

Preferencias por los Atributos de los Anticonceptivos: Voces de Mujeres en Ciudad Juárez, México

Por Sandra Guzmán García, Rachel Snow e Iain Aitken

En 1994, se llevaron a cabo 10 grupos focales para analizar los atributos de los métodos anticonceptivos entre 77 mujeres de bajos ingresos, residentes en 10 barrios de Ciudad Juárez, Chihuahua, México. Las deliberaciones dieron por resultado que las mujeres tienen una gran preferencia por los anticonceptivos altamente eficaces que le permitan a la usuaria mantener su sangrado mensual regular y que no le cause efectos secundarios desagradables. El sangrado mensual era especialmente importante para estas mujeres, porque les permitía confirmar que se había prevenido un embarazo. La posibilidad de practicar la anticoncepción sin que su pareja se enterara también fue un importante aspecto para algunas, pero no para la mayoría de las participantes. Entre los numerosos obstáculos para la aceptación de los métodos se mencionaron los problemas del sangrado no deseado, las objeciones de la pareja, el temor que un método irreversible podría producir efectos secundarios intolerables, la preocupación de que los suministradores del servicio les insertarían un dispositivo sin su consentimiento, el temor de no poder concebir rápidamente después de suspender el uso de anticonceptivos, y la molestia de interrumpir un momento íntimo o tocarse para insertar un método anticonceptivo.

(Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, número especial de 1997, págs. 28–35)

México fue uno de los primeros países que estableció un programa nacional de planificación familiar cuando, en 1973, cambió completamente su política demográfica pronatalista y fijó una meta para reducir la tasa anual de crecimiento demográfico del 3,2% al 2,5% para 1982 y al 1% para el año 2000; sin embargo, en 1992, se registró una tasa anual del crecimiento del 2,2%.¹ Desde la promulgación de esta legislación que marcó un

hito en materia de política demográfica, la tasa global de fecundidad de México se ha reducido en aproximadamente 46%, de 5,7 nacidos vivos durante la vida de una mujer en 1975–1976, a una tasa estimada de 3,1 en 1992.² Hacia fines de 1992, la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos alcanzó al 63% de las mujeres en unión de 15–49 años.³

El consenso alcanzado en la Conferencia Internacional Sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994, celebrada en El Cairo, presentó un desafío al sector de población y planificación familiar para que adoptara en el suministro de sus servicios, un “enfoque orientado a la salud reproductiva”. Por lo general, este enfoque que significa poner menos énfasis en las motivaciones demográficas y dar más atención a la salud reproductiva y las necesidades de anticonceptivos de las personas, también significa luchar por lograr el desarrollo del potencial de la mujer.⁴ La disponibilidad de una amplia gama de métodos seguros y eficaces que sean aceptables a la pareja es parte integral de un programa de planificación familiar y de salud reproductiva que atienda las necesidades de sus clientes.

En tanto los trabajos previos de investigación han examinado la aceptabilidad de anticonceptivos en México, incluso las preferencias del hombre y de la mujer por

las tecnologías de métodos,⁵ algunos estudios se restringieron únicamente a los usuarios.⁶ Otros estudios recientes han examinado las expectativas de la mujer—especialmente de las mujeres pobres—en cuanto a qué les gusta o esperan de un método anticonceptivo y cuáles son las concesiones que están preparadas a hacer con relación a ciertas características que no les agradan de un método determinado.

En este artículo se presentan los resultados de un estudio de caso en México, realizado como parte de un extenso trabajo de investigación multinacional sobre la actitud de las mujeres pobres con respecto a los atributos de diversos anticonceptivos.⁷ Presentamos los resultados obtenidos de las deliberaciones de 10 grupos focales realizados en Ciudad Juárez, Chihuahua, México.

Métodos

Estudio multinacional

Como parte de un extenso estudio multinacional, se realizaron grupos focales con un total de 576 mujeres de ciudades de diversos países, incluidos Camboya, los Estados Unidos, la India, México, Pakistán, Perú y Sudáfrica. Los coinvestigadores identificaron colectivamente los criterios que debían regir para la participación en los grupos focales antes de la investigación de campo, y prepararon una guía uniforme para los moderadores, los cuales fueron adiestrados en esta técnica de moderación y de observación de las deliberaciones de los grupos focales. En otro lugar se presenta una descripción detallada de la metodología de este estudio multinacional.⁸

Se formularon y ordenaron las preguntas con el propósito de obtener información de las mujeres acerca de los atributos específicos de los anticonceptivos. La guía constaba de cinco partes principales y empleaba diversos estilos de indagación: La Parte 1 evaluaba las características de los antecedentes de la mujer; la Parte 2 estudiaba el nivel de familiaridad y de experiencia personal que tenía la mujer con los diferentes tipos de métodos anticonceptivos; la Parte 3 se concentraba en los métodos “conocidos” y se les preguntaba las razones por las cuales los usaban o no;

Sandra Guzmán García es una investigadora afiliada a la Federación Mexicana de Asociaciones Privadas de Salud y Desarrollo Comunitario (FEMAP), Ciudad Juárez, Chihuahua, México. Cuando se realizó el proyecto en que se basa este artículo, Rachel Snow era profesora adjunta e Iain Aitken era conferenciante, ambos en el Department of Population and International Health, Harvard School of Public Health, Harvard University, Cambridge, Mass., EE. UU. Este proyecto de investigación fue financiado en parte por Cabot Family Charitable Trust, Moriah Fund, Rockefeller Foundation y National Science Foundation Graduate Fellowship. Los autores desean agradecer a Glenn K. Wasek por sus consejos técnicos. También agradecen a Mercy Becerra-Valdivia, Margaret Hoffman, Mamorena Mofokeng, Nazo Kureshy, Star Lancaster, Ritu Sadana y Sagari Singh por sus esfuerzos en el desarrollo de la metodología. Los autores expresan su gratitud a la FEMAP por su colaboración, especialmente a Guadalupe de la Vega y a Enrique Suárez, Consuelo Soto de Flores, Carmen Díaz, Carmen Calvillo y Lucero Chavira, y a todas las promotoras de salud por su hospitalidad en haber permitido realizar las pláticas en sus casas, y a todas las participantes en los grupos. También agradecen a Sofia G. García, Alyssa G. Pérez, Melissa Vásquez, David García y Gonzalo M. García por sus contribuciones a este proyecto.

en la Parte 4 se les solicitaba que describieran las características de su método "ideal"; y en la Parte 5 se les solicitaba a las mujeres que indicaran con qué métodos estaban familiarizadas o si conocían de los diversos tipos que la moderadora había presentado o descrito oralmente.

Marco local mexicano

La mayoría de los métodos anticonceptivos modernos se encuentran disponibles en México en forma gratuita a través del sector público, la fuente principal de aproximadamente el 62% de los usuarios.⁹ Sin embargo, los anticonceptivos inyectables, el implante y el condón femenino no se ofrecen en el sector público; dentro del sector privado, las farmacias son la fuente más popular y a través de ellas, se expende el 22% del total (combinados sectores público y privado) de anticonceptivos.¹⁰ Sin embargo, desde la década de los años 70 las farmacias han ofrecido una amplia gama de anticonceptivos inyectables.^{*11}

Ciudad Juárez se ubica en el estado de Chihuahua, en la frontera de México y Estados Unidos, en un lado del Río Bravo, frente a El Paso, Texas. La zona metropolitana de Ciudad Juárez-El Paso es conocida como área de gran actividad comercial por tener muchas "maquiladoras" (fábricas de empresas multinacionales que emplean mano de obra local), puentes internacionales de gran tráfico, condiciones ambientales pobres y un nivel socioeconómico general de pobreza.¹²

La Federación Mexicana de Asociaciones Privadas de Salud y Desarrollo Comunitario, A. C. (FEMAP)—organización privada de salud y desarrollo comunitario con sede en Ciudad Juárez—colaboró en el estudio. Todas las participantes eran clientes del programa comunitario educativo de salud reproductiva y de distribución de anticonceptivos de la FEMAP.

El costo de los anticonceptivos de fuentes no gubernamentales como FEMAP es con frecuencia sustancialmente más bajo que el de las farmacias locales o de otros proveedores del sector privado. La FEMAP también ofrece métodos gratuitos a las clientes de muy bajos ingresos. En Ciudad Juárez, FEMAP ofrece una variedad de pastillas y condones a través de su programa comunitario de distribución y de la farmacia del hospital que pertenece a la FEMAP, Hospital de la Familia. Otros métodos, tales como los diferentes inyectables y las tabletas o cremas espermicidas, también se encuentran disponibles en la farmacia de FEMAP, al tiempo que los médicos de la FEMAP ofrecen servicios de inserción o extracción del DIU y esteriliza-

ción femenina o masculina en el Hospital de la Familia. Actualmente, la FEMAP no ofrece ni el condón femenino, ni el implante hormonal.

Grupos focales

El grupo objetivo poblacional en Ciudad Juárez, Chihuahua, México, constó de mujeres pobres residentes en zonas urbanas, de 15 a 49 años, con una paridad baja (1-3) o elevada (cuatro o más). Se seleccionaron mujeres de zonas urbanas y no rurales para incrementar la probabilidad de que las participantes hubieran estado expuestas a métodos anticonceptivos modernos.

El personal de FEMAP identificó 10 colonias (barrios de la zona urbana) pobres para reclutar a las participantes para cada grupo focal. Las promotoras comunitarias de salud afiliadas a la FEMAP que residían en estas colonias, identificaron y reclutaron a las participantes de los grupos. Las promotoras trataron de regirse estrictamente a los criterios de selección, aunque resultó difícil hacerlo en algunos casos donde se invitó a mujeres que no reunían los requisitos pero que fueron invitadas por otras mujeres. Se consideró poco cortés rehusarse a que estas mujeres participaran en las discusiones. En consecuencia, si bien algunas participantes sobrepasaban el límite de edad establecido, la gran mayoría aún se encontraba en su período reproductivo. Además, las promotoras asistieron a las sesiones como observadoras y sus comentarios generalmente ayudaron a mantener un ambiente de distensión en la dinámica del grupo.

Participó en el estudio un total de 77 mujeres de 10 colonias y los grupos estuvieron compuestos de entre 5 y 11 participantes. La edad promedio de las participantes era de 30 años (véase el Cuadro 1). Si bien el nivel de educación formal varió ampliamente de acuerdo con el lugar del estudio, solamente el 42% había completado enseñanza primaria (por lo menos seis años de instrucción). La gran mayoría de las mujeres (83%) eran casadas. Entre las 15 mujeres solteras, ocho tenían en ese momento una pareja regular. Las participantes tenían un promedio de 2,9 hijos vivos. Cincuenta y nueve mujeres tenían 0-3 hijos, 17 tenían 4-6 hijos y una mujer tenía más de seis.

Mientras la moderadora (la primera autora) dirigía cada sesión del grupo focal, una

Cuadro 1. Características seleccionadas de las participantes en 10 grupos focales sobre atributos de anticonceptivos, por colonia, Ciudad Juárez, Chihuahua, México, 1994

Colonia	N	Edad promedio	Rango de edad	No. promedio de hijos vivos	% con educación primaria
Todas las mujeres	77	30	15-52	2,9	42
Melchor Ocampo	5	32	20-43	2,3	83
Insurgentes	10	27	16-45	3,0	27
División del Norte	6	31	21-42	2,3	29
Independencia #1	5	40	27-52	4,3	33
Leyes de Reforma	11	30	15-43	3,2	31
La Cuesta	6	32	24-39	3,4	71
Tierra y Libertad	11	27	20-45	2,5	45
Francisco Madero	8	33	20-48	3,1	30
Mirador	6	28	23-37	3,3	57
Azteca	9	32	21-46	2,1	14

asistente observaba y tomaba notas. Las sesiones se realizaron en español y se utilizó una guía traducida, que tomó en cuenta los matices culturales pertinentes y que fue preparada por una persona que había residido toda su vida en esta región fronteriza. Luego de hacer una introducción, la moderadora distribuyó un cuestionario breve sobre las características personales y describió el objetivo del estudio y la metodología a seguir. Se informó a las participantes que la sesión sería grabada por vídeo y se les aseguró la confidencialidad de la misma por medio de un formulario de consentimiento. La moderadora y su asistente analizaron cada sesión el mismo día de su celebración, al tiempo que organizaban y resumían notas y datos de pertenencia.

*Por una variedad de razones, entre ellas los diversos problemas de sangrado y preocupaciones de tipo político, se discontinuó el uso del acetato de medroxiprogesterona (conocido por DMPA) en las clínicas del gobierno a principios de la década de los años 80 (véase C. W. Meade et al.; J. Garza-Flores, P. E. Hall y G. Pérez-Palacios, referencia 18; y comunicación personal, G. Martínez, director médico, Hospital de la Familia, Ciudad Juárez, México, marzo de 1997). Sin embargo, en el momento en que se realizó nuestro estudio, se encontraba disponible el DMPA en las farmacias locales; los inyectables mensuales (con la marca Perlutal y Patector), eran los dos inyectables más fácilmente disponibles. También se encontraban disponibles medias dosis de estos inyectables mensuales, aunque se sabe que interrumpen seriamente el período menstrual (y se ha recomendado un estudio toxicológico para el Perlutal). (Véase R. Recio et al., "Pharmacodynamic Assessment of Dihydroxyprogesterone Acetophenide Plus Estradiol Enanthate as a Monthly Injectable Contraceptive", *Contraception*, 33:579-589; referencia 11; y M. K. Toppozada, "Existing Once-a-Month Combined Injectable Contraceptives", *Contraception*, 49:293-295, 1994.) Si bien algunas participantes indicaron que en las farmacias se encontraban disponibles los inyectables bimensuales de enantato de noretindrona, no pudimos encontrarlos en tres farmacias elegidas al azar. De acuerdo con un estudio realizado sobre la introducción de un nuevo inyectable mensual combinado, Cyclofem, el Programa Nacional de Planificación de la Familia de México lo pondrá a disposición en breve a través del sector público (véase referencia 10). Sin embargo, en el momento en que se condujo el estudio, este método no se encontraba disponible en las farmacias de Ciudad Juárez.

Para lograr la comparación de los diferentes países participantes en el estudio global, los coinvestigadores del estudio multinacional designaron originalmente 15 temas de discusión; además, cada investigador identificó otros temas específicos al país. En el estudio mexicano se identificaron 24 temas y la autora principal designó códigos con colores y marcó las secciones relevantes de la transcripción. Junto con un coinvestigador extranjero independientemente de las transcripciones de las sesiones de cada grupo, información relacionada con cada tema y prepararon resúmenes adicionales sobre cada tema de los 10 grupos de trabajo. Hubo acuerdo casi perfecto entre los resúmenes para cada grupo de estudio.

Debido a que resultó insuficiente el material relevante para algunos temas y se duplicaba el contenido de otros, se consolidaron los 24 temas originales en 13 grupos de cuestiones conexas.

Resultados

Conocimiento y uso

Los métodos con los cuales las mujeres tenían más conocimiento eran evidentemente aquellos que habían experimentado directamente y fueron identificados como “los más utilizados en la comunidad”. Entre ellos se incluyen la pastilla, el DIU y el inyectable mensual. Sin embargo, la mayoría de las mujeres también conocían el condón masculino y la esterilización (femenina y masculina).

Los métodos menos conocidos fueron los métodos femeninos de barrera (el diafragma, el condón femenino, la esponja y la filmina anticonceptiva) y el implante anticonceptivo. Pocas mujeres conocían los métodos naturales del ritmo, temperatura basal y moco cervical, pero algunas sí conocían el retiro y podrían identificarlo como método natural. Si las participantes no conocían un método, se lo presentaba, mostraba y describía. (En el caso del implante se mostraron dibujos.) En un grupo focal, donde pareció que se desconocía particularmente el DIU, también se mostró el aparato y el mecanismo de inserción.

La mayoría de las mujeres habían tomado la pastilla alguna vez o se encontraban haciéndolo en el momento del estudio, y muchas habían usado el inyectable o el DIU. Además, algunas usaban el inyectable o el DIU en el momento de la investigación. Era relativamente limitado el número de mujeres que tenían experiencia en el uso del condón masculino, los espermidas, la esterilización femenina o los métodos anticonceptivos naturales como el ritmo o el retiro. Una mujer indicó que

su marido había sido esterilizado y ninguna manifestó que había usado el implante o un método femenino de barrera. (Resultó evidente durante las discusiones posteriores que las participantes no siempre habían declarado toda su experiencia en materia de anticoncepción durante el período inicial de preguntas formales.)

Atributos preferidos

•*Eficacia del método.* La eficacia del método fue la característica más importante que señalaron las participantes. Siempre fue la primera característica mencionada, fuere cual fuere el tema de discusión—métodos familiares, métodos “ideales” o métodos desconocidos. La pastilla, uno de los métodos más comúnmente utilizados por las participantes, fue considerado el más eficaz y la mayoría de las mujeres la prefería a pesar de la necesidad de tomarla en forma diaria. Algunas estaban especialmente contentas, porque aun si se les olvidaban tomarla “un par de días”; se sentían seguras de que no corrían riesgo de embarazarse.

La percepción y seguridad de eficacia que les daba por “ver la regla” resultó sumamente importante, y la popularidad de la pastilla, los inyectables mensuales y el DIU reflejaron esta percepción. Las participantes manifestaron cierta preocupación por las reglas menstruales que se perdían con las inyecciones de efecto prolongado (bimensuales o trimestrales), porque la mayoría no tenía confianza en la eficacia del método si no veía su regla cada mes.

La eficacia del DIU dio lugar a una serie de relatos conflictivos. En tanto algunas mujeres se sentían muy seguras con respecto al riesgo de quedar embarazadas, otras expresaron su preocupación por los movimientos del DIU en el útero o su total desprendimiento inusitado. Además, algunas mujeres indicaron que conocían amigas que habían quedado embarazadas aun cuando tenían un DIU, y otras cuyos hijos habían nacido con el dispositivo encarnado a su piel.

En las discusiones sobre métodos anticonceptivos desconocidos, tales como los métodos femeninos de barrera, las participantes manifestaron su preocupación con respecto a su eficacia. La respuesta inicial acerca de los métodos de barrera fue predominantemente negativa y todo interés restante fue perdido rápidamente cuando se les indicó que estos métodos no eran completamente seguros. Como señaló una participante, “en eso radica toda la cuestión, necesitamos un método seguro”.

Los métodos de barrera, aparte de otras características, no parecían ser convenientes

debido a que “no se puede confiar de que sean efectivos”. Con respecto al condón masculino, la preocupación sobre su eficacia se concentró en la medida en que el hombre lo use y no en las deficiencias relativas a los condones per sé. También hubo una falta general de confianza en el ritmo debido a su inseguridad, excepto en los casos en que la mujer tiene un ciclo muy regular o, como señaló una participante, entre “mujeres muy puntuales”.

•*Duración de la protección y reversibilidad.* Si bien las participantes no identificaron la duración “ideal” o preferida de la eficacia de un método anticonceptivo, en igualdad de circunstancias, se consideró que los anticonceptivos de larga acción eran mejores que los de duración breve. En este contexto se mencionó al DIU solamente una vez y fue precisamente para notar su ventaja de larga duración en comparación con la pastilla.

En forma similar, mientras las mujeres consideraron que la posibilidad de un sangrado imprevisto o irregular era una razón suficiente para no usar el implante, al mismo tiempo destacaron la conveniencia y lo atractivo que resultaba tener un método efectivo con una duración de cinco años. Como señaló una participante, “pienso que es bueno que dure tanto tiempo, pero sería mejor si no tuviera estos efectos secundarios”. Otra comentó “Si no tuviera estos efectos secundarios, yo me pondría hasta dos para que me protegiera el doble de tiempo, ¡o sea los 10 años!”.

El interés en el período de protección de un método se modificó de acuerdo con la preocupación sobre la posibilidad de revertir la acción del método y sus efectos secundarios cuando así lo desee. Se consideraron más aceptables el DIU y el implante que los inyectables de duración propuesta de tres o seis meses, precisamente por su inmediata reversibilidad. Las mujeres percibieron que los inyectables de acción prolongada significaban dosis más fuertes del medicamento y una mayor probabilidad de efectos secundarios no reversibles. Por la misma razón se prefirió el inyectable mensual en lugar de las recetas de acción prolongada por períodos más extensos.

Asimismo, algunas mujeres indicaron que preferían el implante en lugar de la esterilización debido al carácter reversible del implante en caso que la mujer desee tener hijos antes de un período completo de cinco años. Sin embargo, debido a la relativa dificultad de eliminar las cápsulas fue considerado método “ideal” solamente para las mujeres “de mayor edad” que tenían más seguridad que las jóvenes de

haber completado sus familias.

• *Retorno a la fecundidad.* Se notó bastante preocupación con respecto al retorno a la fecundidad después de haber usado anticonceptivos, especialmente los métodos hormonales. Las participantes querían tener seguridad de que si deseaban continuar procreando podrían hacerlo. Se discutió el caso de cuatro mujeres que no pudieron concebir después de haber usado anticonceptivos. (Dos habían usado la pastilla y otras dos un anticonceptivo inyectable.) Una quinta participante habló de ciertos rumores acerca de la dificultad de quedar embarazada después de haber usado un anticonceptivo inyectable. Sin embargo, en general la pastilla y el DIU recibieron el beneplácito de las participantes por su reversibilidad y facilidad con que una mujer puede concebir después de haber utilizado estos métodos.

• *Secreto y privacidad.* En cuatro de los 10 grupos surgió espontáneamente la necesidad de tener un método que permita a las usuarias mantenerlo en secreto. En la mayoría de los casos las participantes hablaron en forma abstracta de que "algunas mujeres" se beneficiarían si el método tuviera esta característica en caso que "sus parejas" no les permitieran practicar la anticoncepción. Tres mujeres indicaron que sus maridos no les permitían usar ningún método.

Se señaló que el "machismo" llevaba a muchos hombres a oponerse a cualquier método anticonceptivo, si bien las participantes observaron que este hecho no era tan común como en el pasado. En seis grupos hubo consenso general en que el secreto ya no era necesario porque, en general, "hoy en día" los hombres apoyan a las mujeres, y algunos de ellos se preocupan incluso de comprar las pastillas o los inyectables.

En cuatro grupos donde las mujeres identificaron el factor de la discreción como algo importante, se señaló que una actitud generalizada de machismo llevaba al hombre a oponerse obstinadamente a cualquier tipo de anticonceptivo, masculina o femenino. En esta situación, la mujer no tendría otra opción sino practicar la anticoncepción en forma secreta. Sin embargo, en general las mujeres consideraron que no sería difícil "engañar" a sus parejas debido a que, por lo general, los hombres no conocen los diferentes métodos anticonceptivos.

La cuestión de la privacidad surgió espontáneamente en sólo un grupo. Cuando se discutían las características de la esponja, una mujer se refirió con hilaridad al problema que resultaría si sus hijos encontraran la esponja y quisieran saber para qué sirve.

Efectos secundarios

El momento y el nivel de sangrado de la menstruación fueron de fundamental importancia para las participantes del estudio. Si bien su experiencia con la pastilla fue en general positiva, muchas mujeres indicaron que ellas o sus amigas habían experimentado con el DIU sangrados irregulares y más abundantes, y que con los inyectables habían perdido períodos menstruales o éstos habían sido irregulares o tardíos.

Los problemas del sangrado eran mencionados como "los peores tipos de problemas" y varias mujeres dijeron que por esa razón se retiraron el DIU o habían discontinuado el uso de inyectables. En forma similar, en tanto que ninguna mujer había probado el implante anticonceptivo, muchas señalaron rápidamente que el potencial de sangrado irregular de este método era una razón suficiente para no probarlo (a pesar de lo atractivo que resultaba su prolongado período de eficacia). Como señaló una participante, "A mí me parece bien el implante, excepto por lo que usted mencionó de los cambios en la regla—el hecho de que a veces viene, a veces no viene, o hasta viene más frecuentemente. Eso es lo único que no me gusta de este método".

Sin embargo, algunas mujeres estaban preparadas a aceptar cierta cantidad de sangrado o un sangrado irregular a cambio de la conveniencia otorgada por el DIU y el implante en ser altamente eficaces durante un período prolongado. Una mujer que había experimentado sangrados más prolongados cuando tenía un DIU se lo retiraron solamente cuando comenzó a sentir dolores.

Como se señaló anteriormente, la importancia de "ver la regla" se destacó repetidamente como necesario para asegurarse de que no estaban embarazadas. Solamente una persona vinculó las reglas menstruales a la necesidad que tenía el cuerpo de "limpiarse"; para las demás, la cuestión radicaba en el temor de un embarazo no planeado. Como describió una mujer su experiencia con los inyectables, "¡Me volvía loca pensando si estaba embarazada o no!" Otra indicó, "¡Yo necesitaba hacerme una prueba de embarazo todos los meses!"

Aparte de este nivel generalmente bajo de tolerancia con respecto a las irregularidades del sangrado, las mujeres mencionaron otros síntomas y efectos secundarios que consideraron incómodos e indeseables, y que para algunas resultaban totalmente inaceptables. Varias mujeres observaron que las reacciones ante los anticonceptivos era una cuestión muy

personal; típicamente, una mujer prueba diferentes pastillas o inyectables hasta que encuentre una que le satisfaga. La mayoría de las usuarias de pastillas o inyectables habían sufrido efectos secundarios, y el problema de dolores abdominales relacionados con el DIU fue mencionado en seis de los 10 grupos. En realidad, las mujeres rara vez mencionaron que no habían sufrido ningún efecto secundario con cualquier método. Varias dijeron que tolerarían los efectos secundarios de un método durante algunos meses antes de tratar otros métodos y sus correspondientes efectos secundarios.

Muchas usuarias de la pastilla de todas las edades se quejaron de dolores de cabeza (algunas veces severos), malestar general y náuseas o vómitos. Un par de mujeres indicaron que habían optado por pastillas de dosis más baja para aliviar ciertos síntomas, en tanto que otras cambiaron de método completamente (la mayoría adoptó el DIU).

El aumento de peso relacionado con el uso de la pastilla se mencionó en seis grupos. Varias mujeres indicaron que ellas o sus amigas habían sentido más apetito y comían más durante el período de uso de la pastilla. Sin embargo, durante las discusiones no resultó claro si el aumento de peso era sustancial o pequeño, y nadie dejó de usar los anticonceptivos orales debido al aumento de peso. En dos grupos las participantes indicaron que algunas mujeres habían ganado peso mientras otras habían adelgazado; por lo tanto, se consideró que el problema de peso era una cuestión individual. Solamente una mujer se quejó de hinchazón en los pies.

Dos mujeres habían experimentado ansiedad o nervios mientras tomaban la pastilla. En forma similar, las usuarias de inyectables expresaron que habían tenido cambios de carácter, volviéndose más irritables o ansiosas y habían sufrido dolores de cabeza. Un par de mujeres se quejaron de sentirse "mal", un malestar descrito como una constante "presión en la cabeza", debido a la inyección. Una mujer dijo que tenía dolores de cabeza causados por la inyección, los que algunas veces eran tan severas que se ponía ansiosa, impaciente y se molestaba con facilidad.

Las mujeres participantes de tres grupos también mencionaron problemas de "nervios" relacionados a la oclusión de las trompas de Falopio, frecuentemente comentando que la propensión a este tipo de ansiedad estaba vinculado con una edad joven a someterse al procedimiento. Se advirtió a las mujeres menores de 25 años de no recurrir a este procedimiento

precisamente por esta razón. Dos mujeres indicaron que sus amigas o médicos les habían prevenido que se esterilizaran porque podrían quedarse "histéricas" o "locas". Sin embargo, algunas mujeres que se habían esterilizado comentaron sobre su experiencia y aseguraron a las demás que no habían experimentado ni "locura" ni estados de "histeria".

Métodos de barrera

Generalmente, los comentarios más negativos se reservaron para los métodos femeninos de barrera, aun cuando las participantes tenían muy poca experiencia y conocimientos de los mismos. Por ejemplo, las mujeres manifestaron que estos métodos les resultaban desagradables porque eran menos eficaces que los métodos hormonales más conocidos. Además, las participantes consideraron que todos los métodos de barrera que se presentaron y discutieron eran inconvenientes debido a la dificultad para su inserción y remoción, y por la molestia de tener que tirar los condones femeninos y esponjas y de limpiar y guardar los diafragmas. Con el diafragma surgieron preocupaciones adicionales acerca de la necesidad de ser ajustado por un médico, de ser colocado y mantenido debidamente en la vagina, y de quedar desapercibido por la pareja.

Durante las discusiones sobre el condón femenino, surgió más frecuentemente que con otro método femenino de barrera la cuestión de la aceptabilidad por parte del hombre. Muchas mujeres expresaron que la mayoría de los hombres rechazarían su uso por las mismas razones que evitaron el uso de los condones masculinos. Como señaló una participante, "Si el hombre no quiere usar el condón, menos querrá usar el condón femenino aun cuando sea algo que la mujer se inserta".

Las tabletas vaginales y otros espermicidas parecían ser los métodos de barrera menos problemáticos. Sin embargo, la mayoría de las mujeres los perciben como desagradables y en tres de los grupos focales las participantes expresaron espontáneamente su rechazo a tener que tocarse para insertar el anticonceptivo. A pesar de que todos los métodos femeninos de barrera podrían insertarse antes del coito, a la mayoría de las mujeres no les gusta el hecho de que podría eventualmente interrumpir la intimidad del momento. Apparentemente, en esta comunidad es difícil prever el momento en que tendrán relaciones sexuales y no se puede depender de que el hombre tenga paciencia mientras la mujer se prepara para el acto.

Métodos masculinos

En la mayoría de los grupos, las mujeres tenían poca experiencia con los condones masculinos, principalmente debido al consenso de que a los hombres no les agrada este método y se muestran renuentes a usarlo. Como señaló una mujer, el uso del condón "no es nuestro problema, es el de ellos. Si ellos quieren usarlo, si nos quieren proteger contra el embarazo, es totalmente la decisión de ellos". Según las participantes, los hombres se quejaban por la pérdida de sensación y decían que "¡es como chupar un dulce con papel y todo!" o también "¡no hay necesidad de usar una máscara!" Si bien las mujeres reconocieron que sus parejas sabían que el condón los protegía contra enfermedades de transmisión sexual (ETS), se adelantaron en señalar que tener conocimiento de esta ventaja no aumentaba necesariamente el deseo del hombre de usar este método. Sin embargo, varias participantes y un par de promotoras especulaban de que mientras los hombres no usaban condones con sus esposas, probablemente lo hacían con otras mujeres.

La mayoría de las mujeres reconocían el hecho de que el condón no tiene ninguno de los efectos secundarios que presentan los anticonceptivos hormonales, y que ofrece protección contra las ETS. Sin embargo, las mujeres que habían utilizado este método generalmente expresaron su insatisfacción por lo poco natural o "raro" que se sentía y olía, y solamente un par de mujeres aseveró que la sensación física era igual con o sin condón. Algunas mujeres también expresaron su preocupación porque el uso del condón requiere interrumpir el coito, y será posible que su pareja perdería la erección.

De las pocas mujeres que indicaron que sus parejas usaban condones en forma regular, todas manifestaron su felicidad porque ellos habían tomado la responsabilidad de la anticoncepción. Sin embargo, una mujer de más edad, cuyo esposo había usado condones durante varios años cuando ésta era la única opción, describió la ansiedad que tenía por tener que depender completamente de él y notó que había quedado embarazada demasiado pronto.

La mitad de los grupos discutieron sobre otros métodos masculinos. Si bien en dos grupos se consideró que el método ideal era la vasectomía, en un grupo se observó que el hombre se resistía mucho a someterse a este procedimiento y en otro grupo se acordó sobre la necesidad de educar más a los hombres sobre el hecho de que la vasectomía no atenta contra su virilidad. Cuatro grupos indicaron que deseaban disponer de un mayor número de

métodos para el hombre, y varias mujeres expresaron: "¿Porqué es que los científicos no hacen métodos para los hombres?" Las participantes estuvieron de acuerdo en que un nuevo método masculino debería ser fácil de usar porque "los hombres son tan difíciles de convencer". Las participantes supusieron que una pastilla que se tome una sola vez o una inyección similar que ofrezcan protección durante un período prolongado, serían los métodos más atractivos para los hombres.

Problemas de distribución de servicios

En forma abrumadora, la queja más común acerca de la entrega de servicios fue relacionada con la inserción y extracción del DIU. En nueve de los 10 grupos focales, las mujeres hablaron sobre los rumores o experiencias personales con la inserción sin su consentimiento del DIU durante el postparto, o sobre los problemas con los proveedores que se rehusaban a sacarles el dispositivo cuando se les solicitaban. Entre las 24 mujeres que alguna vez habían utilizado un DIU, cinco dijeron que se les había insertado el método sin su consentimiento, y dos mujeres manifestaron que tuvieron que discutir e insistir con los proveedores para que les retiraran el DIU. El Instituto Mexicano de Seguro Social fue el organismo más mencionado al respecto.

Sin embargo, rara vez se quejaron las mujeres de otros proveedores. Había métodos anticonceptivos disponibles de varias fuentes y las mujeres no tenían dificultad en obtenerlos. La mayoría se sintieron cómodas en obtener sus métodos de las promotoras en quienes confiaban; en realidad, muchas de las mujeres que compraban anticonceptivos inyectables les solicitaban a las promotoras que se los administraran. Las mujeres indicaron que les resultaban muy accesibles los anticonceptivos en las farmacias, donde no se requiere una receta médica. Se discutió poco sobre el tema del costo de los anticonceptivos, y únicamente una mujer expresó que no podía afrontar el costo de una inyección mensual.

Información errónea

A lo largo de las deliberaciones resultó evidente la presencia de información errónea en general o malentendidos con respecto a los anticonceptivos y su uso adecuado. Algunas mujeres mencionaron que cuando comenzaron a usar la pastilla estaban inseguras sobre la forma en que debían tomarla. Asimismo, muchas mujeres desconocían los problemas comunes del sangrado relacionado con el uso de la pastilla, así

como la ocurrencia de reglas mensuales más ligeras y sangrados ocasionales. Por ejemplo, una mujer quedó embarazada después de tomar sólo la mitad del paquete y de abandonar el uso, porque había comenzado a notar manchados en la mitad del ciclo y creyó que se le había adelantado la regla. Su reacción sugiere que muchas de las mujeres infieren de la experiencia de tomar una pastilla diaria para percibirla como un método que ofrece una protección diaria en vez de mensual. Otro ejemplo de este error de percepción se demostró cuando una promotora expresó que había aconsejado a las mujeres a tomar la pastilla en la noche antes que llegara su pareja del trabajo, en caso que éste decidiera mantener relaciones esa noche.

Las mujeres tenían poco conocimiento técnico sobre varios métodos. Por ejemplo, la mayoría de ellas nunca habían visto un DIU, no tenían conocimiento de cómo funcionaba este dispositivo y no comprendían cómo se lo aseguraba. En forma similar, si bien algunas mujeres se habían sometido a la esterilización, otras se mostraron confundidas sobre la diferencia fisiológica entre una oclusión de trompas y una histerectomía.

Con respecto al implante, algunas mujeres no comprendían cómo la inserción de cápsulas de progesterona en los brazos podría afectar los órganos reproductivos. Sin embargo, esta cuestión sobre la cercanía de un método al sistema reproductivo no surgió con el anticonceptivo inyectable, porque la mayoría de las mujeres no dudaban sobre la forma en que funcionaban los inyectables, y éstas tenían conocimiento de la disponibilidad de inyecciones de uno, dos y tres meses de protección.

El aborto

Las percepciones de las mujeres sobre el aborto inducido como un "método" fueron examinadas en la parte inicial de las deliberaciones, cuando la moderadora intentó distinguir entre métodos conocidos y desconocidos. Cuando se les preguntaron, "¿Qué les parece el aborto como método anticonceptivo? ¿Es algo que se ve en esta colonia?", con frecuencia las participantes se quedaron con una mirada en blanco mientras meneaban sus cabezas silenciosamente en desaprobación. Después de un momento de extraño silencio, inevitablemente alguien decía algo y comentaba: "Aquí no se ve eso con mucha frecuencia, pero en otras comunidades más alejadas, tal vez sí lo vea...(pausa)...No, no se ve".

Entre algunas de las respuestas típicas se oyó "No es un problema tan grande como hace algunos años, precisamente

por la mayor disponibilidad de servicios de planificación familiar"; y "Sí, algunas veces ocurre, pero la mayoría son casos de madres solteras. Lo que pasa es que se desesperan y recurren al aborto". (En México, el aborto es ilegal excepto en casos de violación, incesto o cuando pelagra la vida de la mujer.¹³)

Sexualidad

Las relaciones sexuales y la sexualidad no fueron el tema central de esta investigación, aunque esta cuestión surgió indirectamente en varios contextos, y con la mayor frecuencia cuando se discutió el uso del condón y de los métodos de barrera.

Las participantes discutieron abiertamente o aludieron a sus parejas o al "hombre" en general cuando hablaban sobre sus propias preferencias con respecto a las características de los anticonceptivos. Si bien la gran mayoría de las mujeres se consideraban ellas mismas como las encargadas de tomar la decisión, las opiniones y puntos de vista del hombre no fueron tomados en forma ligera. Por ejemplo, algunas mujeres señalaron que a veces los hombres expresaban su preocupación acerca del uso de condones, más allá del problema de la pérdida de sensación: "Ellos dicen que no se sienten como hombres cuando los usan". Si bien las mujeres frecuentemente hicieron estos comentarios en tono de broma, se notó que valoraban la opinión de sus parejas. También manifestaron que su pareja podría mostrarse muy poco comprensivo acerca de la necesidad de interrumpir el momento de intimidad para insertarse el condón femenino o algún otro tipo de método de barrera. Con mucha naturalidad una mujer preguntó: "¿Qué debe uno decirle a su esposo? ¿Quítate y espera unos minutos hasta que esté lista?"

El tema de la sexualidad también surgió en forma de alusiones al potencial del hombre a mantener una conducta promiscua. A muchos hombres se les imputó el cargo de "vagos", que estaban "siempre en la calle". Como manifestó una mujer, "Mira, a los hombres, usted sabe, les gusta tener su propia sombra y alberca, pero luego quieren ir a meterse en la alberca de alguien más, y yo no quiero que me anda trayendo infecciones de otras albercas a la mía". Con frecuencia, comentarios de este tipo fueron recibidos con risas y aprobación general. Ninguna mujer mencionó específicamente que su marido o pareja era un "vago", pero estos relatos de promiscuidad surgían en las discusiones sobre las relaciones sexuales.

La sexualidad también surgió cuando

se discutió sobre los riesgos de contraer las ETS. Las mujeres reconocieron que la mayoría de los hombres sabían que ciertas infecciones y enfermedades se podrían contraer por vía sexual. Asimismo, las mujeres estaban al tanto de que si sus parejas eran infieles, también ellas estaban potencialmente en riesgo de contraer una ETS.

Sin embargo, este hecho no garantizaba que los hombres se protegieran usando condones con "otras relaciones" o que las propias mujeres insistieran en usar un condón con su pareja. En un grupo una mujer manifestó: "Ellos saben, pero eso no importa, de todos modos no los usan [condones]". Otra agregó: "Además nosotras no los forzamos a usar condones. Quizás si fuéramos un poquito más exigentes ellos no tendrían otra opción más que usarlos". Finalmente, una tercera mujer comentó: "Yo pienso que si tratamos de forzarlos a que usen condones, ellos no van a querer tener más relaciones sexuales con nosotras. Y eso es todo".

Análisis

De acuerdo con las discusiones de los grupos focales, la eficacia de los métodos, el sangrado regular mensual (en parte como prueba de la eficacia) y la ausencia de efectos secundarios fueron las tres consideraciones más importantes que determinaron la popularidad de los métodos, siendo la eficacia su más deseado atributo.

Estos resultados son en general coherentes con los obtenidos en dos estudios previos realizados en México.¹⁴ Un estudio, realizado en una zona semirural indígena hacia fines de la década de los años 70, identificó a la eficacia de los anticonceptivos y a las expectativas de los efectos secundarios como los atributos más significativos que influyen en la aceptabilidad de los métodos.¹⁵ Otro estudio, llevado a cabo en la misma época por Folch-Lyon y colegas, se basó en las discusiones de grupos focales en diferentes partes de México, así como en una encuesta representativa a nivel nacional urbana y semiurbana entre hombres y mujeres. En ese estudio, la mayoría de los entrevistados asignaron al peligro que puede representar un método para la salud y la eficacia de un método como los dos atributos más importantes, y la eficacia ocupó el segundo lugar.¹⁶ En realidad, en el momento de realizarse la última encuesta, los métodos que se consideraba que ponían en mayor peligro la salud de la mujer eran los más populares en nuestro estudio—la pastilla, los inyectables y el DIU.

Estos resultados contradictorios ponen de relevancia dos cuestiones. Primero, en

el cuestionario preparado por Folch-Lyon, se les solicitó a las entrevistadas que ubicaran en orden de prioridad la ausencia de peligro a la salud y la eficacia de los métodos; en nuestro estudio, no les solicitamos a las mujeres que colocaran los atributos en orden de importancia. Segundo, en los dos estudios las mujeres identificaron tipos muy diferentes de amenazas a la salud. En el estudio realizado a fines de los años 70, por ejemplo, las participantes mencionaron los nervios, deformaciones congénitas y el cáncer como potenciales efectos secundarios de los métodos; en nuestro estudio, por otro lado, la mayor parte de las quejas se relacionó con efectos secundarios sistémicos menos serios, relacionados con los métodos hormonales. (Solamente tres mujeres mencionaron el cáncer y la infertilidad como consecuencias potencialmente serias atribuidas al uso de hormonas durante un período prolongado.) La diferencia del nivel de preocupación de la mujer puede reflejar cambios que se han producido a través del tiempo con respecto a la percepción de la relativa seguridad de estos métodos.

En nuestro estudio, los efectos secundarios de "problemas de sangrado e irregularidades" fueron los aspectos menos tolerables y la amenorrea la menos aceptable de todas. Esta aversión a los problemas de sangrado es coherente con los resultados obtenidos en numerosos estudios llevados a cabo en México y en otros países.¹⁷ Además, en varias pruebas clínicas conducidas en México de inyectables de acción prolongada (tales como el DMPA y el enantato de noretindrona), la amenorrea surgió como la razón más importante para discontinuar un método.¹⁸ También fue la amenorrea la razón fundamental para discontinuar el uso de un método según un estudio realizado entre mujeres residentes de zonas rurales en seis estados mexicanos, hacia mediados de los años 80.¹⁹

Según nuestro estudio, la amenorrea relacionada con los inyectables de acción prolongada, tales como el DMPA, es un serio obstáculo, aun cuando éste es un efecto secundario previsto y comprendido. En tanto que otros estudios han concluido que el interés en tener períodos regulares reflejan, en gran medida, las creencias culturales de que el cuerpo necesita "purificarse" o expedir la "sangre floja",²⁰ las mujeres en Ciudad Juárez destacaron la necesidad de tener una menstruación regular para asegurarse de que no estaban embarazadas. En realidad, la razón fundamental por la cual la mujer prefiere los inyectables mensuales en lugar de los de acción prolongada es que prefiere tener

los períodos mensuales en forma regular.

Si bien las participantes expresaron que creen que las inyecciones de acción prolongada son eficaces, en la práctica la experiencia de la amenorrea les hacía desconfiar del método. Si tienen la opción, muchas mujeres se cambian a un método que les permite tener una menstruación normal y mensual. En forma similar, en tanto que muchas mujeres se mostraron interesadas en la eficacia a largo plazo del implante, casi todas se sintieron desalentadas debido a que este método podría producir períodos menstruales imprevisibles e irregulares.

Al comparar nuestros resultados con los trabajos de investigación llevados a cabo en México hacia fines de los años 70, se observa que está cambiando la actitud del hombre con respecto a las cuestiones de planificación familiar.²¹ La mayoría de las mujeres de nuestro estudio observó que la actitud del hombre con respecto al número de hijos y a las responsabilidades en la toma de decisiones en cuestiones de anticoncepción, parece estar evolucionando. La mayor parte de las participantes manifestó que la mayoría de los hombres "hoy en día" se muestran más proclives que sus antepasados a aceptar la necesidad de planificar la familia. En realidad, varias mujeres en relaciones de apoyo con sus parejas mencionaron que las decisiones relativas a la fecundidad eran mutuamente consideradas y acordadas, y que sus parejas frecuentemente demostraban su apoyo adquiriendo ellos mismos los anticonceptivos.

Al mismo tiempo, las mujeres de Ciudad Juárez reconocieron claramente que ellas tenían la mayor responsabilidad de regular su fecundidad. A pesar del progreso alcanzado con respecto a la actitud del hombre, las mujeres se mostraron cautelosas acerca del uso de métodos que podrían potencialmente interrumpir las relaciones sexuales. Es evidente que la actitud del hombre sobre el uso de un método determinado surgió constantemente a lo largo de las deliberaciones. Como se observó en las discusiones sobre métodos de barrera, si bien el hombre ahora puede acordar en principio en planificar la familia, es probable que no esté dispuesto a la incomodidad que requiere el uso de algunos métodos.

Nuestro uso de la metodología de grupos focales nos permitió involucrar a la mujer mexicana en un intercambio estructurado y al mismo tiempo, libre y fluido, con respecto a sus preferencias por ciertos atributos de anticonceptivos. Evidentemente, estas discusiones revelan y ofre-

cen una rica información narrativa que, a su vez, ofrece un panorama sobre la forma en que la mujer percibe una variedad de atributos de los métodos y la manera en que responde a las cuestiones conexas.

Mientras varias de estas observaciones son coherentes con resultados logrados en estudios anteriores, las diferencias significativas que emergen destacan el hecho de que la formación de las actitudes, opiniones y preferencias personales reflejan procesos dinámicos y no estáticos. Tres importantes campos parecen conformar las actitudes y preferencias de estas mujeres—la situación doméstica y las relaciones conyugales, las interacciones con los proveedores de servicios, y las preocupaciones personales de la salud. Nuestro estudio destaca el valor que tiene el monitoreo futuro del desarrollo de los intereses y necesidades del hombre y la mujer en materia de tecnología de anticonceptivos.

Referencias

1. J. Martínez-Manautou, ed., *The Demographic Revolution in Mexico: 1970–1980*, Instituto Mexicano de Seguro Social, México, D. F., 1982; y Population Reference Bureau (PRB), *World Population Data Sheet of the Population Reference Bureau: Demographic Estimates for the Countries and Regions of the World*, Washington, D. C., EE. UU., 1996.
2. F. Alba y J. E. Potter, "Population and Development in Mexico Since 1940: An Interpretation", *Population and Development Review*, 12:47–75, 1986; y PRB, *World Population Data Sheet of the Population Reference Bureau: Demographic Data and Estimates for the Countries and Regions of the World*, Washington, D. C., EE. UU., 1995.
3. Consejo Nacional de Población (CONAPO), *Situación de la Planificación Familiar en México. Indicadores de Anticoncepción*, México D. F., 1994.
4. S. A. Cohen y C. L. Richards, "El Consenso en El Cairo: Población, Desarrollo y la Mujer", *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 1995, págs. 22–28; G. Sen, A. Germaine y L. C. Chen, eds., *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment, and Rights*, Harvard School of Public Health, Boston, Mass., EE. UU., 1994; y A. Jain, "Implementing the ICPD's Message", *Studies in Family Planning*, 26:296–298, 1995.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS), Programa Especial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores Sobre Reproducción Humana (HRP), Task Force on Psychosocial Research in Family Planning, "Acceptability of Drugs for Male Fertility Regulation: A Prospectus and Some Preliminary Data", *Contraception*, 21:121–134, 1980; E. Folch-Lyon, L. de la Macorra y B. S. Scheerer, "Focus Group and Survey Research on Family Planning in Mexico", *Studies in Family Planning*, 12:409–432, 1981; M. G. Shedlin y P. E. Hollerbach, "Modern and Traditional Fertility Regulation in a Mexican Community: The Process of Decision Making", *Studies in Family Planning*, 12:278–296, 1981; "The Female Condom Tested", *AIDS Prevention Exchange*, 4:6, 1992; y M. Steiner et al., "Aceptabilidad de la Pírcula Anticonceptiva y de las Tabletas de Espuma Anticonceptiva Entre las Mujeres en Tres Países", *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 1996, págs. 23–27.
6. M. Steiner et al., 1996, op. cit. (véase referencia 5); y "The Female Condom Tested", 1992, op. cit. (véase referencia 5).
7. R. Snow et al., "Investigating Women's Preferences

for Contraceptive Technology: Focus Group Data from 7 Countries"; *Reproductive Health Matters*, en imprenta.

8. *Ibid.*

9. Dirección General de Planificación Familiar, Secretaría de Salud e Institute for Resource Development/Macro Systems, *México: Encuesta Nacional Sobre Fecundidad y Salud, 1987*, México D. F. y Columbia, Md., EE. UU., 1989.

10. P. E. Hall, OMS Task Force on Research on Introduction and Transfer of Technologies for Fertility Regulation, HRP, "The Introduction of Cyclofem into National Family Planning Programs: Experience From Studies in Indonesia, Jamaica, Mexico, Thailand and Tunisia", *Contraception*, **49**:489-507, 1994; comunicación personal con D. Hernandez, CONAPO, México D. F., nov. de 1995; comunicación personal con P. E. Hall, HRP, OMS, Ginebra, dic. de 1995; y Dirección General de Planificación Familiar, 1989, op. cit. (véase referencia 9).

11. L. Liskin y R. Blackburn, "Injectables and Implants", *Population Reports*, Series K, No. 3, 1987, págs. 58-87.

12. L. N. Nickey, "US-Mexico Border Health and Environmental Issues", testimonio presentado ante el Congreso de los Estados Unidos y la legislatura del estado

de Tejas, Washington, D. C., EE. UU., 15 de enero, 1994.

13. J. M. Paxman et al., "The Clandestine Epidemic: The Practice of Unsafe Abortion in Latin America", *Studies in Family Planning*, **24**:205-226, 1993.

14. E. Folch-Lyon, L. de la Macorra y B. S. Schearer, 1981, op. cit. (véase referencia 5); y M. G. Shedlin y P. E. Hollerbach, 1981, op. cit. (véase referencia 5).

15. M. G. Shedlin y P. E. Hollerbach, 1981, op. cit. (véase referencia 5), pág. 287.

16. E. Folch-Lyon, L. de la Macorra y B. S. Schearer, 1981, op. cit. (véase referencia 5).

17. *Ibid.*, pág. 418; OMS, Task Force on Psychosocial Research in Family Planning, HRP, "A Cross-Cultural Study of Menstruation: Implications for Contraceptive Development and Use", *Studies in Family Planning*, **12**:3-16, 1981; M. G. Shedlin y P. E. Hollerbach, 1981, op. cit. (véase referencia 5); G. Zetina-Lozano, "Menstrual Bleeding Expectations and Short-term Contraceptive Discontinuation in Mexico", *Studies in Family Planning*, **14**:127-133, 1983; C. A. Petta, R. Amatya y G. Farr, "Clinical Evaluation of the TCu 380A IUD at Six Latin American Centers", *Contraception*, **50**:17-25, 1994; y N. J. Rosenberg, M. S. Waugh y T. E. Meehan, "Use and Misuse of Oral Contra-

ceptives: Risk Indicators for Poor Pill Taking and Discontinuation", *Contraception*, **51**:283-288, 1995.

18. OMS, Task Force for the Regulation of Fertility, HRP, "Multinational Comparative Clinical Trial of Long-Acting Injectable Contraceptives: Norethisterone Enanthate Given in Two Dosage Regimes and Depot-medroxyprogesterone Acetate: A Preliminary Report", *Contraception*, **25**:1-11, 1982; C. W. Meade et al., "A Clinical Study of Norethisterone Enanthate in Rural Mexico", *Studies in Family Planning*, **15**:143-148, 1984; y J. Garza-Flores, P. E. Hall y G. Perez-Palacios, "Long-Acting Hormonal Contraceptives for Women", *Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*, **40**:697-704, 1991.

19. C. W. Meade et al., 1984, op. cit. (véase referencia 18).

20. OMS, Task Force on Psychosocial Research in Family Planning, HRP, 1981, op. cit. (véase referencia 17); M. G. Shedlin y P. E. Hollerbach, 1981, op. cit. (véase referencia 5); y R. Snow et al., en imprenta, op. cit. (véase referencia 7).

21. E. Folch-Lyon, L. de la Macorra y B. S. Schearer, 1981, op. cit. (véase referencia 5); y M. G. Shedlin y P. E. Hollerbach, 1981, op. cit. (véase referencia 5).