

Factores asociados a la continuidad del uso anticonceptivo en adolescentes solteras nulíparas

Electra González^a, Temístocles Molina^b,
Adela Montero, Vania Martínez, Ramiro Molina

Factors associated with maintenance of contraception among adolescents

Background: Factors such as personal issues, family, sexuality and sexual partner characteristics are strongly associated with contraceptive continuation among single, nulliparous female adolescents. **Aim:** To determine factors associated to contraceptive maintenance among female nulliparous adolescents. **Material and methods:** A cohort of 2,811 adolescents, who confidentially requested contraception in a sexual and reproductive health university center from 1990 to 2006 was analyzed. Two years after the request, their clinical records were reviewed to determine the time and length of contraception. Using life table analysis, the variables related to continuation or discontinuation of contraception were identified. **Results:** Factors associated with a longer contraceptive use were a lower age at the moment of initiating the method, a better academic achievement and aspirations, higher schooling of the partner, higher age of the mother, having an adolescent mother, supervision of permissions by people different than parents and not attending to religious services. Variables associated with a higher risk for abandonment were a higher age of the adolescent, greater number of sexual partners, lack of communication with parents, non-catholic religious affiliation, use of oral hormonal contraceptive, greater number of siblings, commenting sexual issues with relatives or friends, having a partner without academic activity or working and to live without parents. **Conclusions:** Several personal, familial and environmental factors influence contraceptive use continuity among adolescents (Rev Méd Chile 2009; 137: 1187-92).
(Key words: Adolescent; Contraception; Sexuality)

Recibido el 22 de julio, 2009. Aceptado el 19 de agosto, 2009.

Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral de la Adolescencia, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago de Chile.

^aAsistente Social, Master in Population Research

^bEstadístico, Magíster en Bioestadística

Mayor edad al solicitar anticoncepción¹⁻³, mayor conocimiento y aceptación de su propia sexualidad, de cómo funciona su cuerpo, y conocimiento y aceptación de la anticoncepción aumenta en las adolescentes la búsqueda activa de

servicios anticonceptivos y su uso más efectivo⁵⁻⁷. Las más jóvenes demoran el uso de anticonceptivo a lo menos un año desde el inicio de la actividad sexual⁸⁻¹⁰. Aunque un estudio mostró lo contrario¹¹. Sentirse con menos culpa acerca del comportamiento sexual y creer que es la mujer quien debería tener la responsabilidad del uso de anticonceptivos mejora el uso de anticonceptivos^{9,10,12}. Adolescentes pasivas y con actitudes tradicionales acerca de la dependencia femenina en la relación hombre-mujer, o impulsivas, o que

Correspondencia a: Electra González A. Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral de la Adolescencia (Cemera), Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Prof. Zañartu 1030, Independencia, Santiago. Fax: 7356512. E mail: evgonzalez@med.uchile.cl

encuentran difícil alcanzar metas por lo general son usuarias poco eficientes^{7,8}. Adolescentes que tienen un alto nivel de autoestima, con gran control sobre sus vidas, competentes y capaces de elegir y planear sus destinos tienen mayor probabilidad de ser usuarias competentes¹⁴. Adolescentes con metas educacionales claras y con buen desempeño escolar son más proclives a prevenir el embarazo no deseado usando anticonceptivos que aquellas que carecen de una orientación de metas educacionales claras^{4,5,11}.

El pobre desempeño escolar se asocia a embarazo no deseado¹². Con relación a la afiliación religiosa y la religiosidad hay autores que sugieren que éstos continúan siendo factores importantes en los patrones anticonceptivos. Algunas comunidades religiosas afectan el uso de anticonceptivos a través de un gran énfasis en la abstinencia de la actividad sexual no marital, por ejemplo, o a través del uso de anticonceptivos para los hombres. Algunos estudios han encontrado que las protestantes son más proclives a usar anticonceptivos hormonales orales que las católicas, pero menos proclives que las católicas a usar el método del ritmo mientras que las mujeres judías tienden a usar más el dispositivo intrauterino y el diafragma¹³⁻¹⁵.

Entre los factores familiares se ha observado que el uso de anticonceptivos es mayor en adolescentes que discuten sexualidad y anticoncepción con sus madres. Adolescentes que discuten abiertamente temas de anticoncepción con sus madres y tienen actitudes más positivas hacia los anticonceptivos, con mayor frecuencia usan anticonceptivos antes de la primera relación sexual¹⁶⁻¹⁹. La satisfacción con la relación familiar y la comunicación con los miembros de la familia no parecen influir, pero sí influye el tiempo que los padres pasan con sus hijos^{18,19}. La restricción o suspensión de los permisos para salir como sanción por parte de los padres se asocia al uso de anticonceptivos cuando se comparan con adolescentes cuyos padres no ponen límites ni sanciones o son demasiados restrictivos^{17,18}.

El mayor nivel educacional de los padres influye en el uso anticonceptivo de sus hijas. Las madres más educadas con mayor frecuencia conversan acerca de concepción y anticoncepción con sus hijas que las madres menos educadas^{18,19}. Sin embargo, el mecanismo por el cual la educación parental afecta el uso de anticonceptivos no está muy claro. ¿Es que la educación de los padres influye en la orientación y

logro de metas de la niña y así influye en el uso? ¿Es que los padres más educados tienden a conversar más abiertamente de anticonceptivos con sus hijos y a apoyar más el uso de anticonceptivos de adolescentes?²⁰⁻²³. No hay estudios que demuestren que variables familiares como composición familiar y tamaño de la familia, nivel socioeconómico, esté relacionada directamente al uso de anticonceptivos en adolescentes^{17,19-22}.

El comportamiento anticonceptivo en adolescentes solteras nulíparas es un tema que ha sido poco estudiado en nuestro país. Un estudio previo muestra que 85% de las adolescentes que habían discontinuado control habían abandonado el uso anticonceptivo²⁴. Identificar en el momento del ingreso a las adolescentes que presenten factores que aumenten el riesgo de discontinuar el uso de anticonceptivos es de gran relevancia para enfocar los recursos en la atención preferencial de este grupo. De esta manera, se contribuirá a mantener y mejorar la salud sexual y reproductiva de adolescentes en riesgo de embarazo no deseado y de infecciones de transmisión sexual.

El objetivo de nuestro trabajo fue determinar los factores asociados a la continuidad o discontinuidad del uso anticonceptivo en usuarias adolescentes, solteras, nulíparas atendidas en un centro universitario de salud sexual y reproductiva para adolescentes.

MATERIAL Y MÉTODO

Este estudio se realizó en un centro universitario diseñado para entregar servicios en salud sexual y reproductiva a adolescentes de ambos sexos cuyo objetivo principal es prevenir el primer embarazo y las infecciones de transmisión sexual en adolescentes (Cemera). Se atiende en forma ambulatoria en horarios diurnos, a adolescentes de sectores socioeconómicos medio-bajo. Todos los servicios son confidenciales, con un bajo costo y no se necesita el consentimiento de los padres para acceder a ellos. Los y las adolescentes que concurren son referidos en su mayoría por otra adolescente y reciben servicios de consejería en la primera y subsiguientes visitas. En esta consejería se orienta a las adolescentes a elegir el método anticonceptivo que tenga más probabilidad de que lo use exitosamente. Los anticonceptivos son suministrados sin costo y hasta que la adolescente cumpla 19 años.

Diseño de estudio analítico y de cohorte. El universo de estudio estuvo constituido por adoles-

centes entre 12 y 19 años, que solicitaron anticoncepción, entre los años 1990 y 2006. Una entrevista estructurada diseñada como instrumento para la atención de las adolescentes y como instrumento de recolección de información para investigación se les aplicó en la primera consulta. Todas firmaron un consentimiento informado donde se les explicó que los datos serían utilizados en investigación protegiendo sus identidades. Dos años después de finalizado el periodo de reclutamiento se revisaron las fichas clínicas para registrar el tipo de método anticonceptivo indicado y el tiempo de uso de éste.

Las variables personales y relacionadas con historia sexual estudiadas fueron: Edad al momento de la entrevista, actividad, escolaridad (curso actual), repitencia (haber repetido un año escolar por cualquier causa), rendimiento escolar (medido por promedio de notas del último año aprobado), proyectos académicos futuros; participación social (medido como pertenencia a alguna organización social ya sea deportiva, religiosa, artística u otra); edad al inicio de la relación afectiva (noviazgo o pololeo), edad al inicio de la actividad sexual coital; número de relaciones afectivas incluyendo pololeos o andar, número de parejas sexuales, tiempo transcurrido entre noviazgo o pololeo e inicio de actividad sexual (medido en meses), tiempo transcurrido entre inicio de actividad sexual y momento de la consulta (medido en meses), contexto en que se dio el inicio de la actividad sexual, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos (MAC) y de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA.

Variables familiares. Filiación (vínculo legal ente hija y padres), figura de crianza (uno o ambos padres en la crianza), composición familiar, número de hermanos, orden de nacimiento, calidad relación con los padres, comunicación familiar, comunicación sobre sexualidad y anticoncepción, control parental, supervisión de permisos en la semana, supervisión de permisos para fiesta, tipo de castigo, edad del padre y de la madre, escolaridad del padre y de la madre, actividad del padre y de la madre, antecedente de padre o madre adolescente. Tipo de método anticonceptivo indicado (MAC) (oral, inyectable) tiempo de uso del método (en meses). Para medir el nivel socioeconómico se aplicó la escala de Graffar modificada.

Estadística. Se realizó un análisis de las estadísticas descriptivas de algunas de las covariables. A continuación se calcularon por el método de Kaplan-Meier distintas probabilidades de sobrevida para el uso de MAC, con los respectivos niveles de confianza. Se compararon las funciones de sobrevida según tipo de MAC usado. Se ajustó un modelo de sobrevida basado en la función exponencial, este método permitió explorar los posibles factores que influyen en los tiempos de sobrevida de uso de MAC. En este estudio la variable primaria de respuesta fue el tiempo en meses, desde el momento que empezó a usar el MAC hasta que abandona los controles antes de cumplir 19 años. Se utilizaron los *software* EPI INFO 6.0, y STATA 9.0.

RESULTADOS

Los resultados corresponden a 2.811 adolescentes, las que provenían de las diferentes comunas de la Región Metropolitana. El 81% de ellas no había informado a sus padres de su asistencia a Cembra por el temor a su desaprobación tanto de la actividad sexual como de la anticoncepción. El 67,8% supo del centro por otra (otro) adolescente. El nivel socioeconómico fue medio-bajo. Eran estudiantes 97,8%, el promedio de años de escolaridad fue de 10,7 (DS =1,36), el rendimiento escolar alcanzó el 5,5 en la escala de 1 a 7 (DS =0,51) como promedio de notas y eran solteras y nulíparas el 100%. El promedio de edad al inicio de la actividad sexual fue de 15,6 años (DS =1,33), 10% de ellas no habían iniciado actividad sexual. El 81,1% inició método anticonceptivo hormonal oral (ACO) y 18,9% método anticonceptivo hormonal inyectable (ACY). El tiempo de uso del método anticonceptivo fluctuó entre 1 y 66 meses. El 87% abandonó el control y el uso del método antes de cumplir 19 años.

El análisis de sobrevida mostró que a los 6 meses, 47% de las adolescentes continuaba el uso de anticonceptivos, a los 12 meses, 33%, a los 24 meses, 17%, a los 36 meses, 0,8% y a los 48 meses, 0,5% (Figura 1) (Tabla 1).

Al análisis por tipo de método anticonceptivo indicado se observó que a los 6 meses, 51% de las usuarias de ACY y 47% de usuarias de ACO continuaban el uso, a los 12 meses, 36% de las usuarias de ACY continuaban el uso versus 32% de las usuarias de ACO. A los 24 meses continuaba el uso 18% de las usuarias ACY y 16% de las usuarias

Tabla 1. Estadísticas descriptivas para el tiempo de sobrevida de uso de MAC

Tiempo (meses)	Función de sobrevida	IC (95%)
6	0,47	0,45 - 0,49
12	0,33	0,31 - 0,35
24	0,17	0,15 - 0,18
36	0,08	0,06 - 0,09
48	0,05	0,04 - 0,06

de ACO. A los 36 meses, 11% de las usuarias ACY y 0,7% de las usuarias ACO (Figura 2).

Al comparar las funciones de sobrevida de ACY versus ACO mediante el test de *Log-rank* ($p = 0,06$) no hubo evidencias estadísticamente significativas para afirmar que la sobrevida de uso de MAC está influida por el tipo de MAC utilizado.

Después de ajustar un modelo de sobrevida basado en la función exponencial, los factores que influyen en los tiempos de sobrevida de uso de MAC, controlado por el resto de las variables consideradas en el modelo son presentados como:

Factores de riesgo para la sobrevida del MAC:

- Por cada año de aumento en la edad de la adolescente el riesgo de abandono aumentó en 13%.
- Por cada aumento de una pareja sexual el riesgo de abandono creció en 24%.
- El tener relaciones regulares con los padres aumentó el riesgo de abandono en 27% al comparar con aquellas que tienen buenas relaciones con los padres.
- Las adolescentes que viven sin los padres tuvieron un riesgo de 49% de abandono.
- Las adolescentes que no tenían afiliación religiosa y las que tenían otra religión tuvieron un riesgo entre 40% y 23%, respectivamente, de abandonar el método.
- Las adolescentes que usaban ACO presentaron un aumento de riesgo de 28% en relación a las que usaban inyectable.
- El conversar los temas de sexualidad con familiares aumentó el riesgo en 23% y el conversarlo con amigas aumentó el riesgo en 16% cuando se comparó con aquellas que conversaban con los padres.
- Si la pareja de la adolescente no tenía ninguna actividad aumentó el riesgo en 37% y si trabajaba lo

aumentó en 17%.

- El aumento de años de escolaridad del padre resultó ser un factor de riesgo para la sobrevida de uso de MAC.
- Por cada aumento en el número de hermanos el riesgo de abandono aumentó en 7%.

Factores protectores para la sobrevida del MAC:

- El mejor promedio de notas y el aumento en la edad de la madre y el que la madre haya sido madre adolescente.
- El tener como aspiraciones académicas sólo terminar la enseñanza media cuando se compara con alcanzar educación universitaria o superior.
- No asistir a los servicios religiosos cuando se compara con aquellas que asisten semanalmente.
- El aumento en años de escolaridad de la pareja de la adolescente resultó ser un factor protector.
- Finalmente, la

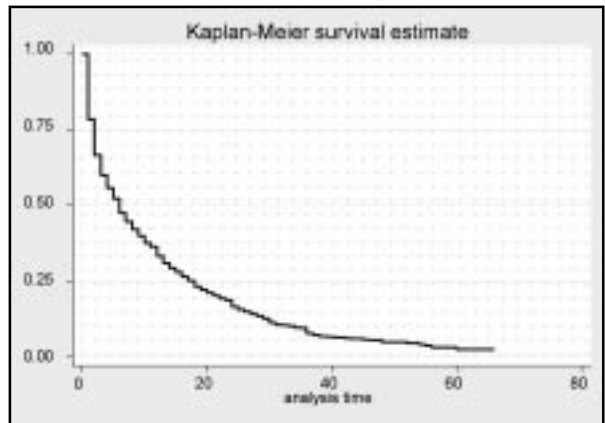


Figura 1. Función de sobrevida para el tiempo de uso de MAC (Kaplan-Meier).

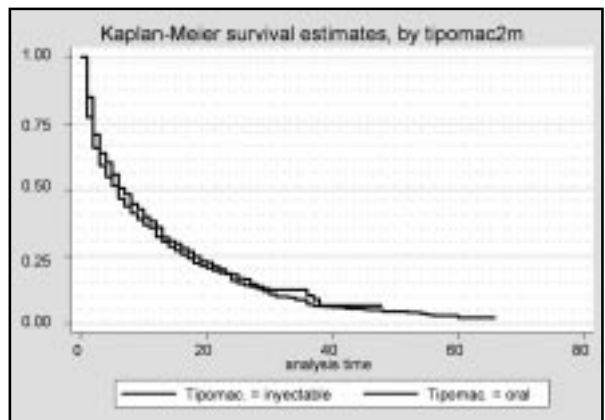


Figura 2. Función de sobrevida para el tiempo de uso de MAC, comparando tipo de MAC utilizado (Kaplan-Meier).

supervisión de los permisos por otros es un factor protector cuando se compara con la supervisión de los permisos por ambos padres (Tabla 2).

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran que a mayor edad de la adolescente al iniciar anticoncepción aumenta el riesgo de abandono. Esto es inconsistente con estudios que muestran que la mayor edad se asocia al uso más regular y efectivo¹⁻³. En este grupo, las adolescentes más jóvenes fueron más capaces de pensar de manera abstracta y de relacionar acciones a consecuencias específicas como sería el embarazo no deseado.

Mejor desempeño académico medido como promedio de notas fue consistente con lo encontrado en la literatura que muestra que mejores logros académicos está fuertemente relacionado con el uso efectivo de anticonceptivos^{4,5,11}. Aspiraciones académicas, terminar educación secundaria, aparece como factor protector y no aspiraciones, alcanzar educación superior, como

muestra la literatura, puede explicarse porque en este grupo socioeconómico el ingreso a la universidad puede ser una meta no realista.

Otras variables personales que la literatura muestra asociadas a usuarias más consistentes tales como mayor edad al debut sexual, aspiraciones académicas altas, fuente de información sobre anticonceptivos no se asoció a la sobrevida del método.

Variables de la pareja, como mayor escolaridad, fueron asociadas a usuarias continuadoras mientras que mayor número de parejas sexuales aumentó el riesgo de abandonar el método.

Variables familiares, como regular relación entre padres e hijas, no vivir con los padres, aumentó el riesgo de abandono del método y supervisión por otros es un factor protector. Reglas y sanciones a las violaciones de las normas familiares, supervisión por otros^{17,18} como mejor nivel educacional del padre²⁰⁻²³, edad materna, número de hermanos, fueron asociados a la sobrevida del uso de anticonceptivos. Sin embargo, otras variables como filiación, figura de crianza, composición familiar y actividad de los padres, no mostró asociación, lo

Tabla 2. Variables asociadas a la sobrevida de uso de MAC

Variable	Haz. ratio	p	Intervalo de confianza (95%)
Edad adolescente	1,13	0,00	1,06 - 1,19
Número de parejas sexuales	1,24	0,00	1,15 - 1,34
Edad madre	0,98	0,00	0,97 - 0,99
Relación con los padres (regular)	1,27	0,00	1,12 - 1,43
Número de hermanos	1,07	0,01	1,02 - 1,12
Vive con (familiares)	1,49	0,04	1,02 - 2,17
Promedio de notas (escala de 1 a 7)	0,89	0,04	0,79 - 0,99
Aspiraciones académicas (sólo terminar enseñanza media o secundaria)	0,75	0,00	0,65 - 0,88
Afiliación religiosa (otra religión)	1,23	0,01	1,05 - 1,44
Afiliación religiosa (sin religión)	1,40	0,00	1,14 - 1,74
Supervisión de los permisos (por otros)	0,68	0,05	0,47 - 0,90
Asistencia a servicio religioso (nunca)	0,79	0,00	0,69 - 0,89
Escolaridad pareja (años de escolaridad)	0,96	0,03	0,93 - 0,99
Actividad de la pareja (trabaja)	1,17	0,02	1,02 - 1,33
Actividad de la pareja (sin actividad)	1,37	0,03	1,03 - 1,82
Tipo de MAC usado (ACO)	1,28	0,00	1,10 - 1,49
Madre adolescente	0,85	0,02	0,74 - 0,98
Conversa temas de sexualidad (con familiares)	1,23	0,01	1,05 - 1,46
Conversa temas de sexualidad (con amigas)	1,16	0,03	1,01 - 1,32
Escolaridad del padre	1,02	0,03	1,00 - 1,04

cual es consistente con lo encontrado en otros estudios^{17,19-22}. Será necesario efectuar estudios cualitativos que permitan profundizar en el aspecto de las relaciones intrafamiliares, de la dinámica y comunicación familiar, como también indagar en la transmisión de creencias y valores relacionados con la sexualidad y la anticoncepción transmitidos de padres a hijas, que pueden estar asociados a la continuidad de uso de anticonceptivos en adolescentes.

Un importante porcentaje de adolescentes reportaron que teniendo información sobre métodos

anticonceptivos no los usaron. En este aspecto es necesario desarrollar un mayor conocimiento de la relación existente entre lo que las adolescentes saben sobre anticoncepción y cómo es su comportamiento anticonceptivo. Es un tema que no se conversa en familia, el colegio entonces pasa a ser una importante fuente de información y comunicación sobre anticonceptivos en niños, niñas y adolescentes en nuestro país, por lo que se debiera apoyar fuertemente a educadores en esta temática y motivar la incorporación y participación de los padres y familias a esta labor educativa.

REFERENCIAS

1. KATNER JF, ZELNIK M. Sexual experiences of young unmarried women in the U.S. *Fam Plann Perspect* 1972; 4: 9-18.
2. ZELNIK M, KANTNER JF. Sexual and contraceptive experience of unmarried women in the United States, 1976 and 1971. *Fam Plann Perspect* 1977; 9: 55-71.
3. ZABIN LS, CLARK DS. Why the delay: A study of teenage family planning patients. *Fam Plann Perspect* 1981; 13: 205-17.
4. ZABIN L, HIRSCH M, SMITH E, HARDY J. Adolescent sexual attitudes and behavior: Are they consistent. *Fam Plann Perspect* 1984; 6: 181-5.
5. FREEMAN L. Adolescent contraceptive use: Comparisons of male and female attitudes and information. *Am J Public Health* 1980; 70: 790-7.
6. GREEN V, JOHNSON S, KAPLAN D. Predictors of adolescent female decision making regarding contraceptive usage. *Adolescence* 1992; 27: 613-29.
7. CVETKOVICH, GROTE. Psychosocial maturity and teenage contraceptive use: An investigation of decision-making and communication skills. *Population and Environment* 1980; 4: 211-26.
8. GOLDSMITH ET AL. Teenagers, sex and contraception. *Fam Plann Perspect* 1972; 4: 32-8.
9. HEROLD. Differences between women who begin pill use before and after first intercourse. *Fam Plann Perspect* 1980; 12: 304-5.
10. BAUMAN KE. Selected aspects of contraceptive practices of unmarried students. *Med Aspect Hum Sex* 1971; 5: 76-89.
11. GONZÁLEZ E, CABA F, MOLINA T, SANDOVAL J, MENESES R. Factores personales asociados al uso de anticonceptivos en adolescentes mujeres sexualmente activas. *Rev Soc Gin Infantil y de la Adolescencia* 2003; 10: 62-9.
12. FURSTENBERG F, SHEA J, ALLISON P. Contraceptive continuation among adolescents attending family planning clinics. *Fam Plann Perspect* 1983; 15: 211-7.
13. GOLDSCHIEDER C, MOSHER WD. Religious affiliation and contraceptive usage: Changing American patterns, 1955-82". *Studies in Fam Plann* 1988; 19: 48-57.
14. GOLDSCHIEDER C, MOSHER WD. Patterns of contraceptive use in the United States: The importance of religious factors. *Studies in Fam Plann* 1991; 22: 102-15.
15. MOSHER WD, WILLIAMS LB, JOHNSON DP. Religion and fertility in the United States: New patterns. *Demography* 1992; 29: 199-214.
16. FOX GL, INAZU JK. Mother-daughter communication about sex. *Family Relations* 1980; 29: 347-52.
17. LEWIS RA. Parents and peers: Socialization agents in the coital behavior of young adults. *J Sex Research* 1973; 9: 156-70.
18. FOX GL. The mother-daughter relationship and sexual socialization structure: A research review. *Family Relations* 1980; 29: 21-8.
19. FOX GL. The family's role in adolescent sexual behavior". In: T Ooms (Ed) *Teenage pregnancy in a family context. Implications in policy*. Philadelphia Temple University Press. 1981.
20. HERCEG-BARON, FURSTENBERG FRANK. Adolescent contraceptive use: The impact of family support systems. In: *The childbearing decisions: Fertility attitudes and behavior*, chapter 5:125-143, SAGE Publications Ltda. USA. 1982.
21. THOMPSON, SPANIER. Influence of parents, peers and partners on the contraceptive use of college men and women. *Journal of Marriage and the Family* 1978; 40: 481-92.
22. ZABIN L, KANTNER JF, ZELNIK M. The risk of adolescent pregnancy in the first months of intercourse. *Fam Plann Perspect* 1979; 11: 215-20.
23. MORRISON D. Adolescent contraceptive behavior: A review. *Psychological Bulletin* 1985; 98: 538-68.
24. GONZÁLEZ E, MOLINA T, MOLINA R, CABA F, MENESES R. Factors that are associated to the contraceptive method abandonment in Chilean adolescent users. *Pediatric and Adolescent Gynecology*, Edit .V. Bruni, Dei Cic Edizioni Internazionali, 2002, 488-92.