mujeres-adolescentes-tienen-primera-relacion-C3%B3n-sexual-antes-de-los-14-a%C3%B1os.aspx>.
- Erazo Santander, O. A. (2010). El estudiante y sus problemas en la escuela. *Revista de Psicología GEPU*, 1(2), 40-57. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4392190>.
- González Gómez, Y. (2015). El papel del docente en la educación para la sexualidad: Algunas reflexiones en el proceso educativo escolar. *Actualidades Investigativas en Educación*, 15(3), 430-445. <http://dx.doi.org/10.15517/aie.v15i3.20335>.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6.ª ed.). McGraw-Hill. <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>.
- Keszei, A. P., Novak, M. y Streiner, D. L. (2010). Introduction to health measurement scales. *J Psychosom Res*, 68(4), 319-323. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.01.006>.
- Lapeira Panneflex, P., Acosta Salazar, D. y Vásquez Munive, M. (2016). Conocimientos, creencias y prácticas de los adolescentes de la cultura caribe en anticoncepción. *Revista Cuidarte*, 7(1), 1204-1209. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.243>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Una de cada cinco adolescentes ha estado en embarazo o ha tenido un hijo: Gobierno nacional presenta estrategia de mitigación*. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/prevencion-embarazo-adolescente-unodecada5adolescentes-haestadoenembarazo.aspx>.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco). (2014). *Educación integral de la sexualidad: Conceptos, enfoques y competencias*. <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Educacion-integral-sexualidad-conceptos-enfoques-competete.pdf>.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco). (2018). *Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en la evidencia*. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000265335>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312341/9789243514604-spa.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Planificación familiar*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

- Osorio Villada, A., Castilla Martínez, M., Rozo Gaviria, A., Méndez Montealegre, I. y Pedraza Pedraza M. B. (2011). *Problemáticas educativas, docentes investigadores y política pública educativa de Bogotá*. Jotamar. <https://repositorio.idep.edu.co/handle/001/785>.
- Pássaro, A. d. C., Regra, M. C., Serrão, C. y Marques, A. P. (2019). Cultural adaptation and reliability of the questionnaire of sex education in schools. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(7), 2601-2608. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018247.14892017>.
- Ramírez, A. (2009). La teoría del conocimiento en investigación científica: Una visión actual. *Anales de la Facultad de Medicina*, 70(3), 217-224. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832009000300011&script=sci_abstract.
- Ruiz Morales, Á. J. y Gómez Restrepo, C. (2015). *Epidemiología clínica: Investigación clínica aplicada* (2.º ed.). Panamericana.
- Sánchez, R. y Echeverry, J. (2004). Validación de escalas de medición en salud. *Revista de Salud Pública*, 6(3), 302-318. <https://www.scielosp.org/article/rsap/2004.v6n3/302-318/es/>.
- Valencia Jiménez, N. N. y Solera Martínez, N. F. (2009). Necesidades de aprendizaje para la sexualidad de jóvenes entre 10 y 19 años en el Caribe colombiano. *Investigación y Desarrollo*, 17(1), 106-131. <http://www.scielo.org.co/pdf/index/v17n1/v17n1a05.pdf>.
- Vargas Ruiz, R. (2007). Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva: Propuesta de una escala psicométrica. *Revista ABRA*, 27(36), 135-167. <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/abra/article/view/1554>.
- Zapata Rotundo, G. J. y Canet Giner, M. T. (2008). Propuesta metodológica para la construcción de escalas de medición a partir de una aplicación empírica. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación*, 8(2), 1-26. <https://doi.org/10.15517/aie.v8i2.9342>.

Forma de citar este artículo

- Castro-Moreno, C. A., Monterrosa-Blanco, A., Baquero-Quevedo, F., Melo-Ramírez, C y Losada-Rodríguez, L. (2023). Adaptación transcultural de una escala sobre conocimientos y actitudes de métodos anticonceptivos en adolescentes, del contexto cultural peruano al colombiano. *Tecné Episteme y Didaxis: TED*, (53), 121-138. <https://doi.org/10.17227/ted.num53-12777>