

Reproductive Autonomy Scale-Spanish

Ushma Upadhyay, PhD, MPH
Advancing New Standards in Reproductive Health (ANSIRH)
Bixby Center for Global Reproductive Health
University of California, San Francisco
1330 Broadway, Suite 1100
Oakland, CA 94612
(510) 986-8928 (office)
(410) 404-4103 (mobile)
upadhyayu@obgyn.ucsf.edu

Índice de Empoderamiento Reproductivo

Las siguientes preguntas se refieren a usted y a su pareja principal, o bien, con una pareja sexual reciente. Las preguntas tienen que ver con quién tiene más influencia en la toma de determinadas decisiones. Aquella persona que tenga la última palabra cuando hay desacuerdos es quien tiene "MÁS INFLUENCIA". Si usted tiene más de una pareja, refiérase a sólo su pareja principal. Si actualmente no tiene una pareja, refiérase a una antigua pareja. Si usted no ha tenido que tomar alguna de las siguientes decisiones, piense en quién tendría MÁS INFLUENCIA. Por favor, escoja una de las siguientes opciones:

- Mi pareja (o alguna otra persona)
- Mi pareja (o alguna otra persona) y yo por igual
- Yo

Decision-making Index

	Mi pareja	Mi pareja y yo	Yo
1. ¿Quién tiene MÁS INFLUENCIA sobre el uso de métodos anticonceptivos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Quién tiene MÁS INFLUENCIA sobre cuál método usar para evitar el embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Quién tiene MÁS INFLUENCIA sobre cuándo tener un bebé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Si usted llegará a quedar embarazada sin planearlo, ¿quién tendría MÁS INFLUENCIA en la decisión, ya sea de tener y criarlo, buscar padres adoptivos o tener un aborto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las siguientes preguntas también tienen que ver con usted y su pareja. Por favor indique su nivel de acuerdo o desacuerdo, seleccionando una de las siguientes opciones:

- Muy en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Muy de acuerdo

Coercion subscale

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
5. Mi pareja me ha impedido usar algún método para evitar el embarazo cuando yo quería.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mi pareja ha manipulado mis métodos anticonceptivos o ha tratado de impedirme cuando los he querido utilizar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mi pareja me ha obligado a utilizar un método anticonceptivo cuando yo no quería.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8. Si yo quisiera utilizar un método anticonceptivo, mi pareja no me dejaría. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Mi pareja me ha presionado para que yo quede embarazada. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Communication subscale

- | | Muy en
desacuerdo | En
desacuerdo | De
acuerdo | Muy de
acuerdo |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. Mi pareja me apoyaría si yo quisiera usar algún método para evitar el embarazo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Es fácil hablar del sexo con mi pareja. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Si yo no quisiera tener relaciones, podría decírselo a mi pareja. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Si yo estuviera preocupada sobre si estaba embarazada o no, podría hablar con mi pareja. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Si yo realmente no quisiera quedar embarazada, podría convencer a mi pareja. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |