

El Hombre Hondureño Tiene un Promedio de Cinco Hijos, Aunque Considera que Tres Hijos Sería el Número Ideal

El hombre hondureño tiene casi cinco hijos durante sus años reproductivos, aunque considera que el número ideal de la familia es de tres hijos. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Masculina (ENSM),¹ la actual prevalencia de uso anticonceptivo es del 57% de las parejas, y más de un tercio del uso se atribuye a la esterilización femenina. Es muy pequeña la demanda potencial de vasectomía en Honduras; a pesar de que el 46% de los hombres casados que no utilizan un método anticonceptivo permanente no desean tener más hijos, sólo el 8% de estos hombres indicaron que tendrían interés en someterse a este procedimiento.

La ENSM es la primera encuesta representativa a nivel nacional sobre la salud sexual reproductiva del hombre que se ha realizado en Honduras. Durante el trabajo de campo realizado desde mayo a septiembre de 1996, se entrevistó a 2.925 hombres de 15–59 años de edad. El informe de la ENSM compara muchos de sus resultados con aquellos obtenidos en una encuesta similar realizada el mismo año, a 7.505 mujeres hondureñas de 15–49 años—la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar (ENESF).

Al momento de realizarse la encuesta, la mayoría de los hombres entrevistados (54%) vivían en unión (26% matrimonio legal y 28% una unión consensual), el 40% eran solteros, el 6% estaban separados o divorciados, y menos del 1% eran viudos. En tanto que el 43% de la muestra residía en zonas rurales, los restantes vivían en centros urbanos—el 29% en la capital Tegucigalpa o la otra ciudad importante, San Pedro Sula, y el 28% en otros centros urbanos. La mayoría de los hombres hondureños no han recibido mucha educación—el 11% nunca asistieron a la escuela y un 35% adicional no completaron enseñanza primaria, el 27% no habían estudiado más allá de enseñanza primaria, el 17% tenían estudios secundarios parciales, y sólo el 11% habían hecho estudios más allá de la enseñanza secundaria. La gran mayoría de los hombres trabajaban en el momento de la encuesta (88%),

y casi la mitad del 12% restante que no estaban empleados, asistían a un centro de educación.

Fecundidad y preferencias de fecundidad

La tasa global de fecundidad (TGF) entre el hombre hondureño, según los datos correspondientes a los 30 meses previos a la encuesta, fue de 4,8 hijos. La TGF varió de 3,7 hijos en los dos centros metropolitanos más importantes del país, a 5,3 en las zonas rurales. La mayoría de los hombres (83%) clasificaron el nacimiento de su hijo menor como planeado, el 10% lo consideró fuera del tiempo deseado y el 7%, no deseado. En forma inversa, los porcentajes comparables indicados por las mujeres entrevistadas en la ENESF fueron el 64% planeado, el 23% fuera del tiempo deseado y el 12% no deseado. Este diferencial por sexo persistió hasta las elevadas paridades: los padres de seis o más hijos eran mucho más proclives a indicar que el último nacimiento había sido planeado que las madres de seis o más hijos (81% contra 51%).

Hubo poco diferencia entre el hombre y la mujer, sin embargo, en los porcentajes que indicaron que no deseaban tener más hijos—el 46% de los hombres en unión (excluidos aquellos protegidos por un método anticonceptivo permanente), en comparación con el 48% de las mujeres. A pesar de la antes mencionada disparidad con respecto al deseo del último hijo, el hombre y la mujer indicaron un número ideal de hijos bastante similar (3,2 y 3,0, respectivamente). Este número ideal varió según la educación de los entrevistados en forma similar entre el hombre y la mujer. Los hombres y las mujeres sin educación consideraron que el número ideal de hijos era aproximadamente cuatro, en tanto que aquellos que tenían por lo menos siete años de escolaridad indicaron que el número ideal de hijos sería menos de tres. A pesar de la paridad generalmente alta de los hombres y mujeres de las zonas rurales, el número ideal de hijos de ambos era cercano al nivel nacional (3,4 hijos para los hombres rurales y 3,3 para las mujeres rurales, respectivamente).

Matrimonio y actividad sexual

El hombre en Honduras comienza su vida sexual antes que la mujer, aunque se casa y comienza a tener hijos más tarde. Los entrevistados indicaron que habían tenido su primera relación sexual 2,4 años antes que la mujer (a una edad mediana de 15,9 contra 18,3). Sin embargo, se habían casado por primera vez casi cinco años después que la mujer (a una edad mediana de 23,7 contra 18,9) y habían tenido su primer hijo unos 4,3 años más tarde (a la edad mediana de 24,5 contra 20,2). Estas tres medidas variaban ampliamente entre las mujeres según su nivel de educación o lugar de residencia, pero no ocurrió lo mismo entre los hombres.

Al comparar los datos de las dos encuestas correspondientes al matrimonio y la fecundidad, resulta que el hombre es más proclive que la mujer a volver a casarse y a tener una segunda familia. Los hombres que habían tenido muchos hijos tendían a hacerlo a través de uniones múltiples: en tanto que el hombre y la mujer de baja paridad habían estado en el mismo número de uniones, los hombres con 6–7 hijos eran mucho más proclives que semejantes mujeres a haber tenido por lo menos tres uniones (14% contra 5%). El 11% de los hondureños habían tenido hijos con más de una mujer, y otro 6% lo habían hecho con tres mujeres diferentes. (En la ENESF no se les formuló una pregunta similar a las mujeres con respecto al número de hombres con los cuales habían tenido hijos.)

El 76% de los hombres habían tenido relaciones sexuales durante el año previo a la encuesta; el 14% había tenido dos parejas sexuales durante ese período, el 7% tres, y otro 7% por lo menos cuatro. Entre los hombres casados, el 17% indicaron que habían tenido más de una pareja sexual durante el último año. En general, el 43% de los hombres hondureños habían tenido relaciones sexuales alguna vez con una prostituta; este porcentaje aumentó con relación a la educación, pasando del 31% entre los hombres que no tenían escolaridad alguna, al 61% entre aquellos que cursaron estudios superiores a la secundaria.

Los hombres que vivían en los principales centros urbanos eran más proclives que aquellos que residían en zonas rurales a haber frecuentado prostitutas (55% contra 36%), y los hombres que vivían en entornos de un elevado nivel socioeconómico eran mucho más proclives que los de nivel socioeconómico bajo a haberlo hecho (52% contra 32%). El 2% de los hombres indicaron que habían tenido relaciones sexuales con otro hombre.

De acuerdo con los resultados obtenidos en base a una serie de preguntas formuladas a jóvenes de 15–24 años de edad, se constató que éstos iniciaron su actividad sexual en una edad mediana de 16,3 años (en comparación con 15,9 años correspondiente a la muestra en general). Para menos del 2% de los jóvenes hondureños, su primera pareja sexual fue su esposa; el porcentaje correspondiente entre las mujeres jóvenes de 15–24 años, entrevistadas en la ENESF fue del 34%. Entre el grupo de hombres jóvenes de 15–24 años que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, sólo el 25% habían usado un método anticonceptivo durante su primera relación sexual, generalmente el condón, lo cual representó al 82% del uso anticonceptivo total en el momento del primer coito. Los hombres jóvenes esgrimieron dos razones principales por no haber utilizado un método durante su primera relación sexual: por no conocer ningún método (39%) y porque la relación sexual se produjo en forma inesperada (26%).

Conocimiento y uso de anticonceptivos

La gran mayoría de los hombres en unión (99%) conocían un método anticonceptivo. Más del 90% había oído hablar del condón, de la ligadura de trompas o de la píldora; unos porcentajes mucho menores conocían métodos tales como el retiro (58%), o la vasectomía o el ritmo (55% cada uno). En el momento en que se realizó la encuesta, el 57% de los hombres en unión utilizaban un método anticonceptivo. (Cuando se consideró el grupo de hombres en general, la prevalencia de uso anticonceptivo disminuyó al 40%, porque en ese momento, sólo el 19% de los hombres solteros utilizaban un método.) En cuanto a la educación, los hombres que habían asistido a la universidad presentaban el nivel más elevado de uso de anticonceptivos (84%), en tanto que los hombres sin educación formal presentaban el nivel más bajo (33%). El método más comúnmente utilizado —el cual correspondió a una tercera parte del uso total— fue la esterilización femenina (20% de las parejas), seguida de la píldora (10%), el DIU (9%), el

condón (7%), el ritmo (6%) y el retiro (4%).

Cuando se les preguntó a los hombres usuarios de un método moderno cómo lo había obtenido, el 58% indicaron que asistieron a un prestador de servicio del sector privado. Los hombres sin educación formal eran casi tan proclives a indicar que lo habían obtenido de proveedores del sector público (47%) como del sector privado (52%), pero aquellos con estudios superiores a enseñanza secundaria presentaban un margen de probabilidades casi tres veces superior de haberlo obtenido de un proveedor privado que del sector público (73% contra 25%).

En general, el 46% de los hombres casados no protegidos por un método permanente indicaron que no deseaban tener más hijos; este porcentaje aumentó al 82% entre los hombres de 50–59 años y entre los que habían tenido seis o más hijos. Sin embargo, sólo el 8% de estos hombres indicaron que estaban interesados a someterse al procedimiento de vasectomía; las dos principales razones esgrimidas por estos hombres fueron que preferían métodos temporales (15%) y que la anticoncepción era la responsabilidad de la mujer (12%). Al formularse un mayor número de preguntas se reveló que el 51% de los hombres consideraban que la vasectomía les disminuiría su capacidad sexual y el 41% opinaban que la esterilización femenina era menos complicada que la vasectomía.

Las preguntas formuladas en la ENSM abordaron más directamente las actitudes del hombre hondureño con respecto a un método en particular—el condón. Cuando a todos los usuarios casados y solteros se les preguntó la razón por la cual usaban ese método, el 75% manifestaron que lo hacían para prevenir las enfermedades de transmisión sexual (ETS), el 57% para prevenir el embarazo y el 51% para prevenir el contagio del VIH. Dos tercios de los usuarios de condones indicaron que utilizaban este método en forma regular; entre el tercio restante, las dos principales razones esgrimidas para explicar su uso ocasional fueron porque sólo era necesario utilizar el condón durante los períodos de fecundidad de la mujer (27%) o sólo en las relaciones extramatrimoniales (27%).

Una de las razones por las cuales se registró una baja prevalencia general del uso del condón en Honduras puede ser la creencia de que este método disminuye el placer sexual (66%) y que la pareja sexual podría ofenderse si se le solicitara el uso del condón (59%). Sin embargo, la gran mayoría de los hombres también concordaron con que un hombre debería utilizar un condón si su pareja se lo solicita (91%)

y que el uso del condón es prueba de que uno se preocupa por el bienestar de su pareja (90%). Además, el 55% consideró que el condón causa irritaciones al hombre o a la mujer, y el 50% estuvo de acuerdo en que los condones se rompen fácilmente.

El SIDA y otras ETS

El hombre hondureño no está bien informado acerca de las ETS: si bien el 77% de ellos han escuchado hablar de la gonorrea, solamente el 53% habían oído hablar de la sífilis y sólo el 8% conocían la clamidia. Por lo general este tipo de conocimiento aumentaba de acuerdo con la edad y la educación, y era más común entre los usuarios de anticonceptivos que entre los no usuarios. Por ejemplo, el 33% de los jóvenes de 15–19 años estaban familiarizados con la sífilis, en comparación con el 64% de los de 40–44 años; los porcentajes correspondientes de los que tenían conocimiento de la sífilis entre los de educación mínima y los de mayor instrucción fueron de 32% y 96%, respectivamente. El porcentaje de quienes conocían de la gonorrea fue del 49% entre los hombres que nunca habían practicado la anticoncepción, en comparación con el 91% de los que lo habían hecho. En general, el 3% de los hombres que tenían experiencia sexual indicaron que habían tenido una ETS durante el año anterior; un poco más de la mitad de ellos (53%) habían informado a sus parejas acerca de esa infección.

Los hombres eran mucho más proclives de conocer del SIDA que de otras ETS: casi todos los hombres que tenían experiencia sexual habían oído hablar del SIDA (98%) y la gran mayoría sabían que la infección del VIH puede ser asintomática (90%) y que el SIDA no tiene cura (87%). Las mujeres hondureñas entrevistadas en la ENESF eran menos proclives a responder correctamente sobre estos dos puntos (81%). Las formas de evitar el SIDA más frecuentemente mencionadas por los hombres que conocían del síndrome era usar el condón (59%), tener una sola pareja sexual (56%) y no frecuentar a las prostitutas (34%). Entre las mujeres entrevistadas, las proporciones que mencionaron en forma espontánea cada uno de estos tres estrategias de prevención eran mucho menores (34%, 43% y 3%, respectivamente). Entre los hombres que sabían que el uso del condón previene el SIDA, el 81% indicaron que usarían un condón con su pareja si ella se lo solicitara.

Una gran mayoría de los hombres sexualmente activos que tenían conocimiento del VIH indicaron que no corrían el riesgo de contraerlo (79%), en tanto que el 10% consideraban que corrían un ries-

go pequeño, el 4% un riesgo moderado y el 1% un alto riesgo. Entre los hombres que se encontraban en una situación de riesgo moderado o elevado, el 48% indicaron que pensaban así por haber tenido relaciones sexuales con varias parejas diferentes, el 24% porque no usaban el condón y el 11% porque habían tenido contacto con prostitutas. En general, el 64% de los hombres sexualmente activos dijeron que habían cambiado su conducta debido a la epidemia del SIDA; los cambios más comúnmente citados eran que habían limitado sus relaciones sexuales a una sola pareja (54%) o que habían desistido a salir con prostitutas (21%).

Actitudes frente a la reproducción y al sexo

La ENSM también les formuló a los hombres una serie de preguntas acerca de sus actitudes sobre los temas de sexualidad y de planificación familiar. Cuando se les preguntó quién decidiría acerca del número de hijos que se debía tener, el 54% de los hombres indicaron que el hombre y la mujer deberían tomar una decisión juntos, el 29% el hombre solo y el 12% la mujer sola; el 3% indicó que era una decisión de Dios y el 1% restante consideró que cualquiera de los cónyuges puede decidir. Las respuestas a una pregunta que evaluaba quién debería tomar la decisión de adoptar un método anticonceptivo tuvo respuestas similares.

Cuando se les preguntó qué pensaban acerca de la educación sexual impartida en las escuelas, los hombres eran más proclives a apoyar esta idea para los estudiantes de enseñanza secundaria que para los de primaria (96% y 87%, respectivamente). Con respecto a la pregunta sobre cuál sería la mejor edad para iniciar la actividad sexual, los hombres indicaron una edad promedio ideal de 16,8 años para los varones y de 17,3 años para las mujeres; ambos ideales de edad aumentaban de acuerdo con el nivel de instrucción del entrevistado. Si bien los hombres consideraron que la edad ideal de casarse para la mujer sea casi cuatro años después de la edad ideal de tener su primera relación sexual, el 79% de los hombres hondureños aún consideran que es "muy importante" que la mujer se mantenga virgen hasta el momento de contraer matrimonio.—L. Remez

Referencia

1. Monteith R et al., *Honduras, Encuesta Nacional de Salud Masculina, 1996*, Tegucigalpa, Honduras: Ministerio de Salud, Asociación Hondureña de Planificación de la Familia y United States Agency for International Development/Honduras; y Atlanta, GA, EEUU: Centers for Disease Control and Prevention, 1998.

El Nuevo Inyectable Mensual Es Aceptable, Ofrece Protección Eficaz

Dos estudios basados en pruebas clínicas conducidas en Estados Unidos, en las cuales se comparaba el nuevo inyectable mensual y una píldora anticonceptiva, revelan que el inyectable mensual es muy eficaz, seguro y bien aceptado por la mujer. Un estudio realizado sobre la eficacia y seguridad del inyectable anticonceptivo mensual "Lunelle" indica que durante el primer año de uso, ninguna mujer que seleccionaba el inyectable se quedó embarazada, en tanto que hubo dos embarazos en el grupo de mujeres que optaban por la píldora.¹ Los efectos secundarios entre las usuarias del inyectable fueron generalmente ligeros y semejantes a los documentados en otros estudios sobre las mujeres que utilizaban métodos de una combinación de hormonas; entre dichos efectos secundarios se encontraban aumento de peso, sangrado irregular y prolongado, inestabilidad emocional y acné. Una evaluación realizada sobre el nivel de satisfacción de la mujer con respecto a su método revela que más del 80% de aquellas que utilizaban el inyectable mensual consideraron que su experiencia había sido relativamente o muy favorable, y más del 90% indicaron que recomendarían el inyectable a una amiga.²

Ambos estudios se basan en datos recopilados de 1.103 mujeres que procuraban anticonceptivos en 42 lugares participantes en las pruebas clínicas en los Estados Unidos entre abril y agosto de 1998. Las mujeres eran elegibles para participar en la prueba si tenían entre 18 y 49 años de edad, no estuvieran embarazadas, no hubieran tenido un aborto durante los últimos cinco días, y no hubieran dado a luz durante las últimas cuatro semanas. Todas las mujeres habían utilizado anticonceptivos (hormonales o no hormonales) antes de participar en la prueba. Se excluyeron a las mujeres que presentaban contraindicaciones al uso de anticonceptivos hormonales, a las que eran mayores de 35 años y fumaban o tuvieron problemas crónicos de hipertensión o diabetes, a las que tuvieron una historia de alcoholismo o de abuso de drogas, y a las que habían recibido otro anticonceptivo inyectable durante los últimos seis meses.

Los investigadores ofrecieron a cada participante la opción de recibir o el inyectable mensual (el cual contiene 25 mg de acetato de medroxyprogesterona y 5 mg de cipionato de estradiol) o una píldora anticonceptiva trifásica, comúnmente rece-

tada. Las participantes (de las cuales 782 optaron por el inyectable y 321 por la píldora) acordaron a utilizar su método por lo menos durante un período de 60 semanas, y a volver una vez al mes para recibir su próxima inyección o ciclo de píldoras.

Eficacia y seguridad

Tanto en el grupo que recibió el anticonceptivo inyectable como en el que utilizó la píldora, el promedio de edad fue 27–28 años; asimismo, todas presentaban una gran similitud con respecto al peso, índice de masa corpórea y tendencias previas de menstruación. Las usuarias del inyectable eran menos propensas que las de la píldora a ser de raza blanca (68% contra 74%) y a haber usado alguna vez un anticonceptivo hormonal (44% contra 65%); eran más proclives a haber estado en algún momento embarazadas (64% contra 45%). El 55% de las mujeres del grupo del inyectable completaron la prueba, así como el 68% de las del grupo de la píldora.

Se evaluó un año de la eficacia anticonceptiva tomando en cuenta los 8.008 ciclos-mujer del uso entre las usuarias del inyectable, y los 3.434 ciclos-mujer correspondientes a las usuarias de la píldora trifásica. Durante ese año, no se registraron embarazos entre las mujeres del grupo que recibió el inyectable, y hubo un embarazo entre aquellas que utilizaban la píldora. (Otro embarazo tuvo lugar durante el décimoquinto ciclo en el grupo que utilizaba píldoras anticonceptivas.)

Las mujeres usaban tarjetas donde registraban el uso durante un período de 30 días y allí se indicaban el número de veces que habían experimentado sangrado o manchado. Las usuarias de ambos métodos tuvieron ciclos menstruales regulares después del primer mes de uso del anticonceptivo, e indicaron que experimentaban un menor número de días de sangrado o manchado a medida que avanzaba el período de uso. Durante el primer semestre, las usuarias de la píldora indicaron que habían tenido un sangrado más frecuente que las del grupo del inyectable; sin embargo, a lo largo de todo el año, las usuarias del inyectable presentaban una mayor cantidad de días de sangrado irregular que las mujeres que tomaban la píldora.

Durante el período del estudio, el 89% de las mujeres que aceptaron el inyectable experimentaron algunos efectos adversos, tales como infecciones, dolores de cabeza, sensibilidad aguda de mamas, aumento de peso, sangrado irregular o prolongado, y acné. El 84% de las usuarias de píldoras experimentaron efectos simila-

res. Sólo el 20% de las usuarias del inyectable, y el 8% de las usuarias de la píldora, abandonaron el estudio debido a dichos efectos secundarios. Los únicos problemas médicos serios que los investigadores vincularon a los métodos anticonceptivos usados fueron dos casos de enfermedades de vesícula, los cuales requirieron una cirugía laparoscópica. Los dos casos ocurrieron entre mujeres usuarias del inyectable, y estas dos continuaron participando en el estudio luego de someterse a la cirugía.

Aceptabilidad

El estudio sobre aceptabilidad se basó en las respuestas obtenidas de mujeres de tres cuestionarios: uno de ellos evaluaba la historia de uso de anticonceptivos y la actitud de la mujer hacia el método seleccionado para el estudio; uno abordaba los aspectos específicos de uso del método que había seleccionado; y el otro estudiaba los puntos de vista de la usuaria con respecto al bienestar psicológico. Los cuestionarios fueron administrados al comienzo de la prueba y luego a las 20, 40 y 60 semanas de haberse iniciado. Aproximadamente el 85% de las mujeres completaron el primer cuestionario y el último. Para evaluar la influencia del uso reciente de la píldora, los investigadores dividieron a las participantes del grupo que seleccionaba la píldora entre aquellas que usaban la píldora desde antes de ingresar al estudio (209 mujeres) y las nuevas usuarias (112 mujeres).

Las mujeres del grupo del inyectable eran menos proclives que las usuarias de píldoras (combinadas ambos grupos de usuarias de píldoras) a indicar que el uso del método no les molestaba para nada (80% contra 92%). Pero eran igualmente menos proclives a indicar que se sentían muy cómodas a utilizar su método (55% contra 75–79%); los investigadores indicaron que esta discrepancia se podría esperar, dado que se trata de hacer una comparación de mujeres que usan un método oral con otras que reciben su método por inyección.

De las mujeres que utilizaban el inyectable, el 86% indicaron que éste no interfirió en sus actividades sociales (actividades con amigos y familiares que no fueran actividades relacionadas con el trabajo o la escuela); fue similar el porcentaje de usuarias de la píldora que respondieron de igual forma (90–94%). Fueron un poco diferentes las respuestas relacionadas con las actividades diarias (tales como las actividades de trabajo o de la escuela, o las tareas del hogar): el 84% de las

usuarias del inyectable indicaron que su método interfirió en dichas actividades, en comparación con el 92–95% de las usuarias de píldoras.

Aproximadamente la mitad de las usuarias del inyectable (47%) indicaron que sus relaciones sexuales siempre habían sido satisfactorias; el porcentaje fue similar entre las nuevas usuarias de la píldora (44%), aunque fue mayor entre las que habían utilizado la píldora en el pasado (62%). Menos de un quinto (17%) del grupo de usuarias del inyectable indicaron que habían experimentado una caída del libido o su pérdida total, en comparación con casi la cuarta parte (23%) de las nuevas usuarias de la píldora y una de cada 10 (11%) de las que habían usado píldoras anticonceptivas con anterioridad.

Cuando se les preguntó si habían tenido dificultades para regresar a las visitas a la clínica cada mes, las mujeres de los tres grupos presentaron respuestas similares: el 87% del grupo del inyectable dijeron que no habían tenido dificultad en volver a hacer su visita mensual; el 80% de las nuevas usuarias de la píldora y el 86% de las usuarias anteriores acordaron que no habían tenido problemas.

El porcentaje que indicó que su experiencia general con el método había sido relativamente o muy favorable fue aproximadamente igual entre los tres grupos (83–86%). En forma similar, más del 90% de las participantes de cada grupo indicaron que probablemente, o definitivamente, recomendarían su método a una amiga.

En los tres grupos, el bienestar psicológico de la mujer disminuyó a través del tiempo. Sin embargo, los cambios no fueron muy diferentes con respecto a las usuarias del inyectable o las nuevas usuarias de la píldora; además, los resultados del análisis de regresión logística indicaron que los cambios fueron similares entre el grupo de usuarias del inyectable y las usuarias de la píldora en general.

Los investigadores indican que los resultados pueden estar limitados debido a un sesgo de selección: primero, las participantes seleccionaron su método anticonceptivo y no fueron asignadas a los grupos en forma aleatoria. En segundo lugar, dos tercios de las mujeres del grupo de la píldora se habían encontrado utilizando este método desde hace algún tiempo, y por lo tanto, éstas no son estrictamente comparables a las usuarias de un método nuevo. Sin embargo, los investigadores concluyeron en que el inyectable mensual “puede ser muy bien aceptado por aquellas mujeres que desean tener la conveniencia de utilizar un método eficaz que no se usa du-

rante el coito, que no debe tomarse todos los días y que mantiene sus ciclos menstruales en forma regular y que altera en un nivel mínimo su estilo de vida”—M. Reiss

Referencias

1. Kaunitz AM et al., Comparative safety, efficacy, and cycle control of Lunelle™ monthly contraceptive injection (medroxyprogesterone acetate and estradiol cypionate injectable suspension) and Ortho-Novum®7/7/7 oral contraceptive (norethindrone/ethinyl estradiol triphasic), *Contraception*, 1999, 60(4):179-187, 1999.
2. Shulman LP et al., Patient acceptability and satisfaction with Lunelle™ monthly contraceptive injection (medroxyprogesterone acetate and estradiol cypionate injectable suspension), *Contraception*, 1999, 60(4):179-187.

Clientes en México y Kenya Apoyan la Anticoncepción De Emergencia en sus Países

Más de la mitad de los proveedores y clientes de planificación familiar en la Ciudad de México¹ y la gran mayoría de los proveedores y clientes de Nairobi, Kenya² apoyan la introducción de la anticoncepción de emergencia en sus países. Dos estudios realizados en estas ciudades sobre conocimiento, actitudes y prácticas relacionadas a la anticoncepción de emergencia revelaron que, si bien los clientes en ambas ciudades no disponían de información exacta acerca del método de Yuzpe, la gran mayoría (84% en cada una) indicaron que usarían este método o lo recomendarían a sus amigos. Sin embargo, un elevado porcentaje de los proveedores y clientes, en ambas ciudades, revelaron que les preocupaban los efectos secundarios de la anticoncepción de emergencia.

Estudio de Ciudad de México

Entre enero y junio de 1997, se realizaron entrevistas a 40 proveedores de salud y a 1.127 clientes en tres clínicas de planificación familiar y en una clínica universitaria. Entre los proveedores se incluyeron a médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y un administrador.

Como primera medida se les preguntó a los proveedores si habían oído hablar sobre la anticoncepción de emergencia y si sabían de qué se trataba. Del total de proveedores, el 68% indicaron que estaban familiarizados con la anticoncepción de emergencia; los proveedores de planificación familiar se mostraron más proclives que los de la clínica universitaria a indicar que habían oído hablar del método (88% contra 54%).

Solamente el 30% de los proveedores sa-

bían que la anticoncepción de emergencia es un método postcoito, y los entrevistados que indicaron que habían oído hablar del mismo, no se mostraron más proclives que otros a indicar que sabían de qué se trataba. En realidad, los proveedores en las clínicas de planificación familiar que ofrecían anticoncepción de emergencia no eran más proclives que otros a identificar este método en forma correcta. La mayoría de los proveedores consideraron que la anticoncepción de emergencia es un abortivo o un anticonceptivo que se utiliza durante el acto sexual.

Luego los entrevistadores les suministraron información acerca del momento en que se debe utilizar el método, la eficacia y los efectos secundarios y composición del mismo. Una vez que los proveedores recibieron información sobre las píldoras anticonceptivas de emergencia, el 55% indicaron que aceptarían la introducción en México de un producto dedicado exclusivamente a la anticoncepción de emergencia, el 10% se lo opondrían y el 35% no estaban seguros. Los proveedores de más edad y aquellos que tenían más años de experiencia clínica se mostraron significativamente más proclives a apoyar la introducción del método. Entre las preocupaciones reveladas por los proveedores se mencionaron los efectos secundarios (53%), el riesgo del uso inadecuado o demasiado frecuente (40%) y la autoadministración del método (30%). Asimismo, muchos proveedores mencionaron los obstáculos legales y sociales (58%), incluida la resistencia civil y religiosa (28% y 18%, respectivamente).

La gran mayoría de los proveedores indicaron que la anticoncepción de emergencia debería ser ofrecida en los hospitales y clínicas (88%), en tanto que porcentajes mucho menores indicaron que debería ser distribuida por las parteras (33%) o estar disponible en las escuelas (28%), en las farmacias (18%) o en las máquinas tragamonedas (10%). Más de nueve de cada 10 proveedores consideraron que el método debería ser distribuido por médicos, en tanto que más de la mitad indicaron que puede ser suministrado por enfermeras. Un número menor de proveedores indicaron que otros profesionales, tales como farmacéuticos, profesores de educación sexual o trabajadores comunitarios de salud, serían las personas indicadas para distribuir este método.

Entre los clientes entrevistados, el 83% eran mujeres y el 73% tenían entre 20 y 34 años de edad. Más de la mitad (51%) tenían un nivel de educación superior al de enseñanza secundaria, y el 39% habían com-

pletado la secundaria. La mayoría de los clientes (83%) habían tenido relaciones sexuales alguna vez, y el 59% de los que eran sexualmente activos se encontraban practicando la anticoncepción; el 48% habían estado anteriormente embarazadas. Solamente el 18% de los clientes habían oído hablar alguna vez de la anticoncepción de emergencia. Un análisis de regresión logística indicó que aquellas personas cuyo nivel de educación era superior al de enseñanza secundaria o aquellas que en alguna oportunidad habían sido sexualmente activos, tenían una probabilidad significativamente mayor de haber oído hablar de este método (razones de momios de 8,3 y 2,4, respectivamente).

De los 200 clientes que indicaron que habían oído hablar de la anticoncepción de emergencia, sólo el 10% respondieron en forma correcta a cuatro preguntas formuladas acerca de la composición, eficacia y uso del método; el 32% contestó correctamente tres de las cuatro preguntas. Solamente el 1% de la muestra manifestó que había utilizado el método. Después de aplicar el cuestionario, se entregó a los clientes la misma información sobre anticoncepción de emergencia que se les había entregado a los proveedores.

Casi dos tercios (63%) de los clientes estuvieron de acuerdo con la frase "la anticoncepción de emergencia debería ser introducida en México" y el 78% indicó que debería estar al alcance de todas las mujeres. El 84% manifestó que utilizaría el método de anticoncepción de emergencia, o que lo recomendaría a un amigo. Sin embargo, el 73% indicó que tenía ciertas preocupaciones acerca del método. Los problemas de salud y los efectos secundarios fueron las razones más comúnmente citadas (52%), siendo las más comunes de ellas las preocupaciones acerca del uso frecuente o la sustitución por un método regular (20%), la eficacia del método (10%), y la posibilidad de defectos congénitos o de una futura infertilidad (8% cada categoría).

Un análisis de regresión de multivariantes reveló que los clientes que habían tenido relaciones sexuales eran más proclives que aquellos que no lo habían hecho a apoyar la introducción de la anticoncepción de emergencia en México. Los estudiantes universitarios, los clientes que se encontraban practicando la anticoncepción y las mujeres que estuvieron embarazadas fueron significativamente menos proclives a apoyar la introducción del método en el país; sin embargo, estos grupos eran por lo menos tan proclives como los otros a indicar que utilizarían el método o que lo recomendarían a sus amigos.

Cuanto más elevado era el nivel de educación, mayores eran las probabilidades de preocupación sobre la anticoncepción de emergencia (razones de momios de 2,6 para aquellos que tenían educación secundaria y 4,5 para aquellos que tenían estudios superiores a secundaria). Los clientes que se encontraban actualmente practicando la anticoncepción eran más proclives que los no usuarios a manifestar que tenían preocupaciones (1,4).

Entre los clientes, haber oído hablar del método tenía una relación positiva con estar dispuesto a usar o recomendar la anticoncepción de emergencia, pero no con apoyar la introducción del método en México. Además, aquellos con mayor conocimiento del mismo eran significativamente menos propensos a apoyar la introducción del método en México.

La mayoría de los clientes indicaron que si se introdujera la anticoncepción de emergencia en México, ésta debería estar disponible en hospitales (93%), clínicas (90%), y farmacias (62%). Exactamente la mitad indicó que debería ser distribuida en las escuelas y a través de las parteras. Un porcentaje menor (30%) consideró que el método debería ser ofrecido en máquinas tragamonedas. El 97% de los clientes indicaron que la anticoncepción de emergencia debería ser distribuida por médicos, y más de la mitad mencionó a otros profesionales de la salud, tales como enfermeras (60%), psicólogos (51%) y trabajadores comunitarios (51%); el 74% opinó que los profesores de educación sexual y los consejeros también podrían distribuir el método.

El estudio de Nairobi

Un estudio sobre actitudes, conocimiento y prácticas de la anticoncepción de emergencia, realizado en Nairobi, consideró las mismas preguntas en forma más amplia. Además de entrevistar a proveedores de salud públicos y privados, y a las clientas de los servicios de planificación familiar, los investigadores analizaron documentos de la dirección del servicio y las normas generales, y entrevistaron a cinco funcionarios de alto nivel encargados de formular directrices nacionales en materia de planificación familiar. Estos datos fueron recopilados entre agosto y septiembre de 1996.

Los investigadores no encontraron ningún documento dedicado a cuestiones normativas, material alguno para clientes o directrices de servicios que trataran o mencionaran la anticoncepción de emergencia.

Cuatro de los cinco funcionarios encargados de formular las normas generales tenían un conocimiento bastante ade-

cuado acerca del método. Todos deseaban que se ampliara el acceso a la anticoncepción de emergencia en Kenya. Sin embargo, no todos estaban de acuerdo en que los adolescentes tuvieran acceso a ello. Ninguno de los entrevistados consideró que la anticoncepción de emergencia era un abortivo. Estos funcionarios acordaron que la anticoncepción de emergencia debería ser distribuida por médicos, enfermeras y personal de clínicas, y algunos opinaron que los distribuidores comunitarios también podrían ofrecer el método. Todos consideraron que la anticoncepción de emergencia se debería vender sin receta médica, aunque algunos indicaron que el proceso de introducción de este método debería ser gradual.

Los investigadores entrevistaron a una muestra de 93 personas, seleccionada en forma aleatoria, en la que figuraban médicos, enfermeras, funcionarios de clínicas, farmacéuticos y distribuidores comunitarios. La muestra estuvo compuesta por 68 proveedores del sector público y 25 del sector privado.

De los proveedores del sector público, el 34% habían oído hablar de la anticoncepción de emergencia, en comparación con el 80% de los proveedores del sector privado. Sólo el 4% de los proveedores del sector público ofrecían servicios de anticoncepción de emergencia en el momento de la entrevista, contra el 46% de los prestadores del sector privado. La demanda de este método era muy reducida, y se le entregaba a cualquiera mujer que lo solicitara, con la excepción de un solo proveedor, que negó proporcionar el método a sus clientas adolescentes.

Más del 90% de los proveedores del sector público y privado indicaron que apoyarían el uso de la anticoncepción de emergencia en sus propias clínicas y en Kenya en general. Aquellos que favorecían la distribución del método mencionaron razones tales como prevenir embarazos no deseados en los casos en que los maridos se rehusaran a practicar la anticoncepción, o en el caso de violación, y la posible contribución del método a la reducción de la tasa de abortos.

El pequeño porcentaje de proveedores que se opusieron al método (10%) indicaron que les preocupaba su eficacia y el abuso potencial del mismo. Indicaron que temían que su introducción pudiera causar una disminución en el uso del condón, y por lo tanto que contribuyera a fomentar la diseminación del VIH y de otras enfermedades de transmisión sexual.

Los proveedores no estuvieron de acuerdo acerca de quién debe distribuir

la anticoncepción de emergencia en Kenya. Todos indicaron que los médicos y las enfermeras deberían ser responsables de la distribución del método, pero algunos cuestionaron la capacidad de los trabajadores comunitarios y de los farmacéuticos para controlar su distribución. Asimismo, hubo desacuerdo dentro de la muestra con respecto a quién debería tener acceso al método de anticoncepción de emergencia. La mayoría de los proveedores consideraron que el acceso debería ser sin restricciones, aunque muchos consideraron que debería ser necesario examinar a la mujer y que era particularmente importante en Kenya educar a la clienta acerca del método, dado que un elevado porcentaje de las mujeres son analfabetas. El tema de la distribución del método a las adolescentes fue el punto más controvertido de toda la discusión.

Los proveedores se mostraron ambivalentes con respecto a la idea de distribuir con antelación a las mujeres los paquetes del método anticonceptivo de emergencia. Aquellos que indicaron que eran contrarios a esta idea en su mayoría mencionaron que objetaban la falta de control que habría por parte del personal profesional de salud. Los proveedores que consideraron que era una buena idea distribuir este método con antelación, indicaron que esto facilitaría su uso y ayudaría especialmente a las mujeres que residen en zonas alejadas. Los prestadores estaban divididos entre un grupo que consideraba que esta opción debería ser ofrecida solamente a las mujeres casadas, y otro grupo que opinaba que las mujeres que más se beneficiarían de tener el método a mano serían las que presentan una alta actividad sexual—tales como las adolescentes y las trabajadoras del sexo comercial. Todos los proveedores entrevistados apoyaron la idea de ofrecer un producto para uso exclusivo como anticonceptivos de emergencia, en lugar de utilizar porciones de los paquetes de ciclos de píldoras anticonceptivas.

Se reclutaron a clientas de 10 clínicas públicas y privadas de Nairobi, las cuales fueron seleccionadas para asegurar que las entrevistadas pertenecieran a diferentes niveles socioeconómicos. Los entrevistadores formularon preguntas a una de cada dos clientas que asistían a las clínicas, hasta obtener una muestra de 282 mujeres. La edad promedio de las mujeres fue de unos 26 años, y más de la mitad habían completado ocho años o más de escolaridad. La gran mayoría (92%) había dado a luz y el 80% estaba en ese momento utilizando un método anticonceptivo.

La mayoría de las clientas no conocían la anticoncepción de emergencia; solamente el 11% reconocía el nombre del método. La mayoría (61%) creía que no podía hacer nada para prevenir un embarazo después de haber tenido relaciones sexuales sin protección.

Del total de las personas que estaban familiarizadas con la anticoncepción de emergencia, el 80% habían oído hablar de este método muy recientemente. La mayoría se había enterado a través de amigos o familiares (47%) o a través de los medios de difusión (23%). Un porcentaje muy pequeño (3%) había oído hablar de la anticoncepción de emergencia en una clínica o farmacia.

Aun las clientas que habían oído hablar del método no estaban bien informadas; más de la mitad (60%) de éstas no estaban seguras si era apropiado utilizar el método cuando ocurre un atraso en el período menstrual. Solamente dos mujeres sabían que la anticoncepción de emergencia es un método eficaz si es utilizado hasta 72 horas después de un coito no protegido; la mayoría pensaba que debe utilizarse inmediatamente después o dentro de un período de 24 horas de consumir el acto. Casi dos tercios de las clientas no estaban seguras acerca de la eficacia de la anticoncepción de emergencia, y sólo una mujer respondió que este método era eficaz en un 75% de los casos. Solamente el 17% de las mujeres que conocían el método sabían que su composición química es igual a la de las píldoras anticonceptivas. Sin embargo, más de dos tercios de las clientas que estaban familiarizadas con la anticoncepción de emergencia conocían por lo menos un lugar donde adquirir el método.

Cuatro de cada cinco clientas de planificación familiar indicaron que la anticoncepción de emergencia es un método adecuado para las mujeres de Kenya. Un porcentaje un poco mayor (84%) indicó que utilizaría o recomendaría la anticoncepción de emergencia si fuera necesario.

Más de la mitad (56%) de las clientas consideraron que la anticoncepción de emergencia debería estar a disposición de todas las mujeres sin restricciones, aunque el 18% pensaban que las adolescentes jóvenes no deberían tener acceso al mismo. La gran mayoría de las entrevistadas (98%) consideraron que los médicos deberían estar a cargo de la distribución del método, en tanto que dos tercios creían que esta actividad debería ser realizada por cualquier personal de salud, y el 50% indicaron que lo podían hacer los farmacéuticos; sólo el 12% consideró que debería poder adquirirse sin receta médica. Aproximadamente el 64% de aque-

llas que consideraron que la mujer estaría dispuesta a pagar para adquirir este método indicaron que su precio debería ser aproximadamente US \$6,00 ó menos. Sin embargo, casi el 40% de las clientas consideraron que la mujer no pagaría

por el método, o no estaban seguras al respecto.—L. Gerstein

Referencias

1. Langer A et al., Emergency contraception in Mexico City: what do health care providers and potential users

know and think about it? *Contraception*, 1999, 60(4): 233–241.

2. Muia E et al., Emergency contraception in Nairobi, Kenya: knowledge, attitudes and practices among policymakers, family planning providers and clients and university students, *Contraception*, 1999, 60(4):223–232.

Las Elevadas Tasas de Nacimientos por Cesárea en el Brasil Se Deben en Gran Parte a Factores No Clínicos

Según datos recopilados de hospitales de una ciudad del sudeste del Brasil, la decisión de proceder a una cesárea frecuentemente es influenciada por factores no médicos. En Ribeirão Preto, del estado de São Paulo, la tasa de cesáreas fue del 51%, en 1994. Los factores más importantes que afectan el tipo de parto se relacionaron con el suministro de los servicios de salud: las probabilidades de un parto por cesárea eran elevadas entre las mujeres que habían dado a luz entre las 7 a.m. y las 7 p.m., entre las que habían realizado cuatro o más visitas para recibir atención prenatal y entre las que habían utilizado los servicios del mismo médico para la atención prenatal y del parto.¹

Para examinar los factores de riesgo relacionados con el nacimiento por cesárea, los entrevistadores recopilaron datos socioeconómicos, demográficos, reproductivos y de servicios de salud correspondientes a mujeres que habían dado a luz en las maternidades de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, en 1978–1979 y en 1994. Se obtuvo información sobre 6.750 niños nacidos en 1978–1979 y sobre 2.846 niños nacidos en 1994.

Al comparar las dos muestras se reveló que las mujeres que dieron a luz en 1994 tenían una mayor probabilidad que sus pares que habían dado a luz en 1978–1979 de trabajar fuera del hogar, de no estar casadas, de haber tenido su primer parto antes de cumplir los 20 años de edad o después de cumplir los 30, de ser madre por primera vez o de haber tenido hasta dos embarazos, de tener solamente un hijo vivo y de haber realizado cuatro o más visitas para recibir atención prenatal. Durante el período entre los dos estudios, la tasa de cesáreas aumentó del 30% al 51%, en tanto que la tasa de nacimientos prematuros aumentó del 8% al 14%, y el porcentaje de madres cuyos niños pesaban menos de 3.000 g en el momento de nacer incrementó del 28% al 37%. Los niños nacidos en 1994 tenían una mayor probabilidad que aquellos nacidos en 1978–1979 de haber nacido en hospitales privados y entre los días lunes y miércoles.

Un análisis de regresión logística indicó que el riesgo de ser sometida a una cesárea en 1978–1979 fue significativamente más elevado entre las mujeres que tenían 20 o más años de edad (razón de momios de 1,4–3,4 para varios grupos etarios), entre las que habían tenido un mortinato (1,8) y entre las que tenían menos de cuatro hijos vivos (2,2–3,3); el riesgo de un nacimiento por cesárea era significativamente menor entre mujeres que daban a luz por tercera vez, que entre las que estaban teniendo su hijo número cuatro (0,65). El riesgo de dar a luz mediante cesárea en 1978–1979 fue mayor para los niños que al nacer pesaban 3.500 g o más, comparado a aquellos que pesaban menos de 3.000 g (1,4–2,0). De todos los factores socioeconómicos y demográficos probados, cuatro fueron relacionados con un parto por cesárea—haber tenido cuatro o más años de educación (razón de momios de 1,3–1,6), haber dado a luz en un hospital privado en lugar de un hospital público (1,6–2,8), haber dado a luz en cualquier otro día que no fuera el domingo (1,5) y haber realizado cuatro o más visitas para recibir atención prenatal (1,7).

En 1994, la hora en que se daba a luz era un factor significativo: comparados con los niños nacidos entre la 1 a.m. y las 6 a.m., aquellos nacidos entre las 7 a.m. y las 6 p.m. o entre las 7 p.m. y la medianoche tenían unas probabilidades 3,4–4,7 veces superiores de haber nacido mediante una cesárea. Además, las madres que dieron a luz en 1994 y que utilizaban al mismo médico para recibir atención prenatal y para el parto tenían una probabilidad 2,5 veces superior de ser sometidas a una cesárea que aquellas que no lo hicieron, y las madres que habían realizado cuatro o más visitas para recibir atención prenatal tenían una probabilidad de ser sometidas a una cesárea dos veces mayor que aquellas que realizaran un menor número de visitas. Las mujeres que tenían 30 o más años de edad presentaban una probabilidad 2,7 veces superior de ser sometidas a una cesárea que aquellas que tenían menos de 20 años, en tanto que las mujeres que habían teni-

do dos nacimientos vivos presentaban una probabilidad 69% menor que aquellas que habían tenido cuatro o más de ser sometidas a una cesárea. El hecho de tener tres hijos vivos estaba relacionado positivamente con un parto por operación cesárea (razón de momios de 2,5–7,8). En 1994, los nacimientos mediante cesárea eran un 50% más comunes para los niños que pesaban 3.500–3.999 g que para los que pesaban menos de 3.000 g.

Finalmente, los investigadores intentaron identificar los factores que desempeñaron un papel importante en el aumento del porcentaje de procedimientos que eran por cesárea entre los dos períodos de estudio. Utilizaron riesgos ajustados atribuibles a la población para comparar la prevalencia de cada factor de riesgo entre las mujeres que habían dado a luz mediante cesárea durante los dos períodos, así como la variación de las razones de momios para cada uno de esos factores. Únicamente tres variables—tener seguro de salud, estar casada y ser asistida en el parto en un hospital privado—registraron aumentos del 15% o más en el riesgo atribuible a la población entre los dos períodos.

Con base en la relación que existe entre la operación cesárea y el número de niños vivos y la edad de la madre, los investigadores suponen que muchas mujeres probablemente optaron por la cesárea porque en el Brasil, este procedimiento es una indicación de proceder a una ligadura de trompas. Además, indican que la relación entre el momento del parto y la cesárea sugiere que los médicos prefieren proceder a la cesárea en lugar de atender un parto vaginal porque la intervención les permite “trabajar un mínimo de horas no sociales”. Los investigadores concluyen que en el Brasil, los factores no clínicos desempeñan un importante papel en la decisión de realizar una cesárea.—D. Estrin

Referencia

1. Gomes UA et al., Risk factors for the increasing cesarean section rate in southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts, 1978–1979 and 1994, *International Journal of Epidemiology*, 1999, 28(4):687–694.