

# Descontinuación y cambio de método en las hondureñas: ¿qué diferencia a las mujeres que dejan de usar anticonceptivos de las que cambian de método?

**CONTEXTO:** Descontinuar el uso de anticonceptivos contribuye a embarazos no planeados y a nacimientos no deseados; también está relacionado con mayores niveles de morbilidad y mortalidad maternas, neonatales e infantiles. Sería útil para los programas dirigidos a prevenir los embarazos no planeados y sus consecuencias, contar con información sobre las diferencias entre las mujeres que dejan de usar su método anticonceptivo y aquellas que cambian a otro método.

**MÉTODOS:** Los datos provienen de dos rondas de entrevistas con mujeres en edades de 15–44 años (800 mujeres fueron entrevistadas en un estudio de línea de base y 671 mujeres fueron nuevamente entrevistadas un año más tarde) que eran usuarias nuevas o usuarias continuas de anticonceptivos inyectables, orales o DIU. Se usó análisis bivariado para examinar las asociaciones entre las actitudes y las conductas de las mujeres que descontinuaron su método de línea de base y los efectos secundarios que experimentaron. Con análisis de regresión logística multivariada se evaluaron las diferencias entre las mujeres que adoptaron un nuevo método inmediatamente o dentro del lapso de un mes a partir de la descontinuación y las mujeres que no usaron anticonceptivo alguno durante un mes o más.

**RESULTADOS:** De las 671 mujeres que participaron en la entrevista de seguimiento, el 41% (273) descontinuó el uso de su método anticonceptivo dentro del año de seguimiento; de ellas, el 43% (117) cambió a un nuevo método y el 57% (156) dejó de usar el método por un lapso de un mes o más. La búsqueda de ayuda de un trabajador sanitario para manejar los efectos secundarios, la residencia urbana, el hablar con la pareja sobre la decisión de descontinuar y haber adoptado recientemente un nuevo método, se asociaron con mayores probabilidades de cambiar a otro método (razones de momios, 2.0–3.5).

**CONCLUSIÓN:** El acceso a servicios de planificación familiar de alta calidad y alentar el diálogo con las parejas y familias antes de descontinuar el uso de anticonceptivos, son importantes para las mujeres que experimentan efectos secundarios y que están en riesgo de descontinuar el uso de anticonceptivos.

*Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva, número especial de 2012, pp. 13–20, doi: 10.1363/SP01312*

Por Janine Barden-O'Fallon e Ilene Speizer

Janine Barden-O'Fallon es directora de Evaluación de Población y Salud Reproductiva del proyecto MEASURE, del Centro de Población Carolina, de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, NC, EEUU. Ilene Speizer es profesora adjunta de investigación del Departamento de Salud Materna e Infantil de la Facultad de Salud Pública Global Gillings, de la Universidad de Carolina del Norte, en Chapel Hill.

La descontinuación de anticonceptivos—dejar de usar el método anticonceptivo actual—es común, aunque las tasas varían ampliamente según el país. Con base en los datos de Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) realizadas en 18 países, el 20–50% de las usuarias de métodos anticonceptivos modernos reversibles descontinuaron su uso durante los primeros 12 meses.<sup>1</sup> En un estudio realizado en 2009 con datos de las EDS de ocho países, la tasa de descontinuación durante un lapso de 12 meses varió entre el 18% y el 49%.<sup>2</sup> La descontinuación de anticonceptivos puede ser activa, como cuando una mujer debe visitar una clínica para la remoción de un DIU; o pasiva, que no requiere mayor esfuerzo, como cuando una mujer no asiste a su cita para la reinyección u olvida obtener una nueva receta para las píldoras anticonceptivas. Los datos provenientes de varios países muestran que los métodos anticonceptivos que se pueden descontinuar de manera pasiva, tales como los anticonceptivos orales, los condones, los métodos inyectables y los tradicionales, presentan mayores índices de descontinuación que los métodos que

requieren la descontinuación activa, tales como el DIU y los implantes.<sup>2–6</sup>

No todas las mujeres que descontinúan un método anticonceptivo dejan de ser usuarias de anticoncepción; algunas cambian a otro método más (o menos) efectivo. Sin embargo, las mujeres que desean evitar el embarazo, pero descontinúan el uso del anticonceptivo sin cambiar a un nuevo método se encuentran en riesgo de sufrir embarazos no planeados y nacimientos no deseados o inesperados; y esto puede originar morbilidad y mortalidad materna, neonatal e infantil.<sup>7–9</sup> Altas tasas de descontinuación pueden indicar la pérdida de oportunidades para promover y mantener el uso del anticonceptivo,<sup>10,11</sup> y, por lo tanto, puede ser una medida de la calidad del servicio de planificación familiar. Los servicios de alta calidad que brindan una amplia variedad de métodos anticonceptivos y ofrecen consejería, pueden aumentar las probabilidades de que las mujeres cambien de método en lugar de descontinuar su uso totalmente.<sup>12,13</sup> Un estudio realizado en 2010 sobre las conductas de descontinuación y cambio de

anticonceptivo oral en 19 países demostró que, en promedio, el 35% de las mujeres que descontinuaron el uso del anticonceptivo a causa de insatisfacción con el método cambiaron a otro método en un lapso de tres meses; esto conduce a los autores a indicar que se debe prestar mayor atención al tema del cambio de método en oposición a la simple descontinuación del método.<sup>3</sup>

El hecho de que una mujer descontinúe el uso de un método y cambie a otro o deje de usar anticonceptivos totalmente depende de diversos factores. Por ejemplo, las mujeres que dejan de usar un método probablemente no cambien a otro método ni reinicien su uso si ya no viven en pareja (por divorcio, separación o muerte del cónyuge), si ya no pueden quedar embarazadas (son infecundas) o si desean quedar embarazadas. Los resultados de investigaciones calculan que la disminución de la necesidad representa entre el 7 y el 20% de la descontinuación del total de métodos reversibles.<sup>13</sup>

Otros factores incluyen la edad, la paridad y el estado civil, cada uno de los cuales está vinculado con la descontinuación de manera más consistente que la educación, el área de residencia o el ingreso familiar.<sup>5,14</sup> Sin embargo, las mujeres de zonas urbanas y las mujeres con mayor escolaridad y mejor situación socioeconómica presentan mayores probabilidades de cambiar de método que de suspender su uso después de la descontinuación, mientras que la edad más avanzada está relacionada con una menor probabilidad de cambiar de método.<sup>5,6</sup> Los efectos secundarios y las preocupaciones sobre la salud son algunas de las razones más comunes que dan las mujeres para descontinuar un método.<sup>1,14</sup> Aunque experimentar efectos secundarios aumenta las probabilidades de descontinuar el método,<sup>15,16</sup> se desconoce si este hecho está vinculado con la decisión de la mujer de cambiar a otro método.

Las investigaciones sobre la calidad del servicio y la descontinuación del método anticonceptivo han producido resultados mixtos.<sup>11,17-21</sup> Pocos estudios han analizado específicamente la calidad del servicio y el cambio del método; pero, según un estudio realizado en 2005 sobre las conductas de cambio de método en Bangladesh, las mujeres que tenían un mayor contacto con trabajadores comunitarios de planificación familiar, tuvieron menor probabilidad de descontinuar un método o suspender su uso totalmente que las mujeres que tenían menos contactos de este tipo.<sup>22</sup> Además, aunque las características del método influyen en la descontinuación, no se espera que inhiban el comportamiento de cambio, siempre y cuando otro tipo de métodos anticonceptivos estén accesibles. En una investigación realizada en Marruecos, por ejemplo, las mujeres que vivían cerca de instituciones que ofrecían tres o más métodos presentaron más probabilidades de cambiar de método que las mujeres que vivían cerca de instituciones que ofrecían menos opciones de métodos.<sup>19</sup>

El objetivo de este análisis es examinar las diferencias entre las mujeres que reiniciaron el uso de anticonceptivos poco después de descontinuar un método y las mujeres que dejaron de usar anticonceptivos durante un mínimo

de un mes antes de comenzar a usar otro método o que suspendieron su uso totalmente. Evaluamos algunos factores que fueron identificados en estudios previos por su relación con el uso y la descontinuación de anticonceptivos; estos incluyen características demográficas, deseos de fecundidad, calidad del servicio percibida y experiencias con el método descontinuado y sus efectos secundarios. Además, reunimos información sobre el proceso de decisión para elegir un anticonceptivo por parte de la mujer e incluimos variables relacionadas con el grado de compromiso con su pareja, la familia y amigos a la hora de conversar sobre los métodos de planificación familiar y las decisiones de descontinuar. Nuestro propósito es comparar a las mujeres que cambian de método con las que dejan de usarlo y usar los resultados para identificar las implicaciones programáticas.

El estudio usa datos de Honduras, un pequeño país de América Central con una población de aproximadamente 7.3 millones de personas. La prevalencia del uso de anticonceptivos modernos es relativamente alta en Honduras: 56% en las mujeres casadas de 15 a 49 años de edad.<sup>23</sup> La esterilización femenina es el método moderno utilizado con mayor frecuencia (21%), seguido por los métodos reversibles de interés en este estudio: inyectables (14%), píldoras anticonceptivas (11%) y el DIU (7%).<sup>23</sup> El sector público—a través del sistema de hospitales de la Secretaría de Salud, los Centros de Salud con Médico y Odontólogo (CESAMOs), y los Centros de Salud Rurales (CESARs), atendidos por personal de enfermería—presta servicios de anticonceptivos al 44% de las usuarias de planificación familiar del país. La Asociación de Planificación Familiar de Honduras (comúnmente conocida como ASHONPLAFA), la asociación miembro local de la Federación Internacional de Planificación de la Familia, es la principal proveedora privada de servicios de planificación familiar del país; sirve al 25% de todos los usuarios. Las farmacias, que proveen anticonceptivos al 13% de todos los usuarios generales, son las proveedoras más comunes de píldoras anticonceptivas, proveen al 35% de las usuarias de píldoras de todo el país. Otros proveedores de servicios de anticonceptivos incluyen otras clínicas privadas y hospitales (9%) y los hospitales del Instituto Hondureño de Seguridad Social (5%).

## MÉTODOS

### Datos

Los datos para este análisis provienen de un estudio de panel sobre los factores determinantes de la descontinuación de anticonceptivos realizado en cuatro áreas urbanas de Honduras: Tegucigalpa, San Pedro Sula, Santa Rosa de Copán/La Entrada y Gracias. Los datos se recolectaron en dos rondas: Primero, administramos un cuestionario de la encuesta de línea de base entre octubre y noviembre de 2006; y realizamos una encuesta de seguimiento un año más tarde. Los datos de línea de base se recolectaron a partir de entrevistas de salida realizadas con las mujeres que recibían anticonceptivos inyectables, la píldora anticon-

ceptiva o un DIU durante una entrevista de planificación familiar en uno de 13 establecimientos de salud seleccionados, que incluyeron siete CESAMOs, un hospital de la Secretaría de Salud y cinco clínicas de ASHONPLAFA. Las mujeres elegibles tenían entre 15 y 44 años de edad. Recién habían comenzado a usar o usaban de manera continua uno de los tres métodos anticonceptivos reversibles. No se requirió un mínimo de usuarias por tipo de método. Todas las mujeres elegibles que dieron su consentimiento fueron entrevistadas hasta alcanzar un total de 200 entrevistas en cada una de las cuatro áreas urbanas. En total, se completaron 800 entrevistas.

Entre octubre y diciembre de 2007, se recolectaron datos de seguimiento del 84% (671) de las mujeres que habían participado en la encuesta de línea de base. Los entrevistadores utilizaron la información de contacto provista por las entrevistadas en la encuesta de línea de base para localizar a las mujeres y planear las entrevistas de seguimiento.

El cuestionario de la encuesta de línea de base reunió información sobre las características demográficas, la historia reproductiva, el uso previo de anticonceptivos, la percepción de la calidad del servicio en la visita a la clínica, la motivación para evitar el embarazo y el entorno para tomar decisiones sobre la planificación familiar. El cuestionario de seguimiento reunió información sobre el uso de anticonceptivos para cada mes a partir de la entrevista de línea de base (mediante el uso de un calendario de anticoncepción); las experiencias y la reacción con respecto a los efectos secundarios durante los 12 meses de seguimiento; así como actualizaciones de los datos demográficos, las motivaciones de fecundidad y el entorno para la toma de decisiones.

Se obtuvo autorización para el estudio del Consejo Institucional de Revisión (IRB, por su sigla en inglés) de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, de la Secretaría de Salud de Honduras y de ASHONPLAFA. Así mismo, se obtuvo el consentimiento por escrito de cada participante en las encuestas de línea de base y de seguimiento.

### **Variables**

Los datos sobre el comportamiento de la discontinuación se obtuvieron de los calendarios mensuales de anticoncepción de la EDS modificados de las 273 mujeres que discontinuaron su método de línea de base durante el período de estudio. Se consideró que las mujeres cambiaban de método si comenzaban un método dentro de un mes después de haber discontinuado su método de línea de base. Se consideró que las mujeres abandonaban el método si no usaban otro método durante el período de seguimiento o retomaban el mismo método u otro después de un mes o más de no haber usado método alguno. La variable dependiente estuvo codificada con "1" para las mujeres que cambiaron de método y "0" para las mujeres que discontinuaron el método con un episodio sin el uso de algún método.

Las variables independientes incluyeron características demográficas, los deseos de fecundidad, la calidad del servicio, las características del método, la experiencia y la reacción con respecto a los efectos secundarios, la comunicación con las demás personas sobre los efectos secundarios y la razón principal de discontinuación.

En la entrevista de línea de base, se solicitó a las mujeres que respondieran sí o no a las siguientes preguntas sobre la calidad de la consejería y la provisión del servicio durante su cita: ¿Un proveedor ha contestado todas sus preguntas? ¿Han recibido información sobre cómo usar efectivamente su método anticonceptivo? ¿Han recibido información sobre las ventajas y desventajas de su método? ¿Han recibido información sobre los efectos secundarios del método? Varias preguntas sobre las experiencias en las visitas de las mujeres a la clínica (su nivel de satisfacción con la limpieza de la clínica, el grado de privacidad, la calidad del tratamiento y la atención del proveedor) se omitieron del estudio debido a que las respuestas produjeron variaciones leves (menos del 10% fueron negativas).

Durante el seguimiento, se solicitó a las mujeres que respondieran sí, no o sin efectos secundarios a las siguientes preguntas acerca de su experiencia respecto a los efectos secundarios durante el período de estudio: ¿Han tenido algún efecto secundario? ¿Han tenido dos o más efectos secundarios? ¿Sus efectos secundarios incluyeron dolor abdominal, amenorrea, mareos, acné facial, hemorragias abundantes, infecciones, hemorragia irregular, náuseas o vómitos, aumento de peso o pérdida de peso? Aunque las mujeres mencionaron alguno o todos estos efectos secundarios, al menos 50 mujeres mencionaron: dolor de cabeza, amenorrea y hemorragia abundante, que eran los efectos secundarios seleccionados para la inclusión en el análisis. Las mujeres que no experimentaron efectos secundarios se incluyeron en la categoría de referencia de mujeres que respondieron que no, cuando se les preguntó sobre los efectos secundarios específicos.

### **Análisis**

Se construyó una tabulación cruzada para comparar las características de las mujeres que cambiaron de métodos con las mujeres que discontinuaron su uso durante un mínimo de un mes. Se utilizó la prueba Chi cuadrada de Pearson para identificar las asociaciones entre la variable dependiente y cada variable independiente. Para el análisis multivariado se consideraron las variables independientes vinculadas con la variable dependiente con al menos un grado de significación del 90%.

Se realizó otro análisis descriptivo entre las mujeres que discontinuaron su método de línea de base debido a dolores de cabeza, amenorrea o hemorragia abundante. El análisis comparó las actitudes y las conductas de las mujeres que cambiaron a otro método con aquellas que dejaron de practicar la anticoncepción durante un mínimo de un mes, por efecto secundario. El análisis incluyó sólo los efectos secundarios experimentados con mayor frecuencia (dolor de cabeza, amenorrea y hemorragia abundante).

**CUADRO 1. Distribución porcentual de mujeres que continuaron o descontinuaron el uso del DIU, los anticonceptivos inyectables o las píldoras anticonceptivas recibidos durante una cita de planificación familiar en una institución de salud, en un área urbana de Honduras, por características seleccionadas, 2006–2007**

Característica	Mujeres que continuaron (N=398)	Mujeres que descontinuaron (N=273)
<b>Edad</b>		
15–24	45.5	49.5
25–34	46.0	43.2
35–44	8.5	7.3
<b>Nivel de escolaridad</b>		
Ninguno	6.0	5.5
Primario	65.1	63.7
≥secundario	28.9	30.8
<b>Número de hijos nacidos</b>		
0–1	41.7	47.6
2–3	42.7	41.4
≥4	15.6	11.0
<b>Estado civil**</b>		
Casada o en unión	92.7	84.3
No en unión	7.3	15.7
<b>Residencia</b>		
Rural	20.8	25.3
Urbana	79.2	74.7
<b>Ingreso mensual familiar</b>		
Bajo	47.5	50.9
Intermedio	30.4	27.1
Alto	22.1	22.0
<b>Duración de uso del método en el nivel de línea de base†</b>		
>1 año	34.1	27.5
≤1 año	20.9	19.4
Método nuevo	45.0	53.1
<b>Método utilizado en el nivel de línea de base*</b>		
DIU	25.4	14.3
Inyectable	68.8	77.7
Píldora	5.8	8.1
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

\*p<0.05. \*\*p<0.01. †p<0.1. *Notas:* Todas las mediciones, salvo el estado civil y la residencia, se evaluaron en el nivel de línea de base.

te). Se utilizó la prueba de Chi cuadrada de Pearson para identificar diferencias significativas entre los grupos en cuanto a sus reacciones con respecto a los efectos secundarios específicos.

Una regresión logística multivariada se llevó a cabo para identificar las diferencias entre las mujeres que cambiaron de métodos y las mujeres que descontinuaron su uso y no volvieron a usar otro método durante un mínimo de un mes. Antes de construir el modelo multivariado, utilizamos la prueba p de Spearman para identificar las asociaciones entre las variables del predictor. Se evaluaron las correlaciones entre las variables del predictor antes de realizar la regresión. En todo par de variables con una correlación superior a +/-0.6, eliminamos un par del modelo. El estado civil se capturó en las categorías nulas para

las variables de la pareja. Las mujeres que no sufrieron efectos secundarios estuvieron incluidas en las categorías nulas. Todos los análisis se realizaron con la versión 10.1 de STATA.

## RESULTADOS

Un total de 273 mujeres (41%) de la muestra del panel completo descontinuaron su método de línea de base a lo largo de los 12 meses del estudio. El Cuadro 1 presenta las características de la muestra completa agrupadas según si continuaron su método de línea de base a lo largo de los 12 meses del estudio o si descontinuaron el uso del anticonceptivo durante al menos un mes. Los dos grupos de mujeres difirieron significativamente en cuanto a las proporciones de quienes no estaban viviendo en pareja (7% de mujeres que continuaron vs. 16% de mujeres que descontinuaron) o que utilizaron el método inyectable en el nivel de línea de base (69% vs. 78%).

De las 273 mujeres que descontinuaron, 117 cambiaron a otro método y 156 dejaron de usar anticonceptivos durante un mes o más (Cuadro 2). En comparación con las mujeres que descontinuaron el uso del método, las mujeres que cambiaron de método tendieron a ser más jóvenes y tener un nivel de escolaridad más alto; además, fue más probable que estuvieran viviendo en pareja (90% vs. 80%), que vivieran en zonas urbanas (84% vs. 68%) y que tuvieran menor paridad (55% vs. 42%). Además, en comparación con las que descontinuaron, fue más probable que las mujeres que cambiaron de método usaran el DIU y menos probable que usaran un método inyectable en el nivel de línea de base, que fueran usuarias nuevas del método (62% vs. 47%), que hubieran conversado con su pareja respecto de la descontinuación antes de hacerlo (86% vs. 60%) y que hubieran descontinuado por problemas con el método (88% vs. 49%). En comparación con las que lo descontinuaron, un porcentaje mayor de mujeres que cambiaron de método sufrió efectos secundarios (90% vs. 70%), incluidos los efectos secundarios que interfirieron con sus actividades cotidianas (55% vs. 35%) o la relación con su pareja (41% vs. 24%). Además, en comparación con las que descontinuaron, un porcentaje significativamente mayor de mujeres que cambiaron de método conversaron sobre estos efectos secundarios con dos o más personas (57% vs. 32%), con sus parejas (63% vs. 37%) o con un trabajador sanitario (49% vs. 27%), en comparación con las mujeres que dejaron de usar el método. Entre las mujeres que cambiaron de método, el 37% optó por la píldora, el 21% por un método inyectable y el 14% por el DIU; el 14% optó por métodos tradicionales y el 13%, por condones (no se muestra).

Otro análisis descriptivo de las actitudes y las conductas de las mujeres que descontinuaron el uso del método, por tipo de efecto secundario, reveló diferencias significativas en cuanto a la práctica de comportamientos saludables, la conversación sobre los efectos secundarios y las decisiones para descontinuar el uso de anticonceptivos entre las mujeres que cambiaron a un método nuevo y aquellas que des-

**CUADRO 2. Distribuciones porcentuales y porcentajes de mujeres según su situación con respecto al uso del anticonceptivo tras discontinuar el método de línea de base, por características seleccionadas, Honduras, 2006–2007**

Característica	Mujeres que cambiaron de método (N=117)	Mujeres que dejaron de usar el método (N=156)	Característica	Mujeres que cambiaron de método (N=117)	Mujeres que dejaron de usar el método (N=156)
<b>DISTRIBUCIONES PORCENTUALES</b>			<b>Conversó sobre discontinuar el método de línea de base con su pareja antes de hacerlo**</b>		
<b>Edad*</b>			Sí	86.3	60.3
15–24	58.1	43.0	No	13.7	39.7
25–34	37.6	47.4	<b>Razón principal de discontinuación del método de línea de base†, **</b>		
35–44	4.3	9.6	Disminución de la necesidad	3.5	44.9
<b>Nivel de escolaridad*</b>			Problemas con el método	87.7	48.7
Ninguno	3.4	7.0	Otra razón	8.8	6.4
Primario	57.3	68.6	Total	100.0	100.0
≥secundario	39.3	24.4	<b>PORCENTAJES</b>		
<b>Número de hijos nacidos*</b>			<b>Calidad del servicio</b>		
0–1	54.7	42.3	El proveedor respondió todas las preguntas**	72.7	50.0
≥2	45.3	57.7	Informó sobre el uso efectivo del método	52.1	43.6
<b>Estado civil*</b>			Informó sobre las ventajas y desventajas del método†	44.4	34.6
En unión	89.7	80.1	Alguna vez informó sobre los efectos secundarios del método	69.2	65.4
No en unión	10.3	19.9	<b>Experiencia con los efectos secundarios</b>		
<b>Residencia**</b>			Sufrió efectos secundarios durante el período de estudio**	89.7	69.9
Rural	16.2	32.0	Sufrió dos o más efectos secundarios durante el período de estudio**	60.7	41.7
Urbana	83.8	68.0	Dolor abdominal**	23.9	11.5
<b>Ingreso mensual familiar</b>			Amenorrea†	18.8	28.2
Bajo	45.3	55.1	Mareos	18.8	18.6
Intermedio	29.9	25.0	Dolor de cabeza	30.8	29.5
Alto	24.8	19.9	Hemorragia abundante*	30.8	18.0
<b>Deseo de fecundidad**</b>			Aumento de peso	20.5	14.1
Desea tener un hijo en ≤2 años.	6.8	19.2	Efectos secundarios que interfirieron en las actividades diarias**	54.7	35.3
Desea tener un hijo en >2 años o no sabe cuándo	55.6	39.1	Efectos secundarios que interfirieron en las relaciones con su pareja**	41.0	23.7
No desea tener más hijos	28.2	35.9	Se automedicó o tomó remedios caseros	23.1	20.5
Indecisa	9.4	5.6	Buscó ayuda en una clínica o con un trabajador de salud	55.6	28.2
<b>Método utilizado en el nivel de línea de base*</b>			<b>Comunicación con otras personas sobre efectos secundarios</b>		
DIU	20.5	9.6	≥2 personas**	57.3	32.1
Inyectable	73.5	80.8	Pareja**	63.3	37.2
Píldora	6.0	9.6	Miembros de la familia	35.0	26.3
<b>Duración de uso del método en el nivel de línea de base**</b>			Amigost	18.0	10.9
>1 año	15.4	36.5	Trabajador sanitario**	48.8	26.9
≤1 año	23.1	16.7			
Método nuevo	61.5	46.8			

\*\*p<0.05. \*\*p<0.01. †p<0.1. ‡Tres mujeres que cambiaron de método con información faltante sobre la razón principal de discontinuación se eliminaron del análisis.

continuaron su uso (Cuadro 3, página 18). Sin embargo, los resultados se deben interpretar con cuidado dado que los subgrupos fueron pequeños. Entre las mujeres que tuvieron dolores de cabeza (82), la única diferencia significativa entre aquellas que cambiaron de método y aquellas que discontinuaron su uso fue el porcentaje que habló sobre la discontinuación del método de línea de base con su pareja antes de tomar la decisión (89% vs. 70%). Entre las mujeres con amenorrea (66), las mujeres que cambiaron de método tuvieron mayores probabilidades que las

que discontinuaron su uso de buscar ayuda en una clínica o con un trabajador sanitario (64% vs. 36%). En el caso de las mujeres con hemorragias abundantes (64), las que cambiaron de método presentaron significativamente mayores probabilidades que las que discontinuaron su uso de conversar sobre los efectos secundarios con dos o más personas (100% vs. 86%), específicamente con su pareja (81% vs. 46%); y de haber conversado con su pareja anticipadamente sobre la decisión de discontinuar el uso de su método de línea de base (97% vs. 68%). Los resultados indi-

**CUADRO 3. Porcentaje de mujeres que reportó reacciones específicas a los efectos secundarios, por efecto secundario 2006–2007, en las mujeres que cambiaron o descontinuaron el uso del método**

Reacción	Dolor de cabeza		Amenorrea		Hemorragia abundante	
	Cambió de método (N=36)	Dejó de usar el método (N=46)	Cambió de método (N=22)	Dejó de usar el método (N=44)	Cambió de método (N=36)	Dejó de usar el método (N=28)
Los efectos secundarios interfirieron en las actividades diarias	66.7	71.7	59.1	43.2	75.0	75.0
Los efectos secundarios interfirieron en la relación con la pareja	41.7	47.8	27.3	20.5	72.2	71.4
Se automedicó o tomó remedios caseros	36.1†	56.5	13.6†	34.1	19.4	21.4
Buscó ayuda en una clínica o con un trabajador sanitario	58.3	45.7	63.6*	36.4	72.2	57.1
Conversó sobre los efectos secundarios con ≥2 personas	94.4	89.1	95.5†	79.6	100.0*	85.7
Conversó sobre los efectos secundarios con su pareja	69.4	63.0	68.2	50.0	80.6**	46.4
Conversó sobre los efectos secundarios con los miembros de su familia	33.3	43.5	40.9	31.8	38.9	42.9
Conversó sobre los efectos secundarios con amistades	19.4	15.2	9.1	9.1	19.4	25.0
Conversó sobre la descontinuación del método de línea de base con su pareja antes de hacerlo	88.9*	69.6	90.9	77.3	97.2**	67.9

\*p&lt;.05. \*\*p&lt;.01. †p&lt;0.1.

caron que no hubo diferencias significativas por gravedad percibida de los efectos secundarios (i.e., si los efectos secundarios interfirieron con sus actividades diarias o con su relación de pareja). Se podrían detectar mayores diferencias significativas con tamaños de muestra más grandes.

En el análisis multivariado, un número menor de variables que en el análisis bivariado se asoció con la variable dependiente (Cuadro 4).<sup>\*</sup> Entre las variables demográficas, sólo el área de residencia continuó siendo significativa; lo que indica que la probabilidad de cambiar de método en lugar de descontinuarlo, fue así 2.6 más alta entre las mujeres de áreas urbanas que en las mujeres en áreas rurales. En comparación con las mujeres que habían utilizado un método durante más de un año, para las que lo habían usado por un año o menos fue significativamente más probable que hubieran cambiado de método a que hubieran dejado de usarlo (razones de momios, 3.5). Al

<sup>\*</sup>Diversas variables—como haber experimentado efectos secundarios durante el estudio y conversación sobre los efectos secundarios con dos o más personas, con una pareja o con un trabajador sanitario—se excluyeron del modelo multivariado debido a la alta correlación con otras variables.

igual que en el análisis bivariado, la amenorrea estuvo asociada con una reducción del riesgo de cambiar de método (0.3). Sin embargo, la hemorragia abundante, que estuvo asociada con el cambio de método en el análisis bivariado, perdió significación en el análisis multivariado. Para las mujeres que buscaron ayuda a causa de los efectos secundarios en una clínica o con un trabajador sanitario y que conversaron sobre descontinuar el método con su pareja antes de hacerlo, también fue significativamente más probable que hubieran cambiado a otro método en lugar de dejar de usarlo (2.0 y 3.2, respectivamente). Y, las mujeres que descontinuaron su método de línea de base por problemas con su uso, tuvieron mayor probabilidad de cambiar de método que las mujeres que descontinuaron su uso por una disminución de la necesidad o por otras razones (6.1).

### ANÁLISIS

La descontinuación de anticonceptivos fue común en la población de estudio: Más de cuatro de un total de 10 mujeres dejaron de usar su método de línea de base dentro del período de estudio de 12 meses. Sin embargo, el 43% de estas mujeres cambió a otro método en el lapso de un mes. En una comparación entre las mujeres que cambian de método y las mujeres que descontinúan su uso, descubrimos diferencias significativas en sus características demográficas, en la forma en que experimentan efectos secundarios, en la posibilidad de conversar sobre la descontinuación y en la razón principal de descontinuación.

El estudio tuvo algunas limitaciones. Por ejemplo, la censura estadística por derecha e izquierda de los datos marcó los períodos previos y posteriores al estudio. Además, el análisis se centró en la descontinuación y en lo que ocurrió en el mes siguiente; como resultado, se produjo una censura estadística adicional de los datos por restricciones analíticas. Por ejemplo, las mujeres que cambiaron de método pueden haber usado un nuevo método durante sólo un mes o en el mes indicado inmediatamente posterior a la descontinuación del método de línea de base. De manera similar, las mujeres que descontinuaron el uso del método pueden haber reiniciado el mismo método u otro después del lapso de un mes o más; con lo que, de hecho, se convertirían en mujeres que cambiaron de método. Una población de estudio más grande y un período de observación más prolongado podrían abordar algunas de estas cuestiones.

En el material bibliográfico publicado, el cambio de método se evalúa durante los primeros tres meses posteriores a la descontinuación, aunque se podría producir un embarazo durante este período.<sup>3</sup> Sin embargo, evaluar el cambio de método durante un sólo mes puede también producir resultados significativos. La investigación de la Encuesta Nacional de Crecimiento Familiar de Estados Unidos de 2002, encontró que la mayoría de las mujeres que cambian de método lo hacen en el primer mes posterior a la descontinuación; la probabilidad de volver a usar

un método anticonceptivo después de la discontinuación fue del 72% en el primer mes, y alcanzó solamente el 76% a los tres meses.<sup>24</sup>

Otra limitación del análisis es su evaluación de la conducta para cambiar de método en lugar de la duración del uso del anticonceptivo. Una mujer que discontinuó su método de línea de base a principios del período de estudio puede haber cambiado a otro método—y posteriormente haber discontinuado su uso—; por lo tanto, puede haber usado anticonceptivos durante una menor cantidad de meses que una mujer que discontinuó en el mes 11 sin adoptar otro método. Los datos obtenidos en tan solo 12 meses no permiten un examen minucioso del uso de los anticonceptivos, aunque sí sabemos que el tiempo promedio hasta la discontinuación del método de línea de base fue comparable en los dos grupos de mujeres: 6.0 meses para las mujeres que cambiaron de método y 6.4 meses para las mujeres que discontinuaron su uso. Finalmente, la influencia de los efectos secundarios y las conductas relacionadas sobre la discontinuación puede verse afectada por la inclusión de las mujeres sin efectos secundarios en el grupo de referencia para estas variables.

A pesar de estas limitaciones, el estudio arrojó resultados interesantes. El análisis multivariado demostró que las mujeres que vivían en áreas urbanas presentaron mayores probabilidades de cambiar de método a discontinuar su uso, posiblemente porque más mujeres de áreas urbanas que de áreas rurales utilizaban DIU, que requiere una decisión activa y una visita a la clínica para discontinuar su uso. Las mujeres de áreas urbanas también tienen mayor acceso a los servicios de planificación familiar; entre ellos, a un suministro de métodos y proveedores más variado. A la inversa, el acceso limitado a los servicios, así como la falta de estímulo para buscar ayuda en una clínica o con un trabajador de salud en caso de efectos secundarios, puede reducir el cambio de método.

De todas las variables relacionadas con los efectos secundarios, el hecho de buscar ayuda en una clínica de salud estuvo mucho más relacionado con el cambio de método. Aunque los efectos secundarios pueden conducir a la discontinuación del método, su relación con el uso posterior es menos clara. Según nuestros hallazgos, sólo la amenorrea estuvo vinculada de manera negativa con el cambio de método. Esto indica que la amenorrea desalienta la adopción inmediata de nuevos métodos. El trabajo cualitativo formativo en Honduras con usuarias actuales y anteriores de anticonceptivos indica que las mujeres amenorréicas discontinúan el método por dos razones principales: para determinar el estado de su embarazo y para restablecer la regularidad de los patrones menstruales. En nuestro estudio, la amenorrea fue más común entre las usuarias del método inyectable. Estos resultados indican una oportunidad para los proveedores de instruir a las mujeres sobre la amenorrea al comenzar a usar el método inyectable y conversar sobre la adopción de métodos de barrera no hormonales en el caso de las mujeres que, de otra forma, tomarían suspenderían tem-

**CUADRO 4. Razón de momios del cambio de método frente a la discontinuación del método obtenida en la regresión logística multivariada, según las características seleccionadas, Honduras, 2006–2007 (N=270)**

Variable	Razón de momios
<b>Edad</b>	
15–24	1.00
25–34	0.75 (0.34–1.65)
35–44	0.86 (0.20–3.81)
<b>Nivel de escolaridad</b>	
Ninguno	1.00
Primario	1.11 (0.24–5.10)
≥secundario	1.91 (0.38–9.66)
<b>Número de hijos nacidos</b>	
0–1	1.00
≥2	0.96 (0.43–2.14)
<b>Residencia</b>	
Rural (ref)	1.00
Urbana*	2.58 (1.17–5.68)
<b>Deseo de fecundidad</b>	
Desea tener un hijo en ≤2 años/indecisa (ref)	1.00
Desea tener un hijo en >2 años o no sabe cuando	1.60 (0.68–3.76)
No desea tener más hijos	1.20 (0.45–3.20)
<b>Calidad del servicio</b>	
El proveedor respondió todas las preguntas	1.63 (0.79–3.36)
Informó sobre las ventajas y desventajas del método	0.88 (0.43–1.78)
<b>Duración de uso del método en el nivel de línea de base</b>	
>1 año (ref)	1.00
≤1 año*	3.45 (1.30–9.16)
Método nuevo†	2.26 (0.97–5.25)
<b>Método utilizado en el nivel de línea de base</b>	
DIU (ref)	1.00
Inyectable	0.84 (0.29–2.46)
Píldora	0.60 (0.14–2.66)
<b>Experiencia con los efectos secundarios</b>	
Sufrió dos o más efectos secundarios durante el período de estudio	1.26 (0.58–2.73)
Dolor abdominal	1.54 (0.56–4.19)
Hemorragia abundante†	0.44 (0.18–1.09)
Amenorrea*	0.34 (0.14–0.81)
Efectos secundarios que interfirieron con las actividades diarias**	1.22 (0.53–2.81)
Efectos secundarios que interfirieron con las relaciones con su pareja	0.96 (0.41–2.24)
Buscó ayuda en una clínica o con un trabajador sanitario*	2.01 (1.01–3.99)
<b>Comunicación con los demás sobre efectos secundarios</b>	
Amigos	1.05 (0.44–2.49)
<b>Conversó sobre discontinuar el método con su pareja antes de hacerlo*</b>	
	3.16 (1.43–6.96)
<b>Razón principal de discontinuación</b>	
Disminución de la necesidad/otra (ref)	1.00
Problemas con el método*	6.05 (2.68–13.66)
Pseudo R <sup>2</sup>	0.29
Probabilidad logística	-129.91

\*p<0.05. \*\*p<0.01. †p<0.1. Nota: Tres mujeres que cambiaron de método con información faltante sobre la razón principal de discontinuación se eliminaron del análisis.

poralmente el uso del método anticonceptivo para determinar si están embarazadas.

Finalmente, el estudio descubrió una asociación entre el cambio de método y la conversación sobre la descontinuación con la pareja antes de tomar la decisión de hacerlo. Sin embargo, respecto a las conversaciones con la pareja (u otros) el estudio no determinó qué es lo que apoya el cambio de método. ¿Conversar sobre esto (i.e., la calidad de la conversación) refuerza la decisión de la mujer de usar planificación familiar y la alienta a intentar el uso de un método diferente? O, ¿conversar sobre esto representa una relación de apoyo y la capacidad de confiar los problemas y conversar sobre las opciones de planificación familiar con una pareja o cónyuge u otros (i.e., la calidad de la relación)?

Las respuestas a estas preguntas sobrepasan la extensión del presente estudio, pero apuntan a otras vías para profundizar en la investigación. Mientras tanto, nuestros resultados subrayan la necesidad de que los programas de planificación familiar de Honduras proporcionen a las mujeres una gama completa de métodos anticonceptivos y proveedores de servicios de salud, con lo que se garantice que todas las mujeres tengan acceso a los servicios que apoyan la continuación del uso de anticonceptivos. Nuestros resultados también indican que los programas de planificación familiar de Honduras, en sus esfuerzos por apoyar el uso continuado de anticonceptivos, deben alentar a las mujeres para que conversen con sus parejas, familiares y otras personas sobre la descontinuación o el cambio del método antes de tomar la decisión y hacerlo.

#### REFERENCIAS

1. Vadnais D, Kols A y Abderrahim N, *Women's Lives and Experiences: Changes in the Past Ten Years*, Calverton, MD, EEUU: ORC Macro, 2006.
2. Bradley SEK, Schwandt HM y Khan S, Levels, trends, and reasons for contraceptive discontinuation, *DHS Analytical Studies*, Calverton, MD, EEUU: ICF Macro, 2009, No. 20.
3. Ali M y Cleland J, Oral contraceptive discontinuation and its aftermath in 19 developing countries, *Contraception*, 2010, 81(1):22-29.
4. Ali M y Cleland J, Determinants of contraceptive discontinuation in six developing countries, *Journal of Biosocial Science*, 1999, 31(3):343-360.
5. Curtis SL y Blanc AK, *Determinants of Contraceptive Failure, Switching, and Discontinuation: An Analysis of DHS Contraceptive Histories*, Calverton, MD, EEUU: Macro International, Inc., 1997.
6. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, *Niveles y Tendencias del Uso de Anticonceptivos Medidos en 2002*, Nueva York: Naciones Unidas, 2006.
7. Barden-O'Fallon JL, Speizer LS y White J, Asociación entre la suspensión en el uso de anticonceptivos y las intenciones de embarazo en Guatemala, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2008, 23(6):

410-417.

8. Conde-Agudelo A, Rosas-Bermúdez A y Kafury-Goeta AC, Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: a meta-analysis, *Journal of the American Medical Association*, 2006, 295(15):1809-1823.
9. Davidson AR et al., Injectable contraceptive discontinuation and subsequent unintended pregnancy among low-income women, *American Journal of Public Health*, 1997, 87(9):1532.
10. Leite IC y Gupta N, Assessing regional differences in contraceptive discontinuation, failure and switching in Brazil, *Reproductive Health*, 2007, <<http://www.reproductive-health-journal.com/content/4/1/6>>, acceso el 20 de julio de 2007.
11. Do M y Koenig MA, Effect of family planning services on modern contraceptive method continuation in Vietnam, *Journal of Biosocial Science*, 2007, 39(2):201-220.
12. Jain AK, Fertility reduction and the quality of family planning services, *Studies in Family Planning*, 1989, 20(1):1-16.
13. Blanc AK, Curtis SL y Croft TN, Monitoring contraceptive continuation: links to fertility outcomes and quality of care, *Studies in Family Planning*, 2002, 33(2):127-140.
14. Ali M y Cleland J, Contraceptive discontinuation in six developing countries: a cause-specific analysis, *International Family Planning Perspectives*, 1995, 64(3):92-97.
15. Rosenburg MJ, Waugh MS y Meehan TE, Use and misuse of oral contraceptives: risk indicators for poor pill taking and discontinuation, *Contraception*, 1995, 51(5):283-288.
16. Khan M, Factors associated with oral contraceptive discontinuation in rural Bangladesh, *Health Policy and Planning*, 2003, 18(1):101-108.
17. Halpern V et al., Strategies to improve adherence and acceptability of hormonal methods for contraception, *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas*, 2006, 25(1):CD004317.
18. Koenig MA, Hossain MB y Whittaker M, The influence of quality of care upon contraceptive use in rural Bangladesh, *Studies in Family Planning*, 1997, 28(4):278-289.
19. Steele F, Curtis S y Choe M, The impact of family planning service provision on contraceptive-use dynamics in Morocco, *Studies in Family Planning*, 1999, 30(1):28-42.
20. León FR et al., One-year client impacts of quality of care improvements achieved in Peru, *FRONTIERS Final Report*, Washington, DC: Population Council, 2003.
21. RamaRao S et al., The link between quality of care and contraceptive use, *International Family Planning Perspectives*, 2003, 29(2):76-83.
22. Hossain MB, Analyzing the relationship between family planning workers' contact and contraceptive switching in rural Bangladesh using multilevel modeling, *Journal of Biosocial Science*, 2005, 37(5):529-554.
23. Secretaría de Salud, Honduras (SS), Instituto Nacional de Estadística (INE) y Macro International, *Encuesta Nacional de Salud y Demografía 2005-2006*, Tegucigalpa, Honduras: SS, INE y Macro International, 2006.
24. Vaughan B et al., Discontinuation and resumption of contraceptive use: results from the 2002 National Survey of Family Growth, *Contraception*, 2008, 78(4):271-283.

**Contacto con la autora:** [bardef@email.unc.edu](mailto:bardef@email.unc.edu)