

Impacto de la asesoría anticonceptiva en la elección del método anticonceptivo: Resultados del Proyecto PIENSA en Venezuela

Drs. Rita Pizzi¹, Marisol Fernández², Jairo Fuenmayor³, Edgard Rodríguez³

RESUMEN

Objetivo: Determinar la influencia de la asesoría anticonceptiva en la elección del método anticonceptivo que realiza la usuaria.

Métodos: Se incluyeron 873 mujeres (18-40 años) en 7 estados de Venezuela. Se obtuvo información socio-demográfica, método anticonceptivo elegido antes y después de la asesoría anticonceptiva estructurada, percepciones sobre el método anticonceptivo y razones de elección o no del mismo. La diferencia entre proporciones del método anticonceptivo antes y después con sus IC: 97,5 % se compararon usando un nivel de significancia unilateral de 1,25 %.

Resultados: Posterior a la asesoría anticonceptiva, hubo una disminución en la selección de la píldora como método anticonceptivo, en el grupo de pacientes que inicialmente la eligieron (61,4 % a 45,6 %; $P < 0,0001$), 68,7% de quienes la solicitaron inicialmente la eligieron. La elección del parche se incrementó (7,8 % a 12,4 %; $P = 0,0007$), manteniendo la intención original de uso 73,5 % de ellas. La elección del anillo vaginal muestra un incremento (16,5 % a 35,5 %; $P < 0,0001$), conservando su elección original el 95,8 %. Los otros métodos disminuyeron (14,3 % a 3,1 %; $P < 0,0001$) y 16,8 % mantuvieron elección inicial.

Conclusiones: La asesoría anticonceptiva estructurada influye significativamente en la elección final del método anticonceptivo hormonal combinado (píldora, parche o anillo) y está asociado con el método solicitado previamente, número de hijos y percepciones de las usuarias sobre los anticonceptivos.

Palabras clave: Anticoncepción. Asesoría. Píldora. Parche. Anillo vaginal

SUMMARY

Objective: To determine the influence of contraceptive counselling in the choice of contraceptive method made by users.

Methods: 873 women (18-40 years) in 7 states of Venezuela were included. Information about socio-demographic characteristics; contraceptive method chosen before and after a structured contraceptive counseling; perceptions about contraceptive method, and reasons for choosing or not the contraceptive method were obtained. The difference between the ratios of contraceptive method before and after counseling with CI 97.5 % was compared using a one-sided significance level of 1.25 %.

Results: There was a decrease in the choice of the pill after counseling (61.4 % to 45.6 %; $P < 0.0001$), 68.7% of those who initially requested pill then chose them. The patch choice was increased (7.8 % to 12.4 %; $P = 0.0007$), they maintained their original intended use in 73.5 % of them. The choice of ring was increased (16.5 % to 35.5 %; $P < 0.0001$), 95.8 % was retained their original request. The other methods decreased (14.3 % to 3.1 %; $P < 0.0001$), and 16.8 % maintained initial choice. Women who requested a particular method were more likely to choose the same after counseling, except the ring which was very likely to choose regardless of whichever method originally was requested.

Conclusions: Structured contraceptive counseling significantly influence the final choice of combined hormonal contraceptive method (pill, patch or ring) and is associated with the contraceptive method previously requested, number of children, and user perceptions on contraceptives.

Key words: Hormonal Contraception. Counseling. Pill. Patch. Vaginal ring

INTRODUCCIÓN

A pesar de la variedad de métodos anticonceptivos disponibles en la actualidad y al hecho de que el

¹Hospital Universitario de Caracas

²Universidad del Zulia

³Maternidad "Concepción Palacios", Caracas

conocimiento de las usuarias sobre los mismos ha aumentado significativamente a través del tiempo (1), se estima que en 2012 cerca de la mitad de los embarazos producidos en países en desarrollo (80 millones) siguen siendo embarazos no planificados, de los cuales 37,5 % resultaron en nacimientos no planificados, 50 % en abortos inducidos y 12,5 % en abortos involuntarios. Además, 92 % de las usuarias de métodos anticonceptivos modernos en estos países son mujeres casadas, y solo 74 % de las mujeres en edad de procrear (867 millones) están usando métodos anticonceptivos modernos (2).

En América Latina se calcula que cerca de 65 % de las mujeres casadas utilizan métodos anticonceptivos modernos y alrededor de dos tercios de los embarazos en el Caribe y Suramérica no son planificados. En la región, 22 % de los embarazos finalizan en aborto, siendo la gran mayoría realizados de forma ilegal e insegura. Entre las mujeres casadas quienes desean evitar un embarazo solo 54 % de las adolescentes (15-19 años) usan métodos modernos comparadas con 83 % de aquellas con 35 o más años de edad (2), lo que puede verse reflejado en la elevada frecuencia de embarazos en este grupo de edad en varios países de América Latina, incluido Venezuela.

En este sentido, según cifras del Instituto Nacional de Estadística (3), para el año 2011 se registraron en Venezuela 141 499 nacimientos vivos en mujeres hasta 19 años, representando cerca de una quinta parte (21,77 %) del total de nacimientos en ese año. Dentro de este grupo, se reportaron 7 599 nacidos vivos en madres menores de 15 años, siendo 1,24 % de todos los grupos de edad. Para ese mismo año, la tasa de fecundidad en el grupo de 15-19 años fue de 102,59 por mil mujeres, similar a lo reportado para el período de 1970-75 (102,6 por mil mujeres) y 1990-95 (101,4 por mil mujeres), siendo esta última cifra superada en Latinoamérica solo por Nicaragua, Belice, El Salvador, Honduras, Jamaica y Guatemala (4).

A pesar de la magnitud que tienen los embarazos no deseados y abortos inducidos en Latinoamérica y de las numerosas barreras socioeconómicas y culturales que se han identificado para el uso de métodos anticonceptivos (5); se ha sugerido, entre otros, que los altos niveles de fecundidad adolescente en la región no se deben a una baja frecuencia de uso de métodos anticonceptivos, sino a que la anticoncepción es insuficiente, inoportuna o irregular para el patrón de iniciación sexual de las nuevas generaciones (6). Puede ser el caso, que aquellas que usan métodos anticonceptivos tenían una actividad sexual más

intensa y por ende, más alto riesgo de embarazarse. Se ha observado que el uso de condón en el transcurso de la primera relación sexual se relaciona negativamente con la probabilidad de embarazarse, sugiriendo que la educación sexual y el acceso a los anticonceptivos son cruciales para prevenir la maternidad en la adolescencia (7) y así, evitar colocar a las madres adolescentes en una perspectiva de exclusión social a lo largo de su vida (5).

Esta realidad pone de manifiesto la necesidad, casi universal, de incrementar el uso y acceso a métodos anticonceptivos modernos y eficaces. En este sentido, la consejería anticonceptiva ha resultado una estrategia útil para mejorar el cumplimiento, continuación y satisfacción de la usuaria en relación con su método anticonceptivo (8-12). A pesar de ello, se ha descrito entre mujeres mayores de 40 años en países europeos, que eligieron la esterilización como método anticonceptivo antes de los 35 años de edad, que cerca de 45 % de ellas no recibieron información acerca de alternativas de métodos reversibles antes de realizar el procedimiento definitivo (13). El mejor método anticonceptivo es aquel que la mujer escoge y que encaja de forma más precisa con su estilo de vida. El comunicar los beneficios y riesgos de forma veraz y comprensible es una poderosa herramienta, aún descuidada, para ayudar a las personas a tomar una elección más informada y finalmente más saludable para ellas (14).

Por otro lado, el uso de anticonceptivos puede estar asociado con efectos secundarios transitorios que pueden desaparecer espontáneamente. Sin embargo, para las mujeres no asesoradas y preparadas para estos efectos y sin saber a dónde ir para el seguimiento y asesoramiento, esto puede conducir a la suspensión en la práctica de la anticoncepción y el desarrollo de temor en cuanto al uso de este método o cualquier otro en el futuro, en aras de evitar complicaciones (15). Esto pone de relieve la importancia del asesoramiento individualizado durante la selección de los anticonceptivos para asegurarse de que la opción recomendada se adapta a las preferencias personales de cada mujer para mejorar el cumplimiento, la continuidad y la prevención de un embarazo no deseado (16). Diversos estudios como el TEAM-06 en España (17), IMAGINE (Impacto de um programa de *InformAção pelos GINEcologistas na contracepção hormonal combinada*) en Portugal (18) y el CHOICE (*Contraceptive Health Research Of Informed Choice Experience*) (19) en el resto de Europa, han demostrado la importancia que tiene esta

asesoría en la decisión final de la usuaria, incluso en diferentes contextos sociales y culturales.

En vista de lo anterior, y ante la carencia de estudios en el contexto latinoamericano tendientes a conocer las preferencias y percepciones de las mujeres en relación al uso de los métodos anticonceptivos, y a la evaluación de la asesoría anticonceptiva dentro del proceso de toma de decisiones de la usuaria, entre los años 2010 y 2012 se realizó el Proyecto de Investigación en Salud Anticonceptiva (PIENSA).

El objetivo principal de este estudio fue determinar la influencia de la asesoría anticonceptiva en la elección del método anticonceptivo que realiza la usuaria. Como objetivo secundario se planteó identificar las principales razones de las usuarias para elegir o rechazar los diferentes métodos anticonceptivos hormonales combinados de autoadministración.

El proyecto se desarrolló en 6 países de América Latina (Brasil, Chile, Colombia, México, Perú y Venezuela) y 5 países de América Central (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Panamá y República Dominicana), bajo la supervisión de un Comité Directivo Internacional y con el aval científico de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG). La implementación del proyecto en cada país, fue delegada a un Comité Directivo local, encargado de seleccionar y entrenar a los profesionales de salud que participarían en el estudio. Desde 2010, Venezuela ha participado en el proyecto, por lo que en el presente reporte se documenta los resultados correspondientes al país, en cuanto a las preferencias de uso, percepciones sobre los métodos hormonales combinados de autoadministración, razones de elección del método anticonceptivo y de manera exploratoria, los factores asociados con la elección de la usuaria.

MÉTODOS

Se usó un diseño pre-experimental de preprueba-posprueba con un solo grupo (20-22). Se realizó en dos fases: la primera fase inició en febrero de 2010 y finalizó en agosto de ese mismo año. La segunda fase inició en agosto de 2011 y finalizó en julio de 2012.

Población y muestra

En el estudio participaron 48 médicos en siete estados del país. La asignación del número de médicos a cada entidad federal, se realizó en función de la densidad poblacional de la misma y resultaron distribuidos de la siguiente manera: Distrito Capital 20, Zulia 8, Mérida 5, Carabobo 4, Lara 4, Anzoátegui 2 y Aragua 2. Se permitió a cada médico incluir un máximo de 30 ± 5 mujeres en el estudio.

La muestra se estimó en 800 mujeres entre 18 y 40 años, con una precisión del 2 % y una potencia del test estadístico de 90 %, además, se consideró un 20 % adicional para compensar los cuestionarios no evaluables y los datos erróneos en el estudio. Se incluyeron en cada centro de forma secuencial e independiente, mujeres que consultaron al profesional de la salud en busca de un método anticonceptivo hormonal, en centros públicos y privados de las principales poblaciones del territorio nacional y que cumplieron los criterios de inclusión en el estudio.

Se definieron como criterios de inclusión: a) Mujeres con edades comprendidas entre 18 y 40 (incluyendo ambos límites), que consultaran al profesional de la salud en busca de un método anticonceptivo hormonal combinado auto-administrado (anillo, parche o píldora combinada); b) que accedieran voluntariamente a participar en el estudio; c) que otorgaran su consentimiento informado y d) estuvieran dispuestas a completar el cuestionario. Como criterios de exclusión se establecieron: a) Mujeres fuera del rango entre 18 y 40 años; b) usuarias de un método de anticonceptivo hormonal combinado actual o reciente (menor de 3 meses). No obstante, se permitió a las usuarias de píldoras anticonceptivas combinadas que acudieron para cambiar de píldora (más no de método) participar en el estudio.

A las mujeres que cumplieron los criterios de inclusión, se les realizó una encuesta donde se registró el método de intención inicial. Posteriormente y en la misma sesión, el profesional de la salud realizó la asesoría anticonceptiva a la usuaria utilizando el material elaborado para tal fin, el cual tenía información equilibrada sobre la efectividad, mecanismo de acción, modos de uso, beneficios, riesgos potenciales e idoneidad de los métodos anticonceptivos hormonales combinados auto administrados (píldora, parche y anillo) con respecto a las necesidades individuales de la usuaria. Una vez finalizada la asesoría, se aplicó un cuestionario (aún en la misma sesión) donde se registró información incluyendo antecedentes, cuál

método eligió finalmente, razones para seleccionar este método y percepciones acerca de los métodos anticonceptivos.

Como antecedentes se registraron: edad, nivel de educación, estatus laboral, número de hijos, deseo de tener hijos en el futuro, estabilidad con la pareja, método anticonceptivo utilizado más recientemente y fecha de interrupción del mismo (si procedía). Para obtener las percepciones de la usuaria sobre los tres métodos anticonceptivos hormonales, se utilizaron diez afirmaciones para cada uno de ellos, a los que se les pidió que valoraran utilizando una escala de alternativas tipo Likert (Completamente de acuerdo/ de acuerdo/neutral/en desacuerdo/completamente en desacuerdo). Para registrar la información de las razones para elegir el método, en el cuestionario se proporcionó un listado de afirmaciones de múltiple selección, incluyendo una categoría de otros para que registraran cualquier otra razón que no estuviese entre las propuestas. Igualmente, se registró las razones de no elección de los otros métodos.

Análisis estadístico

Para verificar la normalidad de las variables cuantitativas (edad y número de hijos) se utilizó la prueba de Shapiro Wilk (23) y en caso de distribuciones asimétricas se usó la mediana (p50) y el intervalo intercuartílico (IQR) para su descripción. Para las variables categóricas se usaron tablas de distribución de frecuencias y para su comparación se usó la prueba de Chi cuadrado (χ^2) o la prueba exacta de Fisher según fue apropiado (24). Para comparar la distribución de las variables cuantitativas según variables categóricas, en variables cuantitativas con distribución asimétrica, se usó la prueba no paramétrica de la U de Mann Whitney (Suma de Rangos de Wilcoxon) o ANOVA de un tratamiento de Kruskal-Wallis, según el número de categorías (25).

La proporción de los métodos anticonceptivos elegidos antes y después de la asesoría con sus intervalos de confianza al 95 %, se estimaron en base a la distribución de probabilidad multinomial. Se calculó la diferencia en las proporciones entre el método elegido y el de intención original (antes de la asesoría) con sus intervalos de confianza bilaterales del 97,5 % y para la comparación de estas proporciones se usó un nivel de significancia unilateral de 1,25 % ($\alpha=0,0125$).

Todos los análisis se realizaron en el programa

Stata 12.1 (StataCorp, Texas) y para la presentación gráfica del modelo ajustado se usó Statsdirect 2.7.

RESULTADOS

El estudio PIENSA comenzó en el año 2010 y finalizó en el año 2012. Se incluyeron en el análisis un total de 873 mujeres con cuestionarios evaluables que cumplieron los criterios de inclusión. De estas, 98,1 % (856/873) se consideraron aptas para el uso de anticonceptivos hormonales combinados; solo en 0,7 % (6/873) de las usuarias se identificó alguna contraindicación para el uso de los mismos. La información demográfica de las mujeres estudiadas y las características generales se presenta en el Cuadro 1.

En general, la mitad de las mujeres incluidas tenían 25 años o menos, solo 30,0 % de ellas tuvieron edades superiores a 30 años. Del total, 44,3 % (383/865) refirió tener un empleo de tiempo completo, similar proporción refirió estar sin empleo, ser estudiante o ama de casa (40,0 %; 346/865), la mayoría (59,5 %) cursó educación universitaria. Para el momento del estudio, 85,4 % (692/809) de las encuestadas se encontraban en una relación estable con su pareja, de estas 58,2 % (403/692) no tenía hijos y 23,6 % (163/672) tenía solo un hijo.

Antes de recibir la asesoría, 73,0 % (637/873) de las usuarias consideraba muy probable (55,1 %; 481/873) o probable (17,9 %; 156/873) utilizar la píldora diaria como método anticonceptivo, a diferencia en la posibilidad del uso del parche con el que solo 15,9 % (139/873) consideraron probable o muy probable utilizarlo. Por otro lado, en cuanto a la posibilidad de elegir el anillo de uso mensual, una gran proporción de usuarias no habían escuchado hablar sobre este método (31,8 %; 150/873) y 19,1 % (167/873) consideraron no probable o nada probable usarlo. Sin embargo, la mayoría de las mujeres (94,3 %; 823/873) no sabían antes de la asesoría que método usarían.

Del total de mujeres incluidas, 8,0 % (70/873) no proporcionó información sobre el último método anticonceptivo utilizado; de las mujeres restantes, antes de entrar al estudio 8,1 % (65/803) no había utilizado ningún método; 69,7 % (560/803) había utilizado la píldora como último método anticonceptivo, de las cuales 25,4 % (142/560) aún la utilizaba. La mayoría de las que refirió el uso previo de la píldora como último método, tenían más de tres meses de no

IMPACTO DE LA ASESORÍA ANTICONCEPTIVA

Cuadro 1

Características basales según método de anticoncepción solicitado antes de la asesoría

Características socio-demográficas	Método de anticoncepción solicitado				Total n (%)
	Píldora n (%)	Parche n (%)	Anillo n (%)	Otro n (%)	
Total	536 (61,40)	68 (7,79)	144 (16,44)	125 (14,32)	873 (100,0)
Edad ^δ (n=854)	25 (9)	28 (11)	26 (10)	25 (10)	25 (8)
Número de Hijos ^δ (n=810)	0 (1)	1 (1)	0 (1)	0 (1)	0 (1)
Último grado de estudios (n=866)					
Escuela primaria	18 (3,40)	3 (4,41)	2 (1,39)	8 (6,45)	31 (3,58)
Escuela preparatoria completa	86 (16,23)	16 (23,53)	24 (16,67)	31 (25,00)	157 (18,13)
Educación avanzada	98 (18,49)	15 (22,06)	36 (25,00)	14 (11,29)	163 (18,82)
Universitaria	328 (61,89)	34 (50,00)	82 (56,94)	71 (57,26)	515 (59,47)
Estatus laboral (n=865)					
Sin empleo, estudiante, ama de casa	220 (41,67)	27 (39,71)	40 (27,78)	59 (47,20)	346 (40,00)
Empleo de medio tiempo	86 (16,29)	5 (7,35)	23 (15,97)	22 (17,60)	136 (15,72)
Empleo de tiempo completo	222 (42,05)	36 (52,94)	81 (56,25)	44 (35,20)	383 (44,28)
Planea más hijos (n=851)					
Si	357 (68,39)	41 (61,19)	104 (75,36)	77 (62,10)	579 (68,04)
No	69 (13,22)	16 (23,88)	23 (16,67)	25 (20,16)	133 (15,63)
Aún no lo sabe	96 (18,39)	10 (14,93)	11 (7,97)	22 (17,74)	139 (16,33)
Relación estable con la pareja (n=869)					
Si	76 (14,26)	13 (19,12)	18 (12,59)	20 (16,00)	127 (14,61)
No	457 (85,74)	55 (80,88)	125 (87,41)	105 (84,00)	742 (85,39)
Último método anticonceptivo (n=803)					
Ninguno	34 (6,94)	4 (6,25)	9 (6,72)	18 (15,65)	65 (8,09)
Píldora	375 (76,53)	39 (60,94)	88 (65,67)	58 (50,43)	560 (69,74)
Preservativo en el hombre	48 (9,80)	6 (9,38)	15 (11,19)	18 (15,65)	87 (10,83)
Dispositivo intrauterino	11 (2,24)	3 (4,69)	8 (5,97)	6 (5,22)	28 (3,49)
Inyectable	5 (1,02)	3 (4,69)	6 (4,48)	6 (5,22)	20 (2,49)
Parche	8 (1,63)	8 (12,50)	2 (1,49)	5 (4,35)	23 (2,86)
<i>Coitus interruptus</i>	5 (1,02)	0 (0,00)	5 (3,73)	3 (2,61)	13 (1,62)
Otro	4 (0,82)	1 (1,56)	1 (0,75)	1 (0,87)	7 (0,87)

^δPara la variable edad y número de hijos se muestra: mediana (IQR, Intervalo intercuartílico). El diferencial de cada sub-muestra mostrada en el cuadro es por la existencia de información no disponible para el total de mujeres incluidas.

usarla (61,6 %; 345/560). En frecuencia el segundo método anticonceptivo utilizado previamente fue el preservativo en el hombre (10,8 %; 87/803), y de este grupo 78,2 % (68/87) aún lo utilizaba para el momento del estudio. Todos los demás métodos anticonceptivos utilizados fueron muy poco frecuentes, siendo cada

uno de ellos inferior a 4,0 %. Cerca de la mitad de las mujeres estudiadas (47,8 %; 417/873) tenían más de tres meses de haber interrumpido el último método anticonceptivo referido, solo 28,1 % (245/873) de las usuarias aún lo utilizaban.

Antes de la asesoría, 61,4 % (IC 95 %: 58,2-64,6)

de las usuarias solicitó la píldora de uso diario como método anticonceptivo, seguido en frecuencia por el anillo mensual (16,5%; IC 95 %: 14,0-19,0). El parche semanal fue solicitado solo por 7,8 % (IC 95 %: 6,0-9,6) de las mujeres y el 14,3 % (IC 95 %: 12,0-16,6) restante solicitó otros métodos. De las mujeres que solicitaron previamente la píldora, solo 68,7 % (368/536) optaron por este método posterior a la asesoría. En el caso del parche, 73,5 % (50/68) mantuvo su intención original de uso y casi la totalidad de las usuarias que solicitaron inicialmente el anillo (95,8 %; 138/144) lo eligieron posterior a la asesoría. De las usuarias que habían solicitado otro método, solo 16,8 % (21/125) mantuvieron su elección después de la asesoría. Del total de mujeres incluidas, 2,5 % (22/873) no se decidieron por ningún método posterior a la asesoría y para 0,9 % (8/873) no se tuvo información.

La percepción de las mujeres sobre los métodos hormonales anticonceptivos combinados, de auto administración disponibles, posterior a la asesoría anticonceptiva se muestran en el Cuadro 2.

La asesoría anticonceptiva tuvo una influencia significativa sobre la selección inicial del método anticonceptivo, se observó una disminución significativa en la elección de la píldora como método anticonceptivo de 61,4 % antes de la asesoría a 45,6 % posterior a esta (diferencia de 15,8 %, IC 97,5 %: 10,5-21,1 %, $P < 0,0001$). En relación con los otros métodos, el parche se incrementó significativamente de 7,8 % a 12,4 % (diferencia de 4,6 %, IC 97,5 %: -7,8; 1,4 %, $P = 0,0007$), al igual que el anillo de 16,5 % se incrementó significativamente a 35,5 % (diferencia de 19,0 %, IC 97,5 %: -23,6; -14,4 %, $P < 0,0001$). En el caso de los otros métodos solicitados, de 14,3 % disminuyó significativamente a 3,1 % (diferencia de 11,2 %, IC 97,5 %: 8,3-14,2 %, $P < 0,0001$). (Figura 1).

Entre las razones que con más frecuencia refirieron las mujeres para elegir el método anticonceptivo se muestran en la Figura 2. La píldora fue elegida por su facilidad de uso (68,9 %), sangrado menstrual regular (64,3 %) y el hecho que fuese un método bien investigado (48,5 %). Por su parte, las mujeres que eligieron el parche, refirieron principalmente la facilidad de uso (86,5 %) y el uso semanal (74,0 %) como principales razones para su elección. El uso mensual (87,3 %), la discreción (71,2 %) y la facilidad de uso (71,2 %) fueron las razones para la elección del anillo más frecuentemente reportadas. Por otro lado, el grupo de mujeres que escogió otro método diferente a los anticonceptivos hormonales

combinados, reportaron la acción prolongada del mismo (70,4 %) y conveniencia (63,0 %) entre las razones más frecuentes.

Las principales razones referidas por las usuarias para no elegir la píldora como método anticonceptivo fueron el uso diario y olvidar tomarla, para ambas razones la frecuencia fue superior a 50,0 % tanto en las mujeres que eligieron otros métodos anticonceptivos combinados, las que eligieron otros métodos diferentes y para las que no supieron qué método elegir. En el caso del parche, las usuarias que eligieron la píldora y el anillo, refirieron que el parche no es discreto (visible) (61,1 % y 67,0 %, respectivamente) y que puede caerse (50,3 % y 61,1 %, respectivamente) como principales motivos para no elegirlo. Esto fue similar para las que eligieron otros métodos y las que no supieron qué elegir.

Las razones que predominaron entre las mujeres que eligieron la píldora y el parche para no haber elegido el anillo fueron que no les gusta ponerlo en la vagina (56,0 % y 63,5 %, respectivamente), no les gusta utilizar un cuerpo extraño (48,0 % y 47,1 %, respectivamente) y no conocían a nadie que lo utilizara (56,0 % y 63,5 %, respectivamente); además de estas razones, refirieron que hay métodos disponibles más convenientes disponibles (39,2 % y 34,6 %, respectivamente) y no es fácil de usar (30,2 % y 37,5 %, respectivamente).

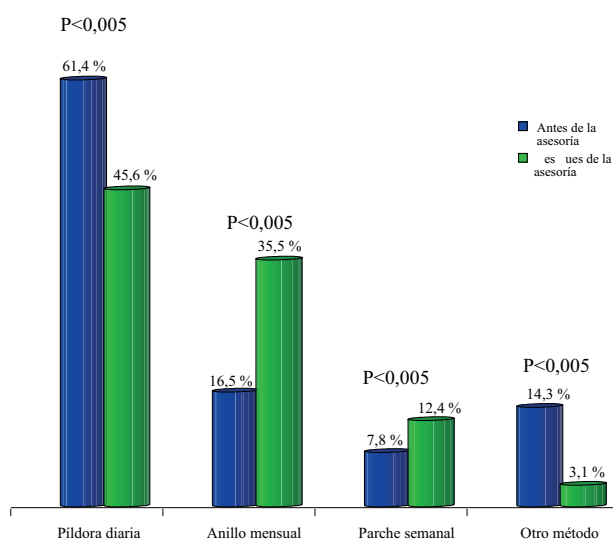


Figura 1. Método anticonceptivo elegido por la usuaria antes y después de la asesoría anticonceptiva.

IMPACTO DE LA ASESORÍA ANTICONCEPTIVA

Cuadro 2

Percepción sobre los métodos anticonceptivos hormonales combinados de auto administración posterior a la asesoría

Afirmación	Método	CdA n (%)	DA n (%)	Percepción Neutral n (%)	ED n (%)	CeD n (%)	N/D n (%)
Evita el embarazo en Forma efectiva	Píldora diaria	500 (57,27)	319 (36,54)	26 (2,98)	17 (1,95)	2 (0,23)	9 (1,03)
	Parche semanal	273 (31,27)	325 (37,23)	207 (23,71)	37 (4,24)	4 (0,34)	28 (3,21)
	Anillo mensual	328 (37,57)	340 (38,95)	171 (19,59)	8 (0,92)	1 (0,11)	25 (2,86)
Tiene muchos efectos secundarios	Píldora diaria	100 (11,45)	317 (36,31)	236 (27,03)	180 (20,62)	23 (2,63)	17 (1,95)
	Parche semanal	21 (2,41)	176 (20,16)	481 (55,10)	143 (16,38)	22 (2,52)	30 (3,44)
	Anillo mensual	17 (1,95)	112 (12,83)	412 (47,19)	258 (29,55)	42 (4,81)	32 (3,67)
Puede ser peligroso para la salud	Píldora diaria	21 (2,41)	104 (11,91)	202 (23,14)	393 (45,02)	128 (14,66)	25 (2,86)
	Parche semanal	11 (1,26)	55 (6,30)	319 (36,54)	369 (42,27)	86 (9,85)	33 (3,78)
	Anillo mensual	12 (1,37)	39 (4,47)	280 (32,07)	410 (46,96)	99 (11,34)	33 (3,78)
Fácil de usar	Píldora diaria	379 (43,41)	340 (38,95)	67 (7,67)	62 (7,10)	9 (1,03)	16 (1,83)
	Parche semanal	313 (35,85)	318 (36,43)	158 (18,10)	49 (5,61)	7 (0,80)	28 (3,21)
	Anillo mensual	227 (26,00)	285 (32,65)	230 (26,35)	85 (9,74)	14 (1,60)	32 (3,67)
Fácil de olvidar	Píldora diaria	282 (32,30)	347 (39,75)	109 (12,49)	95 (10,88)	17 (1,95)	23 (2,63)
	Parche semanal	50 (5,73)	195 (22,34)	258 (29,55)	276 (31,62)	62 (7,10)	32 (3,67)
	Anillo mensual	35 (4,01)	131 (15,01)	259 (29,67)	321 (36,77)	88 (10,08)	39 (4,47)
Produce sangrado menstrual regular	Píldora diaria	359 (41,12)	311 (35,62)	114 (13,06)	49 (5,61)	22 (2,52)	18 (2,06)
	Parche semanal	189 (21,65)	278 (31,84)	339 (38,83)	25 (2,86)	12 (1,37)	30 (3,44)
	Anillo mensual	203 (23,25)	303 (34,71)	297 (34,02)	31 (3,55)	9 (1,03)	30 (3,44)
Protege contra el cáncer	Píldora diaria	231 (26,46)	213 (24,40)	323 (37,00)	59 (6,76)	20 (2,29)	27 (3,09)
	Parche semanal	113 (12,94)	175 (20,05)	455 (52,12)	74 (8,48)	23 (2,63)	33 (3,78)
	Anillo mensual	119 (13,63)	191 (21,88)	448 (51,32)	67 (7,67)	14 (1,60)	34 (3,89)
Muchas mujeres lo utilizan	Píldora diaria	559 (64,03)	272 (31,16)	22 (2,52)	6 (0,69)	3 (0,34)	11 (1,26)
	Parche semanal	30 (3,44)	119 (13,63)	361 (41,35)	237 (27,15)	93 (10,65)	33 (3,78)
	Anillo mensual	28 (3,21)	104 (11,91)	381 (43,64)	221 (25,32)	106 (12,14)	33 (3,78)

CdA: Completamente de acuerdo; DA: De acuerdo; ED: En desacuerdo; CeD: Completamente en desacuerdo; N/D: Información no disponible

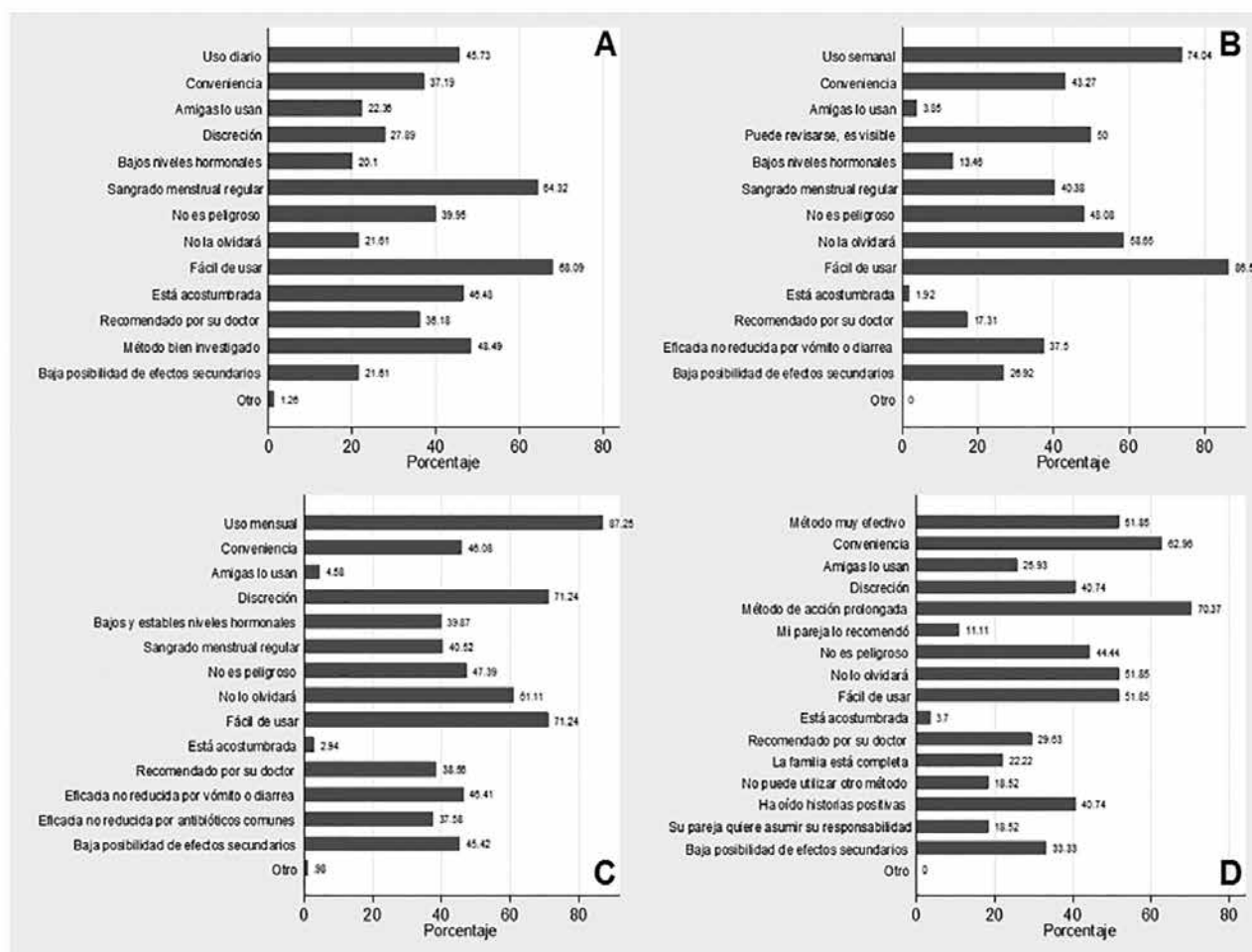


Figura 2. Razones referidas por las mujeres para su elección del método anticonceptivo posterior a la asesoría.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se evidencia que la asesoría anticonceptiva estructurada influye en la elección final del método anticonceptivo en mujeres de 18 a 40 años que consultan al profesional de la salud en busca de un método anticonceptivo hormonal. En este sentido, se observó que la proporción de usuarias que solicitaron antes de la asesoría cualquiera de los tres métodos hormonales combinados (píldora, parche o anillo) u otro método, fue significativamente distinto de la proporción de mujeres que eligieron cada uno de estos métodos después de recibir la asesoría. Así,

hubo un incremento significativo en la elección del parche y anillo con respecto a la intención original de uso de estos dos métodos. A diferencia de lo anterior, la píldora fue el método más frecuente con respecto a todos los solicitados antes de la asesoría, disminuyendo considerablemente (cerca de 15,8 %) posterior a esta.

El 33,9 % de las mujeres cambiaron su preferencia original, específicamente una de cada tres mujeres que solicitaron la píldora optó finalmente por otros métodos hormonales combinados, siendo similar para las que solicitaron el parche. Sin embargo, casi la totalidad de las mujeres que habían solicitado el anillo previo a la asesoría mantuvieron su intención original

y eligieron ese método. También se observó que un poco más de dos tercios de las mujeres que habían solicitado otros métodos optaron por algunos de los métodos hormonales combinados posteriormente. Estos resultados son consistentes con los obtenidos en el estudio IMAGINE en Portugal ⁽¹⁸⁾, en los que se observó reducción significativa de la proporción de mujeres que eligieron la píldora respecto a la proporción que solicitó previamente ese método (de 79 % a 53 %), así como incremento significativo en la elección del parche (de 10 % a 16 %) y anillo posterior a la asesoría (de 11 % a 27 %). A igual que en este estudio, encontraron que cerca de un tercio de las mujeres que solicitaron la píldora o el parche, modificaron su elección posterior a la asesoría. Sin embargo, la proporción de mujeres que mantuvo su solicitud original de uso del anillo mensual fue ligeramente menor (85 %).

Un estudio similar llevado en 11 países, el estudio CHOICE (19), reportó en países como Bélgica, República Checa y Eslovaquia, Israel, Ucrania, resultados equivalentes a este estudio. En todos ellos, hubo reducción significativa en la elección de la píldora pos asesoría e incremento significativo en la proporción de mujeres que eligieron el parche y el anillo. No obstante, para el caso de la píldora ninguno mostró variación mayor a la encontrada en Venezuela, incluso observándose cambios tan bajos como de -1,9 % en la República Checa y Eslovaquia (tomados en conjunto) y tan altos como de -14,2 % en Bélgica. En el caso del parche, en general la frecuencia con que fue elegido (2,7-12,1 %) fue más bajo que la encontrada en este estudio, excepto para Israel con proporción similar (12,1 %), en general con una variación que osciló entre 0,7 % y 6,3 %. El estudio PIENSA en Centroamérica (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, República Dominicana y Panamá) (26) reportó una disminución en la elección de la píldora (71,2 % a 43,5 %), incremento en la selección del anillo vaginal (6,6 % a 25 %) y el parche transdérmico (8,4 a 18,2 %). El estudio PIENSA en Chile (27) reportó que la píldora anticonceptiva bajó en un 13,4 % desde su elección inicial, el anillo vaginal y el parche transdérmico incrementaron su elección en un 63,6 % y 56,7% respectivamente. El estudio de Gómez Sánchez y col. en Colombia (28), reportaron cambios similares posteriores a la asesoría, para los anticonceptivos orales (53,5 % a 40,8 %), parche (6,8 % a 11,3 %), y el anillo vaginal (14,1 % a 31,5 %). El estudio realizado en Brasil (29) que incluyó a 9 507 mujeres, de igual manera mostró

una disminución en la elección de píldora (65,5 % a 53,5 %), e incrementos para el anillo vaginal (6,7 % a 16 %) y el parche (8,9 % a 14 %).

Con el anillo se observó incrementos pos asesoría (10 % -36,4 %) mayores en todos los países comparados con el parche, reportándose países con tasas de elección mucho más altas que las observadas en este estudio, tal como en Ucrania (47,4 %) y en la República Checa y Eslovaquia (43,1 %). En otros estudios, también se han observado frecuencias elevadas de elección del anillo mensual, tal como en el estudio TEAM-06 en España (17), donde fue más frecuentemente elegido posterior a la asesoría el anillo (46 %), seguido de la píldora (39 %) y el parche (15 %). Sin embargo, en ese estudio no se evaluó el impacto de la asesoría en la elección final del método anticonceptivo, puesto que no se registró el método anticonceptivo preferido antes de la asesoría.

Distinto a lo reportado para los países anteriormente mencionados del estudio CHOICE, otros países como Austria (30), en la República Checa (31), y en Países Bajos y Polonia (19), no reportaron variación significativa en la proporción de mujeres que finalmente optaron por la píldora posterior a la asesoría, aunque sí se observó incremento significativo en la frecuencia de elección del parche y el anillo. Contrario a lo anterior, en Suecia (32), Rusia y Suiza (19), se observó aumento significativo en la elección de la píldora pos asesoría con resultados similares a todos los anteriores con respecto al parche y anillo. Para el conjunto de los 11 países del estudio CHOICE, hubo una gran proporción de mujeres que no tuvieron preferencia por ningún método antes de la asesoría, que podría explicar las altas variaciones encontradas en la elección final del anillo para la mayoría de los países, puesto que a medida que fue mayor el grupo sin preferencias fue mayor el porcentaje de incremento en la elección del anillo. De manera similar, en los países con incremento importante en el porcentaje que escogió la píldora (Rusia, Suecia y Suiza), hubo una alta proporción en el grupo inicial que no mostró preferencia por ningún método. Esto sugiere que el grupo mayormente influenciado por la asesoría anticonceptiva fue aquel que antes de recibirla no tuvo preferencia por ningún método (19,33).

A diferencia de lo anterior, en este estudio todas las participantes solicitaron algún método anticonceptivo previo a la asesoría y se observó modificación del método de preferencia original en mujeres que solicitaron la píldora, el parche y otros métodos, no así para el anillo para el que la mayoría de las mujeres

conservaron su intención original de uso. Esto sugiere que la influencia de la asesoría no estuvo relacionada con una gran proporción de mujeres indecisas antes de recibir la asesoría, sino que la influencia, expresada como cambio en la preferencia del método, fue más o menos proporcional para quienes solicitaron métodos hormonales combinados auto administrados y un poco mayor en las que solicitaron otros métodos. Esto podría indicar, que aquellas mujeres que solicitaron el anillo tenían cierto conocimiento sobre este método que les permitió mantener su intención de uso al momento de la elección posterior a la asesoría, y aquellas que cambiaron su elección inicial podrían haberse hecho conscientes de otras opciones anticonceptivas más ajustadas a sus necesidades y estilo de vida.

Por otro lado, el método más frecuentemente elegido en este estudio, fue la píldora, seguido del anillo, parche y otros métodos. Esta tendencia es similar a la observada en el estudio IMAGINE en Portugal (18) y en países participantes en el estudio CHOICE, excepto para Ucrania en el que la frecuencia de elección de la píldora fue cerca de la mitad de la proporción que eligió el anillo (19). Se ha descrito que la píldora es el método anticonceptivo más utilizado por mujeres que utilizan métodos anticonceptivos reversibles, tanto en Venezuela (34,35); Canadá (36), Estados Unidos (37), países europeos como Bélgica (33), Alemania, Francia y Suecia (38), Brasil, Chile, Colombia, y Centroamérica (26-29).

Las razones reportadas por las usuarias para elegir la píldora fueron fundamentalmente la facilidad de uso, sangrado menstrual regular, que es un método bien investigado y la frecuencia de uso (diario). Este grupo refirió en mayor frecuencia no haber elegido el parche por no ser discreto, puede caerse, puede irritar la piel. Entre las razones de estas mujeres para no haber elegido el anillo predominó que no les gusta colocarlo en la vagina, no conocen a nadie que lo utilice, no les gusta utilizar un cuerpo extraño. Aquellas mujeres que eligieron el parche, aludieron a la facilidad de uso, frecuencia de uso (semanal), no lo olvidará y que puede revisarse (es visible), quienes eligieron el anillo, reportaron su frecuencia de uso (mensual), discreción, facilidad de uso como razones más frecuentes para su elección. Estos resultados son consistentes con las principales razones reportadas en otros estudios para la elección de la píldora, parche o anillo (17,18,32,38,39), al igual que coincidieron las razones más frecuentemente reportadas de no elección de estos métodos.

En general, se observó que hubo coherencia entre

las razones reportadas para la elección de cada método y las razones para no haber hecho una elección distinta.

Se ha descrito que la coherencia entre el método de control de natalidad elegido y las razones para iniciar la anticoncepción está asociada con el contacto con un proveedor de salud y esta asociación parece ser independiente de los conocimientos acerca de la efectividad anticonceptiva (40). La provisión de información confiable en diferentes métodos anticonceptivos se ha reconocido como una importante vía de facilitar la elección anticonceptiva (17). Podría inferirse entonces, que la asesoría anticonceptiva proporciona información que permite, entre distintas alternativas de uso, eficacia y efectos secundarios, entre otros, la elección del método que más se ajuste a las necesidades de las mujeres y sus posibilidades.

De los resultados obtenidos en el estudio PIENSA en Venezuela, se puede concluir que proporciona fuerte evidencia de que la asesoría anticonceptiva estructurada influye en forma determinante en la elección del método anticonceptivo en mujeres de 18 a 40 años, incrementando el uso de métodos hormonales combinados de auto administración como el parche y el anillo, y reduce la elección de otros métodos distintos a los anteriores. Hubo coherencia entre las razones referidas por las usuarias para elegir un método en particular y las referidas para no haber elegido un método distinto. El método solicitado previamente, número de hijos y las percepciones que la píldora y el parche evitan el embarazo en forma efectiva, que la píldora y el anillo tienen muchos efectos secundarios, y que la píldora y el anillo son fáciles de utilizar; son factores asociados con la elección del método anticonceptivo posterior a la asesoría. Finalmente, sería interesante considerar en un futuro incluir otras variables socio-económicas, tales como estrato socio-económico, las posibilidades de la mujer de adquirir los diferentes anticonceptivos hormonales combinados, ya que los costos varían y no fue evaluado en este estudio pudiendo ser un factor importante que influyera en la elección final. Además es recomendable realizar un estudio de seguimiento para determinar el alcance de la asesoría en la adherencia y continuación del método elegido.

AGRADECIMIENTOS

- . A las usuarias que participaron en el proyecto.
- . A los médicos que participaron en el estudio:
Acosta Falva, Acuña José, Alaña Fredys, Arellano

IMPACTO DE LA ASESORÍA ANTICONCEPTIVA

- Alba, Arias Manuel, Arias Elsa, Baabel Nasser, Bajares Mariella, Belzares Enma, Briceño Liliana, Centeno Indira, Chacón Germán, Corso Dilia, Davis Evelyn, Díaz Ana Marisela, Díaz Linder, Escobar Marianela, González Freddy, González Yennifer, Guiland José Antonio, Juvinao Napoleón, Ledezma Kahiry, López Carlos, López Ludi, Manterola Maite, Mendoza Alexander, Merheb José, Molero Antonio, Monsalve Nacira, Montiel Nerester, Niño Adan, Noguera María Eugenia, Parilli María Fernanda, Parra Franklin, Pérez Laura, Quintero Lelis, Rosales Carmen Luisa, Sánchez Williams, Segarra Vivian, Segnini, Alejandro, Stanbury Guadalupe, Tamayo María Fernanda, Toro Fanny, Ulloa Gioconda, Villavicencio Antonio, Yaremenko Francisco, Zambrano Efigenia.
- Este proyecto cuenta con el apoyo científico de la FLASOG y con el apoyo financiero y organización de la compañía farmacéutica MSD.

REFERENCIAS

1. Herndon EJ, Ziemann M. New contraceptive options. *Am Fam Physician*. 2004;69:853-860.
2. Singh S, Darroch JE. Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services. Estimates for 2012. United Nations Population Fund (UNFPA)/Guttmacher Institute; June 2012.
3. Instituto Nacional de Estadística (INE). Censo 2011. Disponible en: <http://www.ine.gov.ve/documentos/Demografia/EstadisticasVitales/html/NatGEMadSexNinArReg.html>
4. Guzmán JM, Contreras JM, Hakkert R. La situación actual del embarazo y el aborto en la adolescencia en América Latina y el Caribe. En: *Adolescencia y Juventud en América Latina*. Burak, SD (Comp.). Costa Rica: Libro Universitario Regional; 2001.
5. Rodríguez J, Hopenhayn M. Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe. *Tendencias, problemas y desafíos*. Desafíos. 2007;4: 4-9.
6. Rodríguez J. Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción. Madrid, OIJ; 2009.
7. Azevedo JP, Favara M, Haddock SE, Lopez-Calva LF, Müller M, Perova E. Teenage Pregnancy and Opportunities in Latin America and the Caribbean. On early child bearing, poverty and economic achievement. Washington, US: World Bank, 2012.
8. Davie JE, Walling MR, Ashton DJ, Bromham D, Kishen M, Fowler P. Impact of Patient Counseling on Acceptance Levonorgestrel Implant Contraceptive in the United Kingdom. *Clinical Therapeutics*. 1996;18(1):150-158.
9. Hubacher D, Goco N, Gonzalez B, Taylor D. Factors affecting continuation rates of DMPA. *Contraception*. 1999;60:345-351.
10. Canto de Cetina TE, Canto P, Ordoñez M. Effect of counseling to improve compliance in Mexican women receiving depot-medroxyprogesterone acetate. *Contraception*. 2001;63:143-146.
11. Backman T, Huhtala S, Luoto R, et al. Advance information improves user satisfaction with the Levonorgestrel intrauterine system. *Obstet Gynecol*. 2002;99:608-613.
12. Lete I, Doval JL, Pérez-Campos E, Lertxundi R, Correa M, De la Viuda E, et al. Self-described impact of noncompliance among users of a combined hormonal contraceptive method. *Contraception*. 2008;77(4):276-282.
13. Skouby SO. Contraceptive use and behavior in the 21st century: A comprehensive study across five European countries. *The Eur J Contracept and Reprod Health Care*. 2004;9:57-68.
14. Sánchez R. Anticoncepción hormonal: ¿Entienden las pacientes los beneficios reales y los riesgos? Conceptos erróneos sobre la píldora, el parche y el anillo anticonceptivo pueden privar a las mujeres de todos sus beneficios. *SOGAC*. 2011;17:3-6.
15. Saeed GA, Fakhar S, Rahim F, Tabassum S. Change in trend of contraceptive uptake -effect of educational leaflets and counseling. *Contraception*. 2008;77:377-381.
16. Hooper DJ. Attitudes, Awareness, Compliance and Preferences among Hormonal Contraception Users. *Clinical Drug Investigation*. 2010;30(11):749-763.
17. Lete I, Doval JL, Pérez-Campos E, Sánchez-Borrego R, Correa M, de la Viuda E, et al. Factors affecting women's selection of a combined hormonal contraceptive method: The TEAM-06 Spanish cross-sectional study. *Contraception*. 2007;76:77-83.
18. Costa AR, Palma F, Sá JL, Vicente L, Bombas T, Nogueira AM, et al. Impact of a women's counselling programme on combined hormonal contraception in Portugal – The IMAGINE study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2011;16:409-417.
19. Bitzer J, Gemzell-Danielsson K, Roumen F, Marintcheva-Petrova M, Bakel B, Oddens BJ. The CHOICE study: Effect of counselling on the selection of combined hormonal contraceptive methods in 11 countries. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2012;17:65-78.
20. Campbell DT, Stanley JC. *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Boston, MA: Houghton Mifflin; 1963.
21. Polit DF, Hungler BP. *Investigación en Ciencias de la Salud. Principios y Métodos*. 6ª edición. México: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2000.
22. Shadish WR, Cook TD, Campbell D. *Experimental*

- and quasi-experimental designs for generalized causal inference. Boston, MA: Houghton Mifflin; 2002.
23. Myoung H. Univariate Analysis and Normality Test Using SAS, STATA, and SPSS. Univariate Analysis and Normality Test: 1. Technical Working Paper; 2008.
 24. Norman G, Streiner DL. Bioestadística. Madrid, España: Mosby/Doyma Libros SA; 1996.
 25. Long JS. Regression Models for Categorical and Limited Dependent Variables. Advanced Quantitative Techniques in the Social Sciences. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 1997.
 26. Paradas A, Herrate E, Soriano M, Loáciga K, Álvarez E, Cedraro S. et al. Preferencia del uso del método anticonceptivo hormonal combinado de autoadministración previa y posterior a la consejería estructurada (Estudio PIENSA). REVCOG 2014; 19(3):62-68.
 27. Pizarro E, Galán G, Lavín P, Benavides C, Rivera F. Estudio PIENSA: efecto de la asesoría sobre la elección de anticonceptivos hormonales combinados en mujeres chilenas. Rev Chil Obstet Ginecol. 2014;79(5):361-367.
 28. Gómez Sánchez P, Lozano F, Velásquez A, Marrugo M, Torres L. Impacto de la asesoría sobre anticoncepción en la selección de métodos hormonales combinados en Colombia. Rev Panam Salud Pública. 2015;37(6):395-400.
 29. Bonassi R, Melo L, Giribela A, de Melo N. Impact of standardized information provided by gynecologists on women's choice of combined hormonal contraception. Gynecol Endocrinol. 2013;29(9):855-858.
 30. Egarter C, Grimm C, Nouri K, Ahrendt HJ, Bitzer J, Cermak C. Contraceptive counselling and factors affecting women's contraceptive choices: Results of the CHOICE study in Austria. Reprod Biomed Online. 2012;24(7):692-697.
 31. Fait T. Combined Hormone Contraceptive Choice Experience in Czech Republic. Cent Eur J Med. 2011;6(5):582-587.
 32. Gemzell-Danielsson K, Thunell L, Lindeberg M, Tyden T, Marintcheva-Petrova M, Oddens BJ. Comprehensive counseling about combined hormonal contraceptives changes the choice of contraceptive methods: Results of the CHOICE program in Sweden. Ac Obstet Gynecol Scand. 2011;90(8):869-877.
 33. Merckx M, Donders GG, Grandjean P, de Sande TV, Weyers S. Does structured counselling influence combined hormonal contraceptive choice? Eur J Contracep Reprod Health Care. 2011;16:418-429.
 34. Fernández R, López L, Martínez H, Kopecky D, Uzcátegui G, Muñoz M. Métodos anticonceptivos: prevalencia de uso según método en el Hospital "Materno Infantil del Este", Petare. Rev Obstet Ginecol Venez. 2009;69(1):28-34.
 35. Somogyi L, Mora E. Métodos anticonceptivos: Entonces y ahora. Rev Obstet Ginecol Venez. 2011;71(2):118-123.
 36. Fisher WA, Black A. Contraception in Canada: A review of method choices, characteristics, adherence and approaches to counsel. CMAJ. 2007; 176(7):953-961.
 37. Jones J, Mosher W, Daniels K. Current Contraceptive Use in the United States, 2006–2010, and Changes in Patterns of Use Since 1995. National Health Statistics Reports; n°60 Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2012.
 38. De Irala J, Osorio CS López-del Burgo C. Choice of birth control methods among European women and the role of partners and providers. Contraception. 2011;84:558-564.
 39. Egarter C, Frey Tirri B, Bitzer J, Kaminsky V, Oddens BJ, Prilepskaya V, et al. Women's perceptions and reasons for choosing the pill, patch, or ring in the CHOICE study: A cross-sectional survey of contraceptive method selection after counseling. BMC Womens Health 2013;13:9.
 40. Lamvu G, Steiner MJ, Condon S, Hartmann K. Consistency between most important reasons for using contraception and current method used: The influence of health care providers. Contraception. 2006;3(4):399-403.