

**PROGRAMA DE FORMACION EN POBLACION Y DESARROLLO
CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA-CELADE**

**PLANIFICACION FAMILIAR Y ANTICONCEPCION
Estudio de las modificaciones en el comportamiento anticonceptivo
en una población del área norte de Santiago-Chile**

Elaborado por: Marcela Ferrer Lues

Docente Guía: Hugo Corvalán

Santiago, noviembre de 1992.

INDICE

Introducción	1
Cap.I. Planificación familiar y comportamiento anticonceptivo	2
Cap.II. Algunos antecedentes sobre planificación familiar en Chile	10
Cap.III. Comportamiento reproductivo y anticoncepción: de la reparación o indiferencia hacia la prevención	16
III.1 Comportamiento reproductivo y sociedad	16
III.2 Patrón ideal de familia y fecundidad efectiva	19
III.3 Regulación consciente de la fecundidad: variables facilitadoras	22
Cap.IV. Aspectos Metodológicos	29
IV.1 Operacionalización de variables	29
IV.2 Plan de análisis de la información	37
IV.3 Selección de los casos y tamaño muestral	38
Cap.V. Análisis	40
V.1 Comportamiento anticonceptivo	40
V.2 Comportamiento anticonceptivo y factores socioeconómicos	45
V.3 Comportamiento anticonceptivo y factores demográficos	50
V.4 Comportamiento anticonceptivo y factores psicosociales	60
Cap.VI.Síntesis y consideraciones finales	69
Bibliografía	75
Anexo:cuestionarios	77

INTRODUCCION

El presente trabajo está orientado a la búsqueda de los principales factores que actúan como determinantes en la modificación del comportamiento anticonceptivo. Para cumplir con este objetivo se analizaron los cambios producidos en la utilización de métodos anticonceptivos, producto de una intervención en Planificación Familiar en una población del Area Norte de la ciudad de Santiago.

Más que una evaluación de la efectividad del programa, que por cierto excede a los límites de este trabajo, la investigación estuvo orientada a la comparación entre las mujeres que cambiaron su comportamiento anticonceptivo y las que no lo hicieron.

Los resultados que se presentan en las siguientes páginas sólo corresponden a la población estudiada y por tanto no son generalizables a otras poblaciones. Sin embargo, sirven de base para esclarecer algunos factores que deben ser considerados por un programa de planificación familiar que no sólo pretenda ser efectivo, sino que también busque una modificación de carácter más permanente en el comportamiento anticonceptivo.

El trabajo está dividido en cinco capítulos. El primer capítulo explica detalladamente el contexto y propósitos planteados en esta investigación. El segundo capítulo proporciona una breve descripción de los principales aspectos de planificación familiar en Chile, con algunos referentes Latinoamericanos. El tercer capítulo establece los principios teóricos que guían el análisis: se plantea aquí la existencia social de una conciencia reguladora de la reproducción. Los capítulos cuarto y quinto corresponden a los resultados y análisis encontrados en la población estudiada. Especialmente, el último capítulo resume de manera bastante sintética las principales características de esta investigación, sus principales hallazgos y sus proyecciones.

Finalmente, es necesario señalar que la realización de este estudio no hubiese sido posible sin la valiosa colaboración del Doctor Ramiro Molina, investigador principal del proyecto "Prevención del embarazo en mujeres con alto riesgo de aborto", el cual sirve de base para este trabajo. Vayan para él y para el personal del Centro de Medicina Reproductiva de la Adolescente de la Universidad de Chile que él dirige, los más sinceros agradecimientos.

CAPITULO I. PLANIFICACION FAMILIAR Y COMPORTAMIENTO ANTICONCEPTIVO

El comportamiento reproductivo se presenta en la actualidad como un fenómeno casi totalmente modificable por vía humana. La ciencia moderna ha desarrollado métodos que, con las excepciones de cualquier regla general, permiten controlar la fecundidad de cualquier mujer o pareja que lo desee.

A diferencia de otros países de América Latina y el resto del mundo, Chile se caracteriza por mantener un patrón reproductivo que privilegia un tamaño menor de familia, lo que sin duda está asociado a la utilización generalizada de una serie de mecanismos de control de la fecundidad, destinados tanto a la evitación de la concepción como del embarazo. Esto comenzó a manifestarse a partir del segundo quinquenio de la década de los sesenta. Es en este período que la tasa global de fecundidad de las mujeres chilenas, que en términos simples expresa el número promedio de hijos que tendría una mujer al final de su vida fértil (49 años), desciende desde 5.1 hijos por mujer a 2.7 hijos en la actualidad.

Diversas interpretaciones se han señalado para explicar el descenso de la fecundidad en Chile¹. Se ha observado que el nivel, el inicio al descenso y la magnitud de la caída de la fecundidad han sido diferentes según educación, estrato socioocupacional y contexto geográfico: el inicio del descenso de la fecundidad se aprecia en mujeres pertenecientes a las categorías de educación más altas, a los estratos alto y medio y a los residentes en centros urbanos. A partir de 1965 *"todos los sectores se incorporan a un descenso sostenido y acelerado"* (INE-CELADE, 1989: 138).

Fuera de la constatación de diferencias de orden principalmente socioeconómico en el inicio de la transición de la fecundidad en Chile, lo relevante surge a partir de la generación y posterior difusión de un patrón reproductivo que se origina en tales grupos y se difunde al

¹ Un análisis en profundidad se encuentra en González y otros (1978): *Estrategias de desarrollo y transición demográfica: el caso de Chile*. CELADE, Santiago.

conjunto de la sociedad. La legitimación social de este patrón reproductivo hizo posible que paulatinamente las mujeres -vía su internalización- comenzaran a regular de manera consciente su fecundidad.

Como toda medida resumen, la fecundidad actual de las mujeres chilenas no agota la diversidad de procesos y experiencias de vida que la han producido, como tampoco agota la representación y características particulares que asume actualmente en determinados grupos y sectores de la sociedad. Adicionalmente no se puede suponer que la tasa global de fecundidad, en su totalidad, sea expresión de la fecundidad deseada y por tanto producto de una acción voluntaria y racionalmente planificada. Una medida indirecta de esto la proporciona la constatación de la utilización del aborto inducido como método de regulación de la fecundidad.

La ilegalidad del aborto inducido en Chile impide obtener cifras que reflejen exactamente su incidencia. Sin embargo, estimaciones efectuadas en la década de los sesenta señalaban la relación un aborto por cada dos embarazos de término. Para 1987 Requena (1990a) estima que en el país se producirían alrededor de 175.000 abortos inducidos al año: de cada cinco embarazos que se producen en Chile, dos terminan en aborto inducido².

La difusión del uso de métodos anticonceptivos ha sido la alternativa a la legalización del aborto en aquellos países, entre ellos Chile, que lo definen como ilegal. Es precisamente en nuestro país donde el inicio de los programas de planificación familiar a nivel gubernamental en la década de los sesenta se fundamentan en la alta incidencia del aborto inducido, la morbi-mortalidad materna asociada a él y el derecho de la mujer a regular su fecundidad. Estos programas fueron interrumpidos en 1973 y lo más probable es que desde entonces hayan cambiado tanto los determinantes del aborto inducido como el perfil de la mujer de más alto riesgo, producto de los profundos cambios económicos, sociales y políticos que experimentó el país. Las hospitalizaciones por aborto presentan un descenso

² un detalle del procedimiento que guía esta estimación se encuentra en Requena 1990a: 37-39.

sostenido desde 1965, al mismo tiempo que aumentó el número de usuarias de métodos anticonceptivos desde esa misma época. Sin embargo, el primero no representa un buen indicador de la incidencia del aborto inducido ya que puede estar señalando un mejoramiento de las técnicas abortivas o lo que se ha denominado "profesionalización del aborto".

Considerado como problema de salud pública, la disminución del aborto inducido se convierte en un objetivo deseado y deseable para la mayoría de los países que lo sufren. Considerado como problema de derechos humanos la existencia del aborto inducido se plantea tanto como una violación del derecho de todo ser humano a la vida, como una violación del derecho de toda mujer a decidir el momento de tener un hijo. Es frente a este último aspecto que el acceso al conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos se convierte en un derecho inalienable de toda mujer, independientemente de la magnitud de la incidencia del aborto inducido. Su relación con la posibilidad de disminución del aborto inducido, sin embargo, no ha sido directa: *"..el uso cada vez más frecuente de anticonceptivos no ha producido la disminución esperada. En los países donde el aborto es legal -y en consecuencia su incidencia es conocida- a pesar de la oferta eficiente de anticonceptivos, éste no ha disminuído"* (Requena 1990a:20-21). Si bien esta constatación tiene raíces profundas que indican que la sola oferta de anticonceptivos no basta para producir una disminución considerable de la práctica del aborto inducido, no invalidan la planificación familiar como alternativa viable en contextos ampliamente restrictivos hacia la práctica del aborto como el que existe actualmente en nuestro país. Sugiere sin embargo que la aceptabilidad de la utilización de un método anticonceptivo pasa por un proceso que va más allá del simple ofrecimiento masivo.

En el contexto de programas de planificación familiar como alternativa para la disminución del aborto inducido, en 1988 el Doctor Ramiro Molina inició el desarrollo del proyecto "Prevención del Embarazo en Mujeres con Alto Riesgo de Aborto", junto a un equipo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, en tres poblaciones del área norte de la ciudad de Santiago: Pincoya, Cortijo y Quinta Bella. Este proyecto, apoyado técnica y

financieramente por el Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Entrenamiento en Investigación en Reproducción Humana de la Organización Mundial de la Salud, buscaba la comprobación de la siguiente hipótesis (Molina 1990) : **"Un programa de prevención de embarazos en mujeres con alto riesgo de aborto disminuye significativamente las tasas de abortos clandestinos"**. Se pretendía además dar respuesta a tres preguntas básicas: a) ¿es posible detectar mujeres con alto riesgo de aborto a través de un instrumento predictivo de fácil aplicación?; b) ¿es posible prevenir significativamente el aborto inducido ilegal en estos grupos de alto riesgo provocado?; c) ¿qué otros cambios ocurren con el aborto inducido y el uso de métodos anticonceptivos como consecuencia de programas dirigidos?. Para responder a estas preguntas el diseño de la investigación consideró tres fases.

Una primera fase correspondió a un estudio retrospectivo, utilizando como instrumento una encuesta, en las tres poblaciones señaladas, las cuales cuentan con niveles socioeconómicamente semejantes (nivel medio-bajo y bajo) con disponibilidad de servicios sanitarios de igual calidad y con igual acceso a ellos, con el fin de detectar los factores asociados al aborto inducido, incluyendo variables socioeconómicas, pareja y sexualidad, historia anticonceptiva y de abortos y aspectos conductuales, cognitivos y de opinión respecto de estos tópicos.

La segunda fase contempló la elaboración del instrumento predictivo de riesgo de aborto con base en la información de la encuesta. Se seleccionó la población en riesgo potencial de aborto inducido, con el fin de validar este instrumento con un estudio de seguimiento por un plazo de 18 a 24 meses.

La tercera fase implicó una intervención selectiva con programas específicos de planificación familiar en forma diferenciada en cada una de las poblaciones encuestadas en la primera fase, por un total de 18 meses. La intervención diferenciada supuso que una primera comunidad, Pincoya: **"experimental"**, recibiera en el consultorio local recursos humanos extras para la atención clínica en planificación familiar (médico, matrona y auxiliar), además de los existentes para la atención materna infantil aportados regularmente por el Ministerio

de Salud. Adicionalmente se incluyó una trabajadora social cuya función fue ubicar a cada una de las mujeres seleccionadas con alto riesgo de aborto para educarlas y motivarlas a asistir al consultorio. Esta comunidad fue catalogada como **"intervenida"**. Una segunda comunidad, Cortijo: **"control (a)"**, fue dotada con la misma cantidad de recursos extras específicos para planificación familiar que la comunidad anterior, pero sin la participación de la trabajadora social. El equipo trabajaría aquí a nivel intraconsultorio, por lo que fue denominada como **"medianamente intervenida"**. En la tercera comunidad, Quinta Bella: **"control (b)"**, no se dotó de recursos extras y funcionó sólo con los recursos regulares para el programa materno infantil aportados por el Ministerio de Salud, siendo por tanto **"no intervenida"**. Al cabo de veinticuatro meses se realizó una segunda encuesta, que idealmente contemplaba su aplicación a la totalidad de la muestra original, con el objetivo de conocer la situación de estas mujeres al finalizar el programa. Esta segunda encuesta incluyó la historia anticonceptiva y de abortos, la repetición de algunos ítems destinados a medir opinión y conocimiento frente a estos aspectos y relación de pareja actual de cada una de las entrevistadas.

El presente trabajo se enmarca dentro de la investigación señalada y gira en torno a la tercera interrogante que esta investigación planteó, es decir, a las modificaciones en el uso de métodos anticonceptivos producto de la intervención en planificación familiar. Más allá de un análisis de tipo asociativo empírico de las características de uno u otro aspecto se pretende establecer un conjunto de hipótesis integradoras respecto del comportamiento anticonceptivo mediante la respuesta a las siguientes interrogantes: un programa de planificación familiar ¿puede por sí sólo modificar el comportamiento anticonceptivo de una mujer?; ¿qué factores determinan la adopción o no adopción de un método anticonceptivo?; ¿cuáles son las características de las mujeres usuarias y no usuarias?. Se plantea en síntesis la interrogante acerca de si para modificar la conducta anticonceptiva basta con difundir y proporcionar acceso masivo a los métodos anticonceptivos o si, por el contrario, en el proceso de regulación de la fecundidad estarían jugando una serie de factores de distinto orden que deberían contemplarse en cualquier estrategia de planificación familiar que pretenda ser efectiva.

Para dar respuesta a las interrogantes señaladas la presente investigación utilizará la información proporcionada por la primera y segunda encuesta. La investigación puede seguir diversas líneas de análisis. Sin embargo, se ha seleccionado a la población **CORTIJO** (control a) ya que la intervención realizada en esta población corresponde a un ejemplo típico de intervención a nivel intraconsultorio no especialmente focalizado a algún grupo en particular. En este sentido, la línea de investigación adoptada corresponde a un primer nivel de análisis de la modificación del comportamiento anticonceptivo que el proyecto a utilizar permite³.

En la realización del presente trabajo se presentan dos limitaciones básicas:

a) no se tuvo conocimiento directo de la intervención lo que dificultará la interpretación posterior de los resultados en términos de la propia intervención. Es posible que el hecho de que la intervención se realizara sólo a nivel intraconsultorio produjera un efecto sólo sobre las mujeres que acuden regularmente a tal servicio y que éstas tuvieran características distintas de las mujeres que no acuden. No se cuenta con información a este respecto;

b) tanto la primera como la segunda encuesta fueron diseñadas con un objetivo principal distinto al planteado en esta investigación por lo que no será posible abordar algunos de los tópicos idealmente deseados como también será difícil pesquisar aquellos aspectos susceptibles de abordar tal y como hubiera sido adecuado en un estudio de esta naturaleza. El segundo cuestionario no contempla el ítem de la modificación del comportamiento anticonceptivo (identificación de la nueva usuaria) en función de la acción del programa de planificación familiar. Es posible que se atribuya erróneamente el nuevo uso de métodos anticonceptivos a la intervención, en circunstancias que fue producido por otros factores imposibles de pesquisar.

A pesar de las limitaciones señaladas se asumirá la premisa de que tanto las encuestas

³ respecto de las posibilidades futuras de análisis ver capítulo V, Síntesis y Consideraciones Finales.

realizadas como la intervención en planificación familiar son elementos susceptibles de utilizar en un estudio como el planteado.

Teniendo presente lo anterior, a nivel del análisis siguiente se clasificará a las mujeres en estudio en cuatro (4) grupos: "**usuarias permanentes**", "**ex usuarias**", "**aceptantes**" y "**no aceptantes**". El significado se expresa de la siguiente forma:

PRIMERA ENCUESTA

A) USUARIA

B) NO USUARIA

SEGUNDA ENCUESTA

A1) USUARIA PERMANENTE

A2) EX USUARIA

B1) ACEPTANTE

B2) NO ACEPTANTE

Si bien las conclusiones de este estudio no son generalizables al conjunto de las mujeres chilenas, ni tampoco a las mujeres de estrato medio-bajo y bajo, permitirán esclarecer algunos de los aspectos relacionados con el comportamiento anticonceptivo en contextos de difusión masiva de métodos anticonceptivos e, idealmente, servir de base para el diseño de futuras intervenciones en planificación familiar en poblaciones como la estudiada.

Dentro de los márgenes señalados la investigación persigue los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL

Describir y analizar las primeras semejanzas y diferencias en el comportamiento anticonceptivo de las mujeres habitantes de la población intervenida, antes y después de la intervención, relacionándolas con variables socioeconómicas, demográficas y psicosociales.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a) describir la **utilización de métodos anticonceptivos** en las población intervenida por tipo de método **antes y después de la intervención**, consignando sus diferencias o semejanzas.
- b) describir y analizar a las mujeres "**usuarias permanentes**", "**ex usuarias**", "**aceptantes**" y "**no aceptantes**" en función de **variables socioeconómicas**, consignando sus diferencias o semejanzas.
- c) describir y analizar a las mujeres "**usuarias permanentes**", "**ex usuarias**", "**aceptantes**" y "**no aceptantes**" en función de **variables demográficas**, consignando sus diferencias o semejanzas.
- d) describir y analizar a las mujeres "**usuarias permanentes**", "**ex usuarias**", "**aceptantes**" y "**no aceptantes**" en función de **variables psicosociales**, consignando sus diferencias o semejanzas.
- f) describir y analizar las diferencias o semejanzas entre las mujeres **aceptantes** y **no aceptantes** en función de **variables socioeconómicas**
- g) describir y analizar las diferencias o semejanzas entre las mujeres **aceptantes** y **no aceptantes** en función de **variables demográficas**
- h) describir y analizar las diferencias o semejanzas entre las mujeres **aceptantes** y **no aceptantes** en función de **variables psicosociales**

CAPITULO II. ALGUNOS ANTECEDENTES SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR EN CHILE

Las primeras intervenciones en planificación familiar en Chile se remontan hacia fines de 1938, incluyendo acciones que se inician en forma individual y esporádica: de manera independiente algunos médicos obstetras de los Policlínicos del Seguro Obrero comenzaron a sugerir normas para evitar la multiplicación de los embarazos (Herrera 1973). La Clínica Ginecológica Universitaria del Hospital José Joaquín Aguirre de Santiago comenzó a prescribir el método del diafragma en el consultorio de fertilidad (Avendaño 1986a). La maternidad del Hospital San Francisco de Borja inició un programa de educación sexual y comenzó también a ordenar diafragmas a mujeres que acudían a los consultorios maternos de la Dirección General de Protección de la Infancia. Durante los años 1946 a 1953 funcionó en la Unidad Sanitaria de Quinta Normal un pequeño centro anticonceptivo integrado al consultorio prenatal. Años más tarde se inician, con la creación de la Asociación Chilena de Protección de la Familia APROFA en 1962, los programas institucionales de regulación de la fecundidad.

Utilizando recursos del Servicio Nacional de Salud (SNS) y con apoyo de algunos organismos internacionales, APROFA se dedicó a sensibilizar a la opinión pública primero y a las autoridades del SNS después, respecto de la necesidad de incorporar programas de regulación de la fecundidad entre las prioridades de la política de salud del ministerio del ramo.

En 1965 el SNS incorpora de manera oficial acciones de planificación familiar en Chile, especificando normas y políticas de acción concretas. El objetivo final de este programa es disminuir la incidencia del aborto provocado, disminuyendo los daños y riesgos en la salud materno-infantil asociados a éste. El programa de planificación familiar es difundido a nivel nacional. Se crea un programa educativo y aumenta la entrega de anticonceptivos gratuitos a la población beneficiaria del SNS y del Servicio Médico Nacional de Empleados. Posteriormente, en 1971 los planes de regulación de la natalidad se incorporan en su

totalidad a la política de salud del Gobierno y se pretende aumentar la cobertura de éstos a 40% de la mujeres en edad fértil. Este proceso se ve interrumpido con el golpe militar de 1973, pasando de una política de control de la natalidad a una política pro-natalista fundada en razones de orden geopolítico, militar e ideológico. Esta política se declara oficial en un documento publicado por la Oficina Nacional de Planificación ODEPLAN en 1979.

Un aspecto que dificulta el análisis de la planificación familiar en Chile es que no se cuenta con un servicio de información completa que incluya el servicio de salud privada, la venta de anticonceptivos a través de farmacias, encuestas a la población y seguimiento de las usuarias. La información disponible proviene del Sistema Nacional de los Servicios de Salud, de APROFA y de estudios aislados. Una deficiencia adicional en la información está dada por la carencia de un perfil social de las mujeres usuarias de métodos, ya que la ficha de paternidad responsable no recoge, por ejemplo, datos de ocupación y escolaridad (Silva 1990).

No obstante lo anterior es posible afirmar que la utilización de anticonceptivos por las mujeres en Chile ha presentado un comportamiento ascendente desde la década del sesenta. Según la estadística del Ministerio de Salud, que consigna el número de mujeres usuarias registradas en los consultorios de su jurisdicción, en 1965 sólo 2.1% de las mujeres en edad fértil utilizaban métodos anticonceptivos. En 1985 el porcentaje sube a 22.7%, experimentando una disminución de dos puntos en 1987 (cuadro 1).

Cabe señalar que estas cifras no consignan el número de mujeres que adquieren anticonceptivos en farmacias ni tampoco la cantidad de aquellas que los obtienen directamente de la medicina privada de pago directo. A pesar de esta subenumeración, *aún cuando agregáramos un diez o veinte por ciento más de usuarias no registradas, este resulta mucho más bajo que el observado en los países del mundo desarrollado* (Viel 1989:16).

CUADRO 1: NUMEROS ESTIMADOS DE MEF DE MUJERES EN USO DE MET. ANT. Y % USUARIAS			
AÑO	POB. MEF 15-44	Num. EST. USUARIAS	% USUARIAS
1965	1920000	40.180	2.1
1970	2173000	217.613	10.0
1975	2323000	437.075	18.8
1980	2651000	560.120	21.1
1985	2941000	668.786	22.7
1987	3049000	636.625	20.8

Fuente: Viel B, Campos W: "Principales índices biodemográficos y de salud en Chile entre 1950 y 1987". APROFA 1989, pág. 15.

Una cifra superior de usuarias de métodos anticonceptivos la proporciona la encuesta realizada por CERC-APROFA en el Gran Santiago: para 1989 señala que 55.6% de las mujeres entre 15 y 44 años usan anticonceptivos de manera regular. La magnitud podría variar según el perfil socioeconómico de cada mujer (Silva 1990).

Finalmente, en cuanto al tipo de método anticonceptivo utilizado fuentes diversas señalan que el método anticonceptivo mayoritariamente utilizado por las mujeres que se controlan en los servicios públicos de Salud ha sido y es actualmente el dispositivo intrauterino (DIU). En menor medida le siguen los anovulatorios, que son mayormente utilizados por las mujeres más jóvenes. Otros métodos anticonceptivos presentan bajos porcentajes de utilización. Esta situación ha sido constante en las últimas dos décadas, tal como se observa en los cuadros 2, 3 y 4.

CUADRO 2: CHILE: METODOS ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS 1972	
METODO USADO	PORCENTAJE DE MUJERES DE ENTRE 15 Y 19 AÑOS
NO USAN	31.9
DIU	26.6
ANTICONCEP. ORAL	14.0
RITMO	6.2
PESARIOS	2.3
GEST. INYECTABLES	1.9
PRESERVATIVO	0.9
DUCHA VAGINAL	0.8
DIAFRAGMA	0.6
ESPERMICIDAS	0.2
COITUS INTERRUPTUS	0.2
OTROS	0.2
ESTERILIZACION	14.2
TOTAL	100.0

Fuente: Encuesta Nacional de Fecundidad 1972, Santiago de Chile. Citado por Ana María Silva: "Estadísticas sobre planificación familiar y aborto en Chile". Instituto de la Mujer, Santiago 1990.

CUADRO 3: CHILE: METODOS ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD 1974			
METODOS UTILIZADOS	15-24	25-34	35-49
DIU	52.8	54.7	51.8
ANTICONCEP. ORAL	36.4	30.4	21.1
RITMO	1.2	4.6	2.9
GEST. INYECTABLES	7.0	4.9	2.9
OTROS	1.9	5.4	15.2
TOTAL	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta de fecundidad en áreas PESMIB. Chile diciembre de 1976, Ministerio de Salud. Citado por Ana María Silva op. cit.

CUADRO 4: CHILE: USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS POR TIPO DE METODO 1980-1987				
AÑO	TIPO DE METODO			TOTAL USUARIAS
	DIU	ANT.ORAL	OTROS	
1980	376.342	104.429	8.154	488.925
1981	370.001	95.804	8.042	473.847
1982	407.693	99.585	9.974	517.252
1983	435.522	103.648	10.269	549.439
1984	432.952	93.653	8.568	535.173
1985	420.424	94.489	8.515	523.428
1986	446.638	112.471	11.933	571.042
1987	442.591	107.807	10.031	560.429

Fuente: Anuario de Atenciones y Recursos. Ministerio de Salud. Citado por Ana María Silva op. cit.

Como se habrá podido observar, la tendencia en Chile ha sido al uso cada vez más mayoritario de métodos anticonceptivos eficaces. En el documento "1987 Monitoring Report" de las Naciones Unidas (citado por Guzmán-Bravo 1991:98) se señala que en los países de transición terminada o casi terminada (entre ellos Chile) la proporción de mujeres casadas o unidas son cercanas o superiores a 60%, cifra que sería relativamente coincidente con la proporcionada por la encuesta CERC-APROFA. En aquellos países con fecundidad alta la proporción de usuarias de anticonceptivos es sustancialmente más baja: Haití 1983:26%; Guatemala 1983:25%; Bolivia 1983:26% (idem:98). En casi todos los países la utilización de métodos anticonceptivos habría aumentado en los últimos años. Excepciones son los casos de Haití, donde disminuyó entre 1977 y 1983, y Guatemala, Panamá y Costa Rica donde no habría aumentado.

A nivel latinoamericano los métodos anticonceptivos más utilizados varían entre los países. Las fechas más recientes disponibles (1980-1986) señalan que la esterilización es el método principal en Salvador (67% de las usuarias), República Dominicana (60%), Panamá (59%), Brasil (43%) y Guatemala (44%). Esto contrasta con los bajos porcentajes de esterilización presentados en nuestro país. La píldora es el método más utilizado en Ecuador (54%), Costa Rica (35%), Paraguay (41%), Venezuela (31%) y México (30%). El método del ritmo es el mayormente utilizado en Perú y Bolivia. En el caso Peruano la fecundidad bajó tres

(3) hijos entre 1960 y 1985, gracias al uso por la mitad o más de las mujeres en unión de los métodos del ritmo y retiro, considerados de baja efectividad (Guzmán-Bravo 1991). Este hecho llama la atención e invita a realizar una reflexión más profunda en torno a la fecundidad de las mujeres peruanas en ese período según el método anticonceptivo utilizado.

Finalmente, puede causar cierta interrogante el hecho de que en otros países no se presente, como en nuestro país, la utilización mayoritaria del dispositivo intrauterino (DIU). Sin embargo, se debe recordar que las cifras señaladas para Chile corresponden a datos del Servicio Nacional de Salud, y las cifras de los países mencionados a las encuestas DHS más recientes. Seguramente si se contara en nuestro país con este tipo de encuestas en los últimos años la situación podría variar, sobretodo por el efecto de las mujeres más jóvenes. La edad de la mujer, como otros factores que se asocian al comportamiento anticonceptivo, hacen que éste asuma rasgos diferenciales entre distintas sociedades e incluso al interior de una misma sociedad. Estos aspectos serán tratados a continuación.

CAPITULO III. COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO Y ANTICONCEPCION: DE LA REPARACION O INDEFERENCIA HACIA LA PREVENCION

III.1. Comportamiento reproductivo y sociedad.

El análisis del comportamiento reproductivo remite a una problemática multidimensional que trasciende la esfera netamente privada para instalarse también, y paralelamente, en la esfera pública. Privada, porque atañe al ámbito más íntimo del ser humano cual es su sexualidad y su capacidad, consciente o no, de generar nuevas vidas. Pública, porque compete al conjunto de la sociedad en cuanto a su reproducción intergeneracional y porque es esta misma sociedad quien a través de sus diversas instituciones provee un marco sancionador en el cual se desenvuelve.

Si bien el proceso reproductivo opera en la mujer dentro de límites biológicos definidos (menarquia y menopausia) y presenta también posibilidades diferenciales de materializarse según otras condiciones también biológicas (existencia de períodos de infertilidad post partum o embarazo por ejemplo) tales condiciones se presentan en un marco social, histórica y culturalmente condicionado. Atendiendo a este hecho surge el esquema de **variables intermedias** de Davis y Blake (1967), quienes analizan la fecundidad desde las tres etapas implicadas en su desarrollo: a) **coito**; b) **concepción**; c) **embarazo y parto**. El análisis de las influencias culturales sobre la fecundidad se relaciona directamente con estas tres etapas. Tales variables serían aquellas a través de las cuales las condiciones culturales pueden influir sobre la fecundidad, denominándose por esta razón como "variables intermedias", las cuales se agrupan en tres conjuntos de factores.

En el primer grupo de factores, aquellos que rigen la exposición al coito: **variables del coito**, se encuentran los que rigen la formación y disolución de uniones y la exposición al coito al interior de las uniones. Especial importancia cobran aquí los patrones de nupcialidad de una sociedad determinada, como también los de orden religioso y sociocultural.

El segundo grupo de factores incorpora aquellos que afectan el riesgo de concebir: **variables**

de la concepción, incluyendo básicamente la utilización de métodos anticonceptivos y la esterilidad. Aquí los elementos de tipo sociocultural cobran relevancia directa tanto en lo que se refiere a la aceptación y difusión de las prácticas anticonceptivas, como en aquellas que tienen que ver con períodos de esterilidad involuntaria relacionados con la esterilidad post-partum, producto de la extensión o acortamiento de los períodos de lactancia.

Finalmente el tercer grupo de factores, aquellos relacionados con la gestación y el parto: **variables de la gestación**, incluye el aborto y la mortalidad fetal, generados por causas involuntarias o voluntarias. Frente a estos aspectos los elementos de naturaleza sociocultural también cobran relevancia, especialmente en lo que respecta a la sanción positiva o negativa de la interrupción voluntaria del embarazo.

De lo anterior se desprende que el comportamiento reproductivo resulta de factores biológicos socialmente condicionados y por tanto su expresión concreta, los nacimientos, son el resultado de la normatividad social aplicada a la fecundidad.

Más allá de un condicionamiento social y del papel que han jugado estos factores en la transición de la fecundidad, lo relevante surge en la actualidad a partir de la capacidad de cada individuo de asumir la posibilidad de manejar su propia reproducción, dentro del sistema social de reproducción humana. En este marco, a nivel individual o de pareja, la utilización de métodos anticonceptivos o de aborto surge como una herramienta que puede ser manipulada en forma relativamente independiente de los patrones de nupcialidad, comportamiento sexual u otros patrones culturales predominantes en una sociedad en constante cambio. De hecho, la tendencia histórica general ha sido a la exclusividad primaria de su utilización por parte de determinados grupos sociales, para posteriormente pasar a la difusión masiva y paulatina a los otros grupos. Consecuentemente, la difusión de patrones reproductivos tendientes a atrasar la edad media de la fecundidad, de la formación de uniones y de privilegiar un tamaño menor de familia, son algunos de los aspectos normativos que han jugado un papel, de manera no necesariamente sincrónica, en la institucionalización de la regulación consciente de la fecundidad.

Es justamente frente a este fenómeno que Requena (1990a) introduce, desde una perspectiva sistémica, el concepto de "**conciencia reguladora**" entendiendo por ésta el *"...estado que alcanza la sociedad en el proceso de controlar claramente el proceso reproductivo humano. Esta práctica lúcida y consciente supone el conocimiento de la reproducción más allá de las apariencias; es decir haber penetrado su esencia. Esta práctica con el conocimiento de las leyes de la reproducción es lo que constituye la "praxis social de la reproducción humana". Es, por lo tanto, una práctica consciente de la mujer, que opera sobre su realidad incluyendo el momento cognoscitivo de su reproducción"* (p 30). La regulación social consciente de la fecundidad se entiende aquí como operacionalizada a través del aborto inducido y el uso de métodos anticonceptivos como **variables instrumentales**. La regulación de la fecundidad implicaría un tránsito que necesariamente pasa por la utilización del aborto inducido hacia la utilización predominante de métodos anticonceptivos. En este marco el autor plantea que tal fenómeno en las sociedades humanas es un proceso que determina cuatro etapas sucesivas aunque sobrepuestas:

a) etapa pre-regulación o mágica: la conciencia reguladora es esporádica e incipiente y el grupo social deja la fecundidad a la regulación no controlada. Las variaciones de la fecundidad obedecen a cambios en las variables no instrumentales.

b) etapa reparadora o ingenua: la conciencia reguladora está más extendida. Aparecen los primeros intentos de regular la fecundidad a través de la interrupción del embarazo, generalmente ilegal. El acceso a los anticonceptivos está limitado por barreras culturales, religiosas, políticas y económicas.

c) etapa reparadora-preventiva: la conciencia social de la regulación de la fecundidad está casi totalmente generalizada. Se comienza a regular la fecundidad mediante el uso de métodos anticonceptivos y se mantiene la práctica del aborto ya sea como recurso primario o corrección de la falla del método anticonceptivo.

d) etapa preventiva o crítica: la conciencia de la regulación instrumental de la fecundidad es generalizada así como también el acceso a métodos anticonceptivos. Sólo las fallas esporádicas de estos últimos son corregidas mediante el aborto inducido. En términos operacionales, un país ha entrado en esta etapa cuando 50% o más de los abortos inducidos son para corregir los fracasos de los anticonceptivos e, inversamente, 50% o menos de los abortos inducidos son para controlar la fecundidad sin que la mujer haya utilizado anticonceptivos previo al embarazo (1990b:133). Ejemplo de esta situación lo constituirían los países de Finlandia, Noruega, Suecia, Hungría, Polonia, entre otros.

Lo anterior podría llevar a pensar que frente al comportamiento reproductivo la sociedad asumiría una postura de tipo evolucionista con un principio y fin determinados. Sin embargo, al interior de cada sociedad o país el desarrollo de la conciencia reguladora puede ser -y de hecho lo ha sido- diferencial por grupos y estratos sociales. En este sentido, el autor señala que *"aún cuando la transición propuesta sea confirmada por la experiencia histórica, de acuerdo al proceso de maduración de la conciencia reguladora, no debemos caer en el conformismo y la expectación pasiva. Lo que corresponde es acelerar la transición hacia la etapa preventiva mediante un esfuerzo orientado a producir una maduración más rápida de la conciencia reguladora de la fecundidad"* (op.cit.:135).

III.2. Patrón ideal de familia y fecundidad efectiva.

Reconocida la asincronía de la conciencia reguladora tanto a nivel inter como intrasocietal, lo cierto es que el descenso de la fecundidad, tanto en Chile como en el resto de los países de América Latina, ha operado en el contexto de la generalización del ideal de familia reducida como norma social. Este descenso ha podido realizarse gracias al mayor uso de métodos anticonceptivos y especialmente de métodos eficaces, principal factor de descenso (Guzmán-Bravo 1991:98). Sin embargo se mantienen importantes diferencias entre el uso de métodos anticonceptivos según grupos sociales y sectores geográficos, lo que explica las

disparidades de la fecundidad entre dichos grupos⁴. Estas diferencias contrastarían con la homogeneidad observada en el número ideal de hijos deseado. En este punto, el contraste entre ideal de fecundidad, resultado de una consciencia efectiva de tener menos hijos y la fecundidad real, se enmarcaría dentro de un conjunto de "filtros" o eslabones que van desde el conocimiento de métodos anticonceptivos hasta su eficacia (idem:99).

Un primer "filtro" es el **conocimiento de métodos anticonceptivos**, especialmente de métodos modernos, que a pesar de estar cada vez más expandido seguiría siendo bajo en algunos países de América Latina y especialmente en determinados sectores dentro de ésta.

El segundo "filtro" resulta de la **actitud de la mujer hacia el uso de métodos anticonceptivos**. Esta estaría cada vez menos relacionada con factores religiosos o ideológicos y cada vez más relacionada con factores de salud. El temor a los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos sería entonces un elemento que favorece la actitud negativa hacia su utilización. En las encuestas DHS recientemente realizadas la principal razón para no utilizar anticonceptivos, señalada por mujeres que no querían tener más hijos, fue la preocupación por los efectos secundarios que podrían producir.

Un tercer "filtro" corresponde al **acceso efectivo a los métodos**, que depende de la accesibilidad física y de los recursos financieros para obtenerlos. Este no aparecería como importante en las últimas encuestas DHS.

Finalmente, aún si el método anticonceptivo es conocido, si se tiene una actitud positiva hacia su uso y si está disponible, el cuarto y último "filtro" es la **eficacia que el método puede tener**. La eficacia no corresponde sólo a una cuestión de tipo clínico, sino también dependerá del contexto sociocultural en que el método se utilice. Por ejemplo, en métodos

⁴ para el caso de Chile cabe recordar que como país de transición demográfica terminada o casi terminada se produciría una cierta homogeneidad en el comportamiento reproductivo de los diferentes grupos sociales, lo que se expresa en diferencias de un hijo o menos de un hijo, entre distintos grupos definidos por área geográfica, estrato socioeconómico y nivel de instrucción.

como el ritmo la eficacia se relaciona directamente con el conocimiento que las mujeres tengan acerca de su período fértil. En este sentido una parte importante de mujeres, incluso las que usan este método, desconocen el momento en que son fértiles.

Considerando este conjunto de filtros, un programa de planificación familiar debería entonces poner énfasis no sólo en hacer disponibles los métodos anticonceptivos, sino también instruir acerca de éstos y de como operan.

Reconocidos estos filtros, los cuales coexisten con la presencia a nivel social de una conciencia reguladora de la fecundidad, el punto reside en encontrar los factores que, controlados los filtros, pueden acelerar su desarrollo. Según Requena, a nivel familiar o microsociedad, la reducción de la mortalidad infantil traducida en una sobrevida de los hijos ya procreados, es un elemento mencionado en este tránsito. Sin embargo, señala que la asociación entre mortalidad infantil y fecundidad no es definitiva, ya que la sobrevida de los hijos no sólo altera los planes de reproducción de los padres, sino que también puede producir otros efectos derivados de la mejoría de las condiciones de salud de la mujer: al disminuir el número de viudas y acortarse la amenorrea post parto habría menos esterilidad involuntaria, subfertilidad y abortos espontáneos lo que produciría un aumento de la fecundidad⁵. Se ha encontrado también a nivel familiar la influencia de otras variables capaces de desarrollar la conciencia reguladora como el ingreso familiar y per cápita, la educación, actividad laboral de la mujer, así como sus preferencias de tamaño de la familia y sexo de los hijos. Lo importante aquí, señala el autor, es que el conjunto de estas y otras variables asociadas constituyen una totalidad que representa más que la suma de sus partes. De ahí que un análisis aislado podría derivar en asociaciones estadísticas inconsistentes. En

⁵ cabe señalar que entre fecundidad y mortalidad infantil se presentan dos situaciones interrelacionadas directamente proporcionales: por una parte, una disminución de la segunda debido en gran parte a una disminución de la fecundidad vía menor embarazo de riesgo y menor paridad; por otra parte, una alta mortalidad infantil puede llevar a una alta fecundidad con el fin de asegurar la sobrevivencia del número deseado de hijos. Esto llevaría a un aumento en los embarazos de riesgo y a mayor paridad, lo que se traduce en un aumento en la mortalidad infantil, lo que lleva a un aumento de la fecundidad, comenzando nuevamente el ciclo. No se debe olvidar que en ambos casos se produce una traducción social en términos del tamaño deseado de familia y por tanto supone una regulación consciente de la fecundidad orientada a este fin.

nuestra opinión el punto consistiría aquí más que en la inutilidad de asociaciones de carácter uni o multi variables, en la necesidad de desarrollar un enfoque sistémico utilizando como fundamento teórico el conocimiento obtenido en el pasado mediante métodos analíticos.

Fuera del problema epistemológico la pregunta clave sería cuáles son las condiciones que facilitan el tránsito de la conciencia reguladora. En términos operacionales esto se traduce en la interrogante acerca de qué factores están asociados a la regulación consciente de la fecundidad, y por tanto a la utilización voluntaria de métodos anticonceptivos. Paralelo a esto se encuentra la pregunta acerca de cuál es el elemento que actúa como facilitador de la decisión de regular la fecundidad mediante el uso de métodos anticonceptivos, en el contexto de una difusión masiva y sin restricciones de acceso.

III.3. Regulación consciente de la fecundidad: variables facilitadoras

Una revisión general sobre este tema remite a la interrelación entre variables demográficas, socioeconómicas, conductuales, psicosociales y cognoscitivas. Dentro de esto existe un sinnúmero de elementos que pueden ser abordados. Sólo nos remitiremos a los que a nuestro juicio pueden arrojar más luces sobre la posibilidad de modificación del comportamiento anticonceptivo.

Entre los **factores demográficos**, la **edad** de la mujer se presenta como asociada al uso o no uso de métodos anticonceptivos. En este caso la utilización minoritaria se presentaría en los extremos de la vida fértil de la mujer, es decir hasta los 19 años y después de los 45 años, con una curva ascendente en los grupos intermedios. Esto se produciría en el primer tramo por la carencia de una asunción rólica de la capacidad reproductiva, lo cual se pronuncia en aquellas mujeres no unidas, situación que podría revertirse en las unidas. En el otro extremo etario la posibilidad de embarazo se vislumbraría como un elemento muy poco probable, debido a la cercanía de la mujer del término de su vida reproductiva. Ante la existencia de estímulos facilitadores de la adopción de métodos anticonceptivos, es probable que sea este grupo de mujeres las que presentarían la menor adopción.

La tenencia o no tenencia de hijos es otro factor que puede estar asociado a la utilización de anticonceptivos, en el sentido de la toma de conciencia de la necesidad de regular la fecundidad cuando se ha tenido al menos un hijo. Es decir, la tendencia al uso de anticonceptivos sería mayor en aquellas mujeres que ya han sido madres, sobretodo cuando se difunde y facilita su utilización, en ausencia de otros factores invalidantes como pueden ser los de orden laboral o educacional. Este elemento está relacionado con el modelo patriarcal imperante en nuestra cultura que legitima o valoriza el papel de la mujer en la sociedad en su condición de madre. Esto cobra mayor relevancia en los estratos más bajos de la sociedad donde la condición de madre le proporciona a la mujer un determinado "lugar" asociado a una cierta localización y reconocimiento social, ligado al hallazgo de un elemento que le proporciona sentido a su vida, en ausencia de posibilidades de inserción social vía mercado de trabajo u otras formas de inclusión.

Estrechamente relacionado con la connotación cultural de lo anterior está el lugar de **origen urbano o rural** o la **residencia permanente o semi permanente** en uno de ellos. Este factor determina la adopción de patrones culturales propios de lo urbano y rural y por tanto vínculos distintos con la regulación instrumental de la fecundidad. Junto a ésto, la mujer del área rural o urbana incorpora los patrones culturales referidos a la anticoncepción, con todos los mitos o tabúes que pueden presentarse respecto de las ventajas o desventajas de su uso, factor que jugaría un papel importante en la adopción de anticonceptivos en el contexto de un programa de difusión. Es decir el componente actitudinal, producto de una socialización rural o urbana extremadamente difícil de modificar, tendería a ser un obstáculo importante en la modificación del comportamiento anticonceptivo.

Entre las **factores socioeconómicos** el **nivel de educación formal** y la **inserción laboral** de la mujer aparecen como facilitadores de la adopción de métodos anticonceptivos. Por esta vía se hace posible que la mujer adquiriera una visión de mundo que la transporte más allá de su papel reproductivo. Es por esto que la mayoría de las mujeres que presentan niveles más elevados de educación y algún tipo de inserción laboral tenderán a utilizar métodos anticonceptivos, no siendo el principal sujeto modificado por un programa de planificación

familiar. Como es sabido, son estos grupos de mujeres los pioneros en el descenso de la fecundidad y por tanto han asumido un comportamiento anticonceptivo temporalmente anterior que el resto de las mujeres.

En cuanto a los **factores conductuales**, el **comportamiento sexual y de pareja** tendería a promover patrones anticonceptivos diferenciales, presentándose una mayor frecuencia de regulación de la fecundidad en aquellas mujeres con relaciones de pareja relativamente estables. Fundamentalmente esto se produciría con base a la necesidad de asumir el propio rol sexual a partir de una situación que se vislumbra como relativamente permanente. En este sentido, es probable que la modificación del comportamiento anticonceptivo se produzca con mayor fuerza en las mujeres que presentan uniones relativamente estables con ausencia de utilización de métodos anticonceptivos.

En cuanto a los aspectos de naturaleza **psicosocial** se encuentra la religión, especialmente en lo que respecta a la **religiosidad** de las mujeres. Tradicionalmente, la iglesia en general se ha opuesto a la utilización de métodos anticonceptivos artificiales, cuestión que al parecer debería tener cierta influencia en la regulación conciente de la fecundidad. Sin embargo, el peso de este factor tendería a disminuir debido a la influencia de los factores de otro orden ya señalados y la propia vida cotidiana de la mujer, la cual se distancia e incluso a veces se presenta como incompatible con los patrones de comportamiento ideal promovidos por la religión. Se presentaría entonces una suerte de comportamiento real que en lo que respecta a la anticoncepción se opone al planteamiento religioso, lo que no lleva a que la mujer se reconozca como "no religiosa", sino a que adapte la religiosidad a su situación en la vida concreta. Es decir, esta contradicción no provocaría una autorevisión de la creencia o práctica religiosa a la luz del comportamiento cotidiano, produciéndose más bien una compensación a nivel inconsciente entre ambos aspectos.

A este nivel se encuentra también el fenómeno relacionado con la **actitud de la mujer hacia el embarazo y utilización de métodos anticonceptivos**. Su relación no necesariamente se presentaría en forma lineal: el deseo de no embarazarse puede presentarse paralelo a la no

utilización de métodos anticonceptivos. Entrarían a actuar aquí los prejuicios, positivos o negativos, en ausencia de un conocimiento certero sobre sus ventajas y desventajas. En este punto surgen entonces los factores de tipo **cognoscitivo**, especialmente los referidos al conocimiento de métodos anticonceptivos. Se entiende aquí que la utilización diferencial de métodos anticonceptivos podría estar asociada al conocimiento o ausencia de conocimiento al respecto. Un programa de planificación familiar con contenidos educativos podría modificar este factor, como también lo referido a la parte actitudinal, produciéndose por tanto una modificación de la conducta anticonceptiva. Es justamente este componente actitudinal, que se relaciona con una modificación de la conducta: pasar de la reparación o indiferencia a la prevención, lo que lleva a que es probable que sea el elemento de mayor importancia entre el conjunto de factores señalados. Los factores de naturaleza **psicosocial y conductual**, por provenir de un marco internalizado de imágenes culturalmente aprendidas, determinarían una postura difícil de modificar en contextos de planificación familiar que no incorporen el tratamiento de estos fenómenos.

Cada uno de los factores señalados no opera independientemente. Por el contrario, se asume que en la vida concreta de cada mujer éstos representan un conjunto de interrelaciones cuyo análisis individual supone un abordaje parcial del fenómeno. La idea entonces es buscar un enfoque que permita obtener una visión integrada de los elementos que interactúan en el comportamiento anticonceptivo. La búsqueda de esta visión integrada está orientada por la siguiente hipótesis guía:

"La intervención en planificación familiar produjo un aumento significativo en la utilización de métodos anticonceptivos de las mujeres habitantes de la población intervenida. Las características socioeconómicas, demográficas y psicosociales forman un todo integrado distinto frente a la utilización de métodos anticonceptivos en los grupos de mujeres "usuarias permanentes", "ex usuarias", "aceptantes" y "no aceptantes". Las mayores diferencias entre las mujeres "aceptantes" y "no aceptantes" se presentan a nivel de las variables Psicosociales, las cuales son producto de procesos de socialización que involucran experiencias de vida distintas, y que, una vez internalizadas, son extremadamente difíciles de modificar".

La comprobación o refutación de la hipótesis completa supone un abordaje donde tal vez el recurso tipológico sea el más adecuado. La primera parte, aquella que hace referencia a la modificación en el uso de métodos anticonceptivos se basa en el supuesto de que los cambios son producto de la intervención en planificación familiar⁶. Las relaciones planteadas entre los distintos factores suponen abordajes parciales, aunque necesarios. Estos y otros aspectos serán abordados en el siguiente capítulo "procedimientos metodológicos". Por ahora es conveniente aclarar que se entenderá por cada una de las variables señaladas en la hipótesis guía.

VARIABLE DEPENDIENTE

COMPORTAMIENTO ANTICONCEPTIVO: utilización o no utilización actual que realiza una mujer de uno o más procedimientos destinados a evitar la concepción de un ser humano, independientemente de su efectividad. Esta utilización supone una acción que puede ser o no consciente y racionalmente orientada hacia el control o no control de la fecundidad.

Considerando el anterior atributo se clasificará a las mujeres en:

- a) **Usuarias Permanentes:** grupo de mujeres caracterizado por una utilización continua de métodos anticonceptivos.
- b) **Ex Usuarias:** grupo de mujeres caracterizado por un abandono en la utilización de métodos anticonceptivos.
- c) **Aceptantes:** grupo de mujeres caracterizado por la adopción de la utilización de métodos anticonceptivos posterior a un programa de planificación familiar.

⁶ este supuesto admite cierto cuestionamiento, tal como señaló en el primer capítulo de este trabajo.

d) No Aceptantes: grupo de mujeres caracterizado por la no adopción de la utilización de métodos anticonceptivos posterior a un programa de planificación familiar.

VARIABLES INDEPENDIENTES

A) VARIABLES SOCIOECONOMICAS

a1) Nivel de Educación: instrucción recibida en un establecimiento de educación formal de enseñanza primaria, secundaria, técnico profesional o universitaria.

a2) Condición de Actividad: ocupación principal que realiza un sujeto en un momento de su vida, la cual puede ser o no remunerada.

B) VARIABLES DEMOGRAFICAS

b1) Area de Residencia: lugar que ha sido la residencia habitual durante un período de tiempo de terminad, el cual puede ser rural o urbano.

b2) Promedio de Hijos: número promedio de hijos nacidos vivos que ha tenido un grupo de mujeres independientemente del momento de la vida fértil en que se encuentre cada una de las mujeres que componen el grupo.

b3) edad: años calendario vividos.

b4) Estado Civil: característica que distingue la ausencia o presencia de relación conyugal con una persona del sexo opuesto, ya sea legal o no legalmente formalizada.

C) VARIABLES PSICOSOCIALES

c1) Opinión Frente al Embarazo: aceptación o rechazo de una mujer frente a la posibilidad de experimentar el estado de gravidez.

c2) Opinión Frente al Uso de Métodos Anticonceptivos: aceptación o rechazo de una mujer frente a la utilización voluntaria de cualquier método anticonceptivo.

c3) Conocimiento de Métodos Anticonceptivos: información que posee una mujer sobre un conjunto de métodos anticonceptivos reconocidos por la ciencia.

c4) Religiosidad: autopercepción de una mujer respecto del grado de compromiso que tiene frente a su religión.

CAPITULO IV. ASPECTOS METODOLOGICOS

Los aspectos metodológicos de este estudio abarcan básicamente tres puntos. Primero, la explicación referida a cómo se medirán las variables definidas conceptualmente en el capítulo anterior, es decir, la operacionalización de las variables tanto dependientes como independientes. Segundo, la explicación referida a cuál será el abordaje a utilizar para establecer las posibles relaciones entre estas variables, contenido en el plan de análisis de la información. Tercero, los aspectos referidos a la selección de los casos y el tamaño muestral.

IV.1. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

La operacionalización de las variables se realizó en función de los cuestionarios primero y segundo de la investigación que sirvió de base a este estudio⁷. Tanto las categorías como el abordaje de cada variable dependió de tales instrumentos, lo que lleva en algunos casos a problemas de isomorfismo entre las definiciones conceptuales y operacionales. Estos aspectos, los ítems seleccionados y las categorías con sus correspondientes códigos de respuesta se señalan a continuación.

1) VARIABLES DEPENDIENTES

a) Comportamiento Anticonceptivo

Como se señaló en la definición conceptual, el comportamiento anticonceptivo se refiere especialmente a la "utilización actual" (en el momento de la encuesta) de algún método para evitar la concepción. Sin embargo, tanto el primer como el segundo cuestionario no

⁷ los cuestionarios son presentados en el anexo 1.

contemplan un ítem que mida directamente este aspecto⁸. Fue necesario entonces escoger un ítem que señalara, por vía indirecta, la utilización actual de métodos anticonceptivos, condición que cumplen los ítems 58 de la primera encuesta y 37 de la segunda.

Ambos ítems son exactamente iguales e indagan la razón para no usar un método anticonceptivo en aquellas mujeres que no lo usan. Se señalan 15 razones para la no utilización, frente a cada una de las cuales la entrevistada debía señalar "sí" o "no". La formulación del ítem en estos términos presentó dos problemas para la operacionalización del comportamiento reproductivo. Por ser ésta la variable clave de este estudio y porque su tratamiento puede ser común a otros estudios sobre este tema, es conveniente profundizar en estos dos aspectos.

a) el primer problema obvio es que **no se obtiene directamente el número de usuarias de métodos anticonceptivos**. Las probabilidades de error en este cálculo son mayores fundamentalmente porque, sumado a los errores de muestreo y sistemático que acompañan a toda encuesta social, se aumenta con este ítem las probabilidades del último tipo de error, debido a que se confía al encuestador la aplicación de esta pregunta. Específicamente, el encuestador debe discriminar, sin ninguna pregunta previa claramente ubicada en el cuestionario, a quién corresponde formularse y a quien no corresponde.

Es posible que los encuestadores hayan discriminado la mayoría de los casos en los cuales correspondía realizar esta pregunta, dado que de alguna manera el ítem anterior (57) lo permite, lo que no anula la validez del planteamiento anterior: si este es el caso, las dificultades persisten a nivel del análisis estadístico, problematizando en forma innecesaria el procesamiento de la información por una situación fácilmente predecible.

⁸ el ítem 41 del segundo cuestionario consulta acerca de si la mujer entrevistada ha utilizado métodos anticonceptivos desde la última encuesta, y si es así, si está sujeto a control médico. Sin embargo, incluye tanto a las que mujeres que utilizan métodos anticonceptivos en el momento de la encuesta, como a las que utilizaron durante el período comprendido entre las dos encuestas.

Los errores atribuidos a la aplicación de encuestas sociales han sido ya bastante tratados, por lo que no es necesario profundizar al respecto. Sin embargo, es necesario señalar que pueden ser disminuidos mediante un cuestionario que filtre anteriormente los potenciales riesgos de error atribuidos al encuestador, lo cual es más efectivo que el mejor de los "entrenamientos" que puedan recibir.

b) el segundo problema, muy relacionado con el anterior, se produce al **plantear 15 razones de no utilización y esperar una afirmación o negación frente a cada una de ellas**. Fundamentalmente aquí el problema es dificultar innecesariamente el análisis, tanto en lo que respecta a determinar "la" o las principales razones de no utilización, ya que el conjunto de respuestas a nivel ideal va desde una mujer que frente a todas las razones dice "sí" hasta otra que responde a todas "no". A nivel empírico esta situación seguramente es mínima, ya que las categorías de respuesta contienen algunas que son mutuamente excluyentes. Sin embargo, en razón de esto último, hubiese sido más adecuado pedir una selección de una o más razones entre el conjunto de alternativas planteadas, que a fin de cuentas permite obtener en forma clara y mucho más simple las principales razones no utilización de anticonceptivos. De esta manera, se tomó la decisión de seleccionar una de las razones mencionadas como indicador de utilización actual de anticonceptivos y no explorar en las razones de no utilización.

Para la selección de este indicador se calcularon las frecuencias en cada categoría. Resultado esperable por lo dicho anteriormente fue no encontrar consistencia entre el número de usuarias y no usuarias que entregaba cada razón de no utilización. Se optó entonces por seleccionar el ítem que pareciera ser más consistente en ambos cuestionarios, resultando seleccionado la razón "esperando la menstruación para iniciar el uso de un método", ya que tanto la formulación del ítem como las frecuencias encontradas arrojaban más seguridad en las cifras entregadas. Tomada esta decisión se operacionalizaron los grupos definidos según su comportamiento anticonceptivo de la siguiente manera:

USUARIAS PERMANENTES: mujer que responde "si" a la pregunta 58-14 del primer cuestionario y "si" a la pregunta 37-13 del segundo cuestionario.

EX USUARIAS: mujer que responde "si" a la pregunta 58-14 del primer cuestionario y "no" a la pregunta 37-13 del segundo cuestionario.

ACEPTANTES: mujer que responde "no" a la pregunta 58-14 del primer cuestionario y "si" a la pregunta 37-13 del segundo cuestionario.

NO ACEPTANTES: mujer que responde "NO" a la pregunta 58-14 del primer cuestionario y "NO" a la pregunta 37-13 del segundo cuestionario.

2) VARIABLES INDEPENDIENTES

a) VARIABLES SOCIOECONOMICAS

a1) Tipo de Enseñanza: ítem 18b del primer cuestionario. Las categorías comprenden:

0 básica o primaria

1 media o humanidades

2 comercial

3 industrial

4 técnico femenino

5 normal

6 instituto profesional

7 universitaria

8 otro

9 no contesta

a2) Condición de Actividad: ítem 17a del primer cuestionario. Las categorías comprenden:

0 dueña de casa

1 asesora del hogar

2 obrera

3 empleada, oficinista o secretaria

4 técnico profesional

5 estudiante

6 profesional universitaria

7 cesante

8 otro

9 no contesta

b) VARIABLES DEMOGRAFICAS

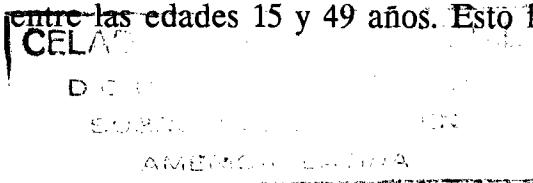
b1) Area de Residencia: ítem 10, primera categoría, del primer cuestionario. Este ítem mide el tiempo de residencia en Santiago expresado en meses. Se optó por su elección asumiendo que un mayor tiempo de residencia en esta ciudad indicaría una socialización -o resocialización- mayoritariamente urbana. La variable entonces se redefinió como "tiempo de residencia en Santiago". Se realizó una conversión de los meses en años que distinguió entre:

1 menos de diez años de residencia

2 más de diez años

b2) Promedio de Hijos: número promedio de hijos nacidos vivos, obtenido por la parte b del ítem 46 del primer cuestionario, que considera hasta el décimo embarazo. Se trabajó además con el número total de hijos nacidos vivos por mujer, obtenido mediante la suma del mismo ítem.

b3) Edad: ítem 8 del primer cuestionario. Se agruparon las edades simples en los grupos quinquenales comprendidos ~~entre las edades 15 y 49 años.~~ Esto facilitó el análisis como



también eliminó las posibles distorsiones que introducirían los cambios en la edades simples, producidos entre la primera y segunda medición.

b4) Estado Civil: ítem 33 del primer cuestionario. Las categorías corresponden a:

- 1 casada
- 2 conviviente permanente (un año o más)
- 3 conviviente reciente (menos de un año)
- 9 no contesta

c) VARIABLES PSICOSOCIALES

c1) Opinión Frente al Embarazo: el indicador seleccionado para esta variable correspondió al ítem 61 del primer cuestionario. Este ítem formula la pregunta ¿cuanto miedo le tiene usted al embarazo?, es decir, más que la opinión frente al embarazo lo que se está midiendo es el posible "miedo" que las mujeres declaran frente al estado de gravidez. En este sentido, el ítem fuerza a una definición en términos de temor, cuestión que en cierta forma induce a la entrevistada a pensar en cuánto temor siente, sin una reflexión previa acerca de su postura frente al embarazo. El embarazo no sólo puede despertar temor, sino también, por ejemplo, indiferencia o alegría: una pregunta "filtro" que incluyera el temor como una de sus categorías -o incluso que preguntara si se siente temor- hubiera permitido pesquisar en forma más exacta tanto a las mujeres que sienten temor, como el grado de temor experimentado.

Considerando las restricciones señaladas se decidió utilizar este ítem bajo el supuesto de que las mujeres que contestaron "mucho" o "regular" hubieran contestado que sienten "miedo" ante una pregunta filtro anterior. Se entendió además que la categoría "ninguno" incluye un conjunto de experiencias y percepciones distintas frente al embarazo, imposibles de pesquisar mediante este instrumento. Como se vio, las categorías que el ítem entrega son las siguientes:

- 1 mucho

- 2 regular
- 3 ninguno
- 8 no sabe
- 9 no contesta

c2) Opinión Frente al Uso de Anticonceptivos: el indicador seleccionado para medir esta variable fue el ítem 60 del primer cuestionario. Al igual que en el caso anterior, el ítem pregunta acerca del "miedo" frente al uso de métodos anticonceptivos: "¿cuánto miedo le tiene usted al uso de métodos anticonceptivos?". La situación sin embargo es algo distinta: indagar respecto del temor a la utilización de métodos anticonceptivos ha sido un recurso bastante utilizado y legitimado por la constatación de la existencia social de temor frente al uso de anticonceptivos, especialmente por sus efectos secundarios. El problema entonces no es la consulta por el miedo, sino la carencia de un filtro que seleccione a las mujeres que lo sienten, para luego aplicar un ítem que mida su nivel. Es decir, el "cuánto" obliga a la entrevistada a situarse en una postura de temor frente a la utilización de métodos anticonceptivos en circunstancias que, al igual que en el caso del embarazo, no ha realizado una reflexión previa acerca de si siente o no temor.

Teniendo en cuenta estas limitaciones se decidió utilizar este ítem (61) el cual comprende las siguientes categorías de respuesta:

- 1 mucho
- 2 regular
- 3 ninguno
- 8 no sabe
- 9 no contesta

c3) Religiosidad: el ítem seleccionado como indicador de esta variable corresponde al número 21 del primer cuestionario. Este indaga sobre la religiosidad de las mujeres mediante una autodefinition: "¿cómo se considera usted frente a la religión?". Las categorías de respuesta son las siguientes:

- 1 muy religiosa
- 2 medianamente religiosa
- 3 poco religiosa
- 8 no sabe
- 9 no contesta

c4) Conocimiento de Métodos Anticonceptivos: fue medido mediante la pregunta 56 del primer cuestionario. Este ítem mide el conocimiento de cada mujer, presentando una lista de 14 métodos anticonceptivos frente a los cuales la entrevistada debía responder "sí" si lo conocía y "no" si no lo conocía. Este hecho trae algunas dificultades, ya que nombrar el método y luego preguntar si es conocido por la mujer puede llevar que en algunos casos se diga que es conocido cuando en realidad no lo sea. Esto fundamentalmente por un deseo de ser "aprobada" por el encuestador o también por el hecho de que escuchar el nombre del anticonceptivo hiciera decir "sí" a algunas mujeres que sólo han oído hablar de él. Por tanto, hubiese sido más conveniente dejar la pregunta abierta, es decir, que la propia mujer mencionara los métodos anticonceptivos que conociera y realizar una codificación posterior.

Teniendo en cuenta lo anterior, se decidió clasificar el número de métodos anticonceptivos conocidos con el propósito de discriminar el nivel de conocimiento. Se partió de la base de que al menos 4 de los métodos nombrados recibirían una respuesta afirmativa al ser escuchados por las mujeres: DIU, anticonceptivo oral, preservativo y los métodos de calendario o billings. Es decir, correspondería al nivel mínimo de conocimiento. Sobre esta base se clasificó entonces el conocimiento de métodos anticonceptivos en tres categorías distintivas:

- 1 hasta cuatro métodos
- 2 entre cinco y nueve métodos
- 3 más de diez métodos

IV.2. PLAN DE ANALISIS DE LA INFORMACION

Siguiendo con los objetivos planteados en este trabajo el plan de análisis de la información se diseñó teniendo como norte un abordaje de tipo integrador entre las categorías a analizar. Más que buscar asociaciones estadísticas entre las variables planteadas, se persiguió obtener una forma de abordar el fenómeno orientada hacia la construcción de una visión integradora de los factores presentes en la transformación del comportamiento anticonceptivo. Sin embargo, no se descartó la utilización pruebas estadísticas para medir asociación entre las variables que lo permitieran.

Considerando lo anterior el plan de análisis de la información contempló dos fases:

- a) descripción del comportamiento anticonceptivo a nivel muestral y de la relación entre cada variable independiente y el comportamiento anticonceptivo;
- b) síntesis de las relaciones encontradas y, de ser posible, elaboración de una explicación integradora del comportamiento anticonceptivo que contuviera un conjunto de hipótesis susceptibles de ser abordadas en futuros estudios.

La primera fase se diseñó de la siguiente manera:

- a) descripción del comportamiento anticonceptivo a nivel muestral por tipo de método anticonceptivo utilizado, antes y después de la intervención.
- b) descripción del comportamiento anticonceptivo por utilización "actual" antes y después de la intervención. Aplicación de la prueba Ji-cuadrado para comprobar la significación estadística de las diferencias entre uno y otro momento, asumiendo el nivel mínimo de significación de .05.
- c) descripción del comportamiento anticonceptivo a nivel de los grupos "usuarias permanentes"; "ex usuarias"; "aceptantes" y "no aceptantes", en función de las variables

independientes previamente definidas: nivel de educación, condición de actividad, tiempo de residencia en Santiago, número y promedio de hijos, edad, estado civil, opinión frente al embarazo, opinión frente al uso de métodos anticonceptivos, religiosidad y conocimiento de métodos anticonceptivos.

d) aplicación de pruebas estadísticas para medir asociación entre las variables señaladas, para los grupos de aceptantes y no aceptantes utilizando la prueba Ji-cuadrado con una significación mínima de .05. Aplicación del test Lambda entre aquellas variables que resultaron estadísticamente significativas.

El desarrollo de estos tres puntos exigió la utilización del paquete estadístico SPSS-PC para el procesamiento de la información.

La segunda fase de análisis se guió por un principio clave: la utilización de referentes empíricos sería un elemento no exclusivo en la búsqueda de hipótesis que permitieran integrar los diversos aspectos del comportamiento anticonceptivo. Esto fundamentalmente por dos razones: a) algunas de las variables no presentaban los indicadores más adecuados; b) existe un conjunto de factores intervinientes y contextuales que no han sido incluidos en el análisis de la información y que forman parte de un ejercicio teórico necesario en la explicación del comportamiento anticonceptivo. El papel de estos factores podría verificarse a nivel empírico en estudios posteriores que recogieran tales hipótesis.

IV.3. SELECCION DE LOS CASOS Y TAMAÑO MUESTRAL

Se señalan a continuación algunos aspectos referidos al diseño muestral del estudio que sirve de base a esta investigación, "Prevención del Embarazo en Mujeres con Alto de Riesgo de Aborto", y los procedimientos para la selección de los casos adoptados en este trabajo.

El estudio original determinó el tamaño muestral estimando la incidencia del aborto inducido en 70 por mil mujeres en edad fértil con una proyección de descenso a 55 por mil

luego de la intervención. Con un límite de confianza de 95% y un alfa de .05 se calculó la muestra en 2.000 casos para cada población en estudio, es decir, 6.000 casos en total de los cuales 2.000 corresponden a CORTIJO, población objeto de este estudio.

El procedimiento que guió la selección de los casos en este estudio tuvo como primera prioridad el requisito de que las mujeres que serían estudiadas deberían haber sido encuestadas la primera y la segunda vez. Para cumplir con tal condición se realizó un pareo de los archivos que contenían la información de cada encuesta, mediante el paquete SPSS/PC, eliminándose los casos que no presentaban este requisito. Se eliminaron además las mujeres que no presentaban antecedentes de relaciones sexuales. De esta forma la muestra final quedó compuesta de 936 casos.

El comportamiento anticonceptivo de las 936 mujeres y su relación con las variables independientes se señalan a continuación.

CAPITULO V. ANALISIS

V.1. COMPORTAMIENTO ANTICONCEPTIVO

El comportamiento anticonceptivo de las mujeres entrevistadas abarca dos aspectos: el primero referido a la utilización pasada o actual de uno o más métodos anticonceptivos (MAC) y el segundo referido a la utilización presente de al menos uno de los MAC existentes en la actualidad.

Frente a la utilización pasada o actual de algún tipo de método anticonceptivo encontramos que la mayoría de las mujeres (72%) manifestó en la primera encuesta haber utilizado alguna vez el dispositivo intrauterino, cuestión que coincide con la mayoritaria utilización de este método a nivel nacional. El anticonceptivo oral ha sido el segundo método mayoritariamente utilizado, aunque en un porcentaje más bajo (47%), seguido por el preservativo (21%) (cuadro 1).

La segunda medición arrojó una tendencia al aumento del porcentaje de mujeres que utilizaron alguna vez cada método anticonceptivo, a excepción del método billings que pasó de 1.6% a 1.3% y del método del coitus interruptus: de 16% a 15% (cuadro 2).

Un panorama resumen de los tipos de MAC que han sido utilizados por las mujeres en estudio se obtiene al agruparlos, según su naturaleza, en tres categorías:

a) métodos modernos: anticonceptivo oral, inyectables mensuales, inyectables trimensuales, pellet, norplant, DIU, diafragma, preservativo, jalea, crema, óvulos y ducha vaginal.

b) métodos de abstinencia periódica: ritmo, calendario y billings.

c) métodos de esterilización: vasectomía y esterilización femenina.

CUADRO 1: UTILIZACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS POR TIPO DE METODO. CORTIJO PRIMERA ENCUESTA

TIPO DE METODO	UTILIZACION				
	SI		NO		TOTAL
	N	%	N	%	
ANTICONCEPTIVO ORAL	440	47.01	496	52.99	936
INY. MENSUALES	153	16.35	783	83.65	936
INY. TRIMENSALES	29	3.10	907	96.90	936
PELLET, NORPLANT	5	0.53	931	99.47	936
D.I.U.	670	71.58	266	28.42	936
DIAFRAGMA	5	0.53	931	99.47	936
PRESERVATIVO	197	21.05	739	78.95	936
JALEA, CREMA, OVULOS	64	6.84	872	93.16	936
DUCHA VAGINAL	71	7.59	865	92.41	936
RITMO, CALENDARIO	135	14.42	801	85.58	936
BILLINGS, NATURAL	15	1.60	921	98.40	936
COITUS INTERRUPTUS	154	16.45	782	83.55	936
VASECTOMIA	0	0.00	936	100.00	936
ESTERILIZACION	149	15.92	787	84.08	936

CUADRO 2: UTILIZACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS POR TIPO DE METODO. CORTIJO SEGUNDA ENCUESTA

TIPO DE METODO	UTILIZACION				
	SI		NO		TOTAL
	N	%	N	%	
ANTICONCEPTIVO ORAL	508	54.27	428	45.73	936
INY. MENSUALES	170	18.16	766	81.84	936
INY. TRIMENSALES	34	3.63	902	96.37	936
PELLET, NORPLANT	7	0.75	929	99.25	936
D.I.U.	709	75.75	227	24.25	936
DIAFRAGMA	8	0.85	928	99.15	936
PRESERVATIVO	237	25.32	699	74.68	936
JALEA, CREMA, OVULOS	83	8.87	853	91.13	936
DUCHA VAGINAL	116	12.39	820	87.61	936
RITMO, CALENDARIO	141	15.06	795	84.94	936
BILLINGS, NATURAL	12	1.28	924	98.72	936
COITUS INTERRUPTUS	146	15.60	790	84.40	936
VASECTOMIA	1	0.11	935	99.89	936
ESTERILIZACION	171	18.27	765	81.73	936

Empleando esta clasificación se encuentra que la mayoría de las mujeres declaró en la primera encuesta utilizar o haber utilizado los denominados métodos "modernos" (86%), porcentaje que en la segunda encuesta se elevó a 92% (cuadro 3).

CUADRO 3: UTILIZACION DE METODOS MODERNOS. CORTIJO

UTILIZACION	PRIMERA ENCUESTA		SEGUNDA ENCUESTA	
	N	%	N	%
SI	806	86.11	860	91.88
NO	130	13.89	76	8.12
TOTAL	936	100.00	936	100.00

La utilización de métodos de abstinencia periódica es bastante menor que la utilización de los métodos anteriores: un cuarto de las mujeres en estudio manifestó haberlos utilizado alguna vez. Su comportamiento entre la primera y la segunda encuesta se mantuvo prácticamente constante: 26% y 27% (cuadro 4).

CUADRO 4: UTILIZACION DE METODOS DE ABSTINENCIA. CORTIJO

UTILIZACION	PRIMERA ENCUESTA		SEGUNDA ENCUESTA	
	N	%	N	%
SI	243	25.96	252	26.92
NO	693	74.04	684	73.08
TOTAL	936	100.00	936	100.00

Los métodos de esterilización han sido los menos utilizados y presentaron un crecimiento leve: de 16% a 18% (cuadro 5).

CUADRO 5: UTILIZACION DE METODOS DE ESTERILIZACION. CORTIJO

UTILIZACION	PRIMERA ENCUESTA		SEGUNDA ENCUESTA	
	N	%	N	%
SI	149	15.92	171	18.27
NO	787	84.08	765	81.73
TOTAL	936	100.00	936	100.00

Como se dijo, las cifras anteriores representan la utilización de anticonceptivos durante el transcurso de la vida fértil de cada mujer. Si se analiza la utilización actual de al menos un método anticonceptivo encontramos que la primera encuesta reveló un porcentaje considerable de mujeres (70%) que utilizaban en ese momento un algún método anticonceptivo⁹. Llama la atención este alto porcentaje de usuarias, bastante superior a las cifras estimadas a nivel de la ciudad de Santiago¹⁰. Este porcentaje aumentó a 74% en la segunda medición, es decir, se produjo un aumento que gira alrededor de cuatro (4) puntos porcentuales (cuadro 6).

CUADRO 6: UTILIZACION ACTUAL DE METODOS ANTICONCEPTIVOS. CORTIJO

UTILIZA	PRIMERA ENCUESTA		SEGUNDA ENCUESTA	
	N	%	N	%
SI	656	70.09	689	73.61
NO	280	29.91	247	26.39
TOTAL	936	100.00	936	100.00

El análisis de la variación en la utilización de MAC entre la primera y segunda encuesta nos lleva a preguntarnos acerca de si las diferencias encontradas son significativas o se deben al azar. Esto remite a la primera parte de la hipótesis guía:

"La intervención en planificación familiar produjo un aumento significativo en la utilización de métodos anticonceptivos de las mujeres habitantes de la población intervenida"

⁹ desgraciadamente el cuestionario no contempló el tipo de método anticonceptivo utilizado en ese momento, cuestión que sería útil en términos de describir los porcentajes de utilización en relación a la efectividad de cada uno de ellos. Sin embargo, dados los porcentajes mayoritarios de utilización de los denominados "métodos modernos", es posible suponer que también la utilización mayoritaria actual corresponda a este tipo de método. Aún así, en este caso tampoco es posible establecer la relación planteada ya que, como se habrá podido observar, la efectividad de los métodos incluidos en esta categoría es diferencial.

¹⁰ como se señala en el capítulo II de este trabajo, la encuesta CERC-APROFA 1989 reveló para el Gran Santiago un porcentaje de 55% de mujeres entre 15 y 49 años usuarias de métodos anticonceptivos.

Para verificar esta hipótesis se utilizó la prueba Ji-cuadrado planteando la siguiente hipótesis nula:

"No existen diferencias significativas en la utilización de métodos anticonceptivos entre la primera y segunda encuesta".

El test de Ji-cuadrado arrojó los siguientes resultados:

UTILIZACION PRIMERA ENCUESTA		UTILIZACION SEGUNDA ENCUESTA		Total Fila
		UTILIZA	NO UTILIZA	
UTILIZA	561 (86%)	95 (14%)	656	100.0
NO UTILIZA	128 (46%)	152 (54%)	280	100.0
Total Columna	689 73.6	247 26.4	936	100.0

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	160.05719	1	.00000

Como se puede observar, la prueba presenta un alto nivel de significación lo que hace rechazar la hipótesis nula planteada. Esto señala que las diferencias encontradas en la utilización de MAC entre la primera y segunda medición son significativas, aprobándose la hipótesis que planteaba existencia de diferencias producto de la intervención en planificación familiar.

Comprobadas las diferencias entre la utilización de MAC cabe hacerse la pregunta acerca de las variaciones en la utilización de anticonceptivos entre uno y otro momento por cada mujer en estudio. El cuadro anterior señala estas relaciones: de las 656 mujeres que utilizaban MAC en la primera medición, 561 (86%) siguen utilizándolos y 95 (14%) han dejado de utilizarlos. De las 280 mujeres que en la primera medición declararon no utilizar

MAC, en la segunda medición 128 mujeres (46%) declararon utilizar MAC, mientras que 152 (54%) permanecen no utilizándolos.

Las relaciones anteriores se traducen, según la clasificación señalada anteriormente, en cuatro grupos: "usuarias", "ex usuarias", "aceptantes" y "no aceptantes". La distribución se observa a continuación:

GRUPO	Frecuencia	Porcent	Porcentaje Acumulado
USUARIAS PERMANENTES	561	59.9	59.9
EX USUARIAS	95	10.1	70.1
ACEPTANTES	128	13.7	83.8
NO ACEPTANTES	152	16.2	100.0
	-----	-----	
Total	936	100.0	

Como se habrá podido observar, el grupo mayor corresponde a las "usuarias permanentes" (60%) y el menor porcentaje se presenta en el grupo de "ex usuarias" (10%).

Siguiendo con los objetivos planteados en este estudio, a continuación se realizará la descripción del comportamiento de cada uno de estos grupos en relación a las variables independientes en estudio.

V.2. COMPORTAMIENTO ANTICONCEPTIVO Y FACTORES SOCIOECONOMICOS

Dos son los factores socioeconómicos que se han considerado como relevantes para la explicación del comportamiento anticonceptivo: la **condición de actividad** y la **educación**, entendiendo por ésta última el tipo de enseñanza que ha recibido una mujer.

Las relaciones entre el primer factor **condición de actividad**, y el comportamiento anticonceptivo se presentan en el cuadro 7.

Lo primero que llama la atención en este cuadro es el alto porcentaje de **dueñas de casa** en todos los grupos (más de 70%). Esto es así fundamentalmente debido a que el total de

dueñas casa (776 casos) corresponde a 83% de todas las mujeres en estudio. Se hace necesario analizar entonces el comportamiento anticonceptivo al interior de cada categoría de la condición de actividad, en términos absolutos.

CUADRO 7: COMPORTAMIENTO ANTICONCEPTIVO POR CONDICION DE ACTIVIDAD

ACTIVIDAD	US.PERMANENTES		EX USUARIAS		ACEPTANTES		NO ACEPTANTES	
	N	%	N	%	N	%	N	%
DUENA DE CASA	488	86.99	74	77.89	105	82.03	109	71.71
ASESORA DEL HOGAR	8	1.43	6	6.32	2	1.56	3	1.97
OBRAERA	15	2.67	2	2.11	6	4.69	6	3.95
EMPLEADA OFICINISTA	9	1.60	6	6.32	3	2.34	9	5.92
TECNICO PROFESION.	6	1.07	1	1.05	6	4.69	1	0.66
ESTUDIANTE	2	0.36	0	0.00	0	0.00	2	1.32
PROFESION. UNIVERSIT.	3	0.53	0	0.00	0	0.00	2	1.32
CESANTE	3	0.53	2	2.11	2	1.56	10	6.58
OTRO	27	4.81	4	4.21	4	3.13	10	6.58
TOTAL	561	100.00	95	100.00	128	100.00	152	100.00

El grupo de mujeres dueñas de casa (776 casos) se sitúan mayoritariamente en la categoría de usuarias permanentes. Le siguen bastante lejos y casi en igual número el grupo de mujeres aceptantes y no aceptantes.

La mitad de las asesoras del hogar (19 en total) se ubican en la categoría usuarias permanentes. Las categorías aceptante y no aceptante presentan números similares (2 y 3 respectivamente). Igual situación se presenta en las obreras (29 casos): la mitad es usuaria permanente y entre las aceptantes y no aceptantes no se presentan diferencias.

A nivel de las empleadas y oficinistas (27 casos) la situación tiende a variar: un tercio de ellas son usuarias permanentes, mientras que las no aceptantes son tres veces más que las aceptantes.

Las mujeres que desempeñan actividades **técnico profesionales** (14 casos) presentan igual número de **usuarias permanentes** y de **aceptantes**. Las mujeres estudiantes y profesionales universitarias en conjunto (9 casos en total) se distribuyen en los extremos: cinco **usuarias permanentes** y cuatro **no aceptantes**. Las mujeres cesantes(17 casos) presentan un comportamiento distinto al resto de las otras categorías: más de la mitad se ubica en en el grupo de **no aceptantes**.

Para analizar si existe asociación entre la condición de actividad y la aceptabilidad y no aceptabilidad de un método anticonceptivo, esta variable fue recategorizada a fin de tener un número suficiente de casos susceptibles de análisis estadístico. La recategorización contempló que tales categorías fueron similares entre sí. Se formaron tres (3) categorías:

- a) dueñas de casa
- b) asesoras del hogar-obreras
- c) empleadas, técnicas, estudiantes y profesionales

Se aplicó una prueba Ji-cuadrado palteando la siguiente hipótesis nula:

"No existen diferencias significativas entre la condición de actividad de las mujeres aceptantes y no aceptantes".

El test Ji-cuadrado arrojó los siguientes resultados:

GRUPO	CONDICION DE ACTIVIDAD			Row Total
	DUENA DE CASA	AS.HOGAR /OBRERA	EMP/TEC/ EST/PROF	
ACEPTANTES	105	8	9	122 48.0
NO ACEPTANTES	109	9	14	132 52.0
Column Total	214 84.3	17 6.7	23 9.1	254 100.0

Chi-Square	Value	DF	Significance
-----	-----	-----	-----
Pearson	.82813	2	.66096

El valor de Ji-cuadrado no es significativo al nivel de significación aceptado en este trabajo (.05). En consecuencia, se acepta la hipótesis nula que plantea la inexistencia de diferencias entre la condición de actividad de las mujeres aceptantes y no aceptantes.

El segundo factor socioeconómico considerado es el nivel de educación, medido por el tipo de enseñanza que cada mujer ha recibido. Las relaciones entre este factor y el comportamiento anticonceptivo se señalan en el cuadro 8.

CUADRO 8: COMPORTAMIENTO ANTICONCEPTIVO POR TIPO DE ENSEÑANZA

ACTIVIDAD	US. PERMANENTES		EX USUARIAS		ACEPTANTES		NO ACEPTANTES	
	N	%	N	%	N	%	N	%
BÁSICA	244	43.49	45	47.37	51	39.84	69	45.39
MEDIA	274	48.84	42	44.21	64	50.00	69	45.39
COMERCIAL	12	2.14	2	2.11	4	3.13	3	1.97
TECNICO	12	2.14	2	2.11	4	3.13	6	3.95
NORMAL	2	0.36	0	0.00	0	0.00	0	0.00
INST. PROFESIONAL	13	2.32	3	3.16	4	3.13	3	1.97
UNIVERSITARIA	4	0.71	1	1.05	1	0.78	2	1.32
TOTAL	561	100.00	95	100.00	128	100.00	152	100.00

Una mirada parcial de este cuadro revela la concentración al interior de cada grupo de las categorías básica y media. La razón es obvia: 55% de las mujeres en estudio han recibido hasta este nivel de educación. Se hace necesario entonces, al igual que en caso anterior, describir el comportamiento anticonceptivo en función del tipo de enseñanza recibida.

El grupo de mujeres que tiene educación básica (409 casos) se ubica mayoritariamente en la categoría de usuarias permanentes. Las diferencias entre el número de mujeres en la categoría aceptantes y no aceptantes es relativamente baja (51 contra 69). Las mujeres que tienen el nivel de enseñanza media (449 casos) presentan un comportamiento similar: la mitad es usuaria permanente. Sin embargo las diferencias entre aceptantes y no aceptantes son menores (69 contra 64).

Las mujeres que tienen los restantes tipos de enseñanza (78 casos) presentan un comportamiento similar: son en su mayoría **usuarias permanentes**.

Para analizar si existe relación entre la aceptabilidad o no aceptabilidad de un método anticonceptivo y el tipo de enseñanza que una mujer ha recibido se agruparon las categorías en tres grupos:

- a) básica
- b) media
- c) superior

Para establecer la existencia de la asociación señalada se aplicó una prueba Ji-cuadrado planteando la siguiente hipótesis nula:

"No existen diferencias significativas en el tipo de enseñanza recibido por las mujeres aceptantes y no aceptantes".

El test Ji-cuadrado arrojó los siguientes resultados:

		TIPO DE ENSEÑANZA			Row Total
		BASICA	MEDIA	SUPERIOR	
GRUPO	ACEPTANTES	51	64	13	128 45.7
	NO ACEPTANTES	69	69	14	152 54.3
Column Total		120 42.9	133 47.5	27 9.6	280 100.0
Chi-Square		Value		DF	Significance
Pearson		.87429		2	.64588

Como se puede ver, el test no es significativo al nivel mínimo requerido en este estudio (.05). En consecuencia se acepta la hipótesis nula: no existen diferencias en el tipo de enseñanza recibido por las mujeres aceptantes y no aceptantes.

V.3. COMPORTAMIENTO ANTICONCEPTIVO Y FACTORES DEMOGRAFICOS

Los factores demográficos considerados como relevantes en la determinación del comportamiento anticonceptivo son: la **edad** de la mujer, la **tenencia o no tenencia de hijos** - y dentro de esto a nivel grupal el **promedio de hijos**-, el **estado civil** y el **tiempo de residencia en Santiago**, considerando esta última variable como indicador de la preeminencia de una socialización, reciente o permanente, mayoritariamente urbana.

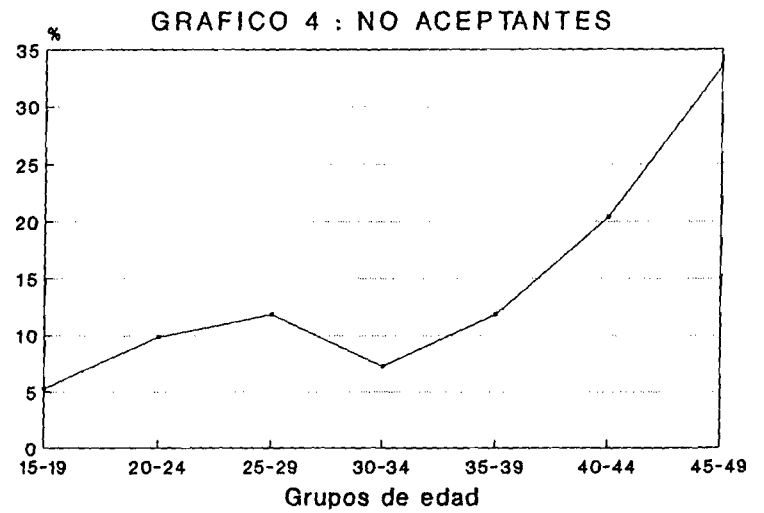
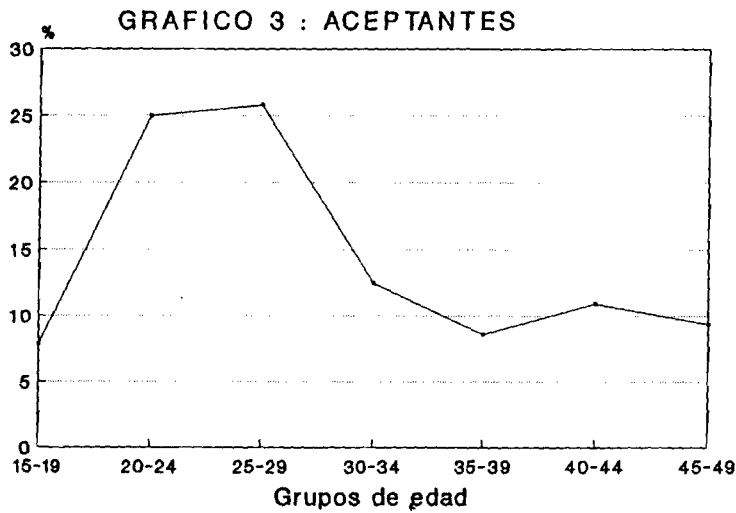
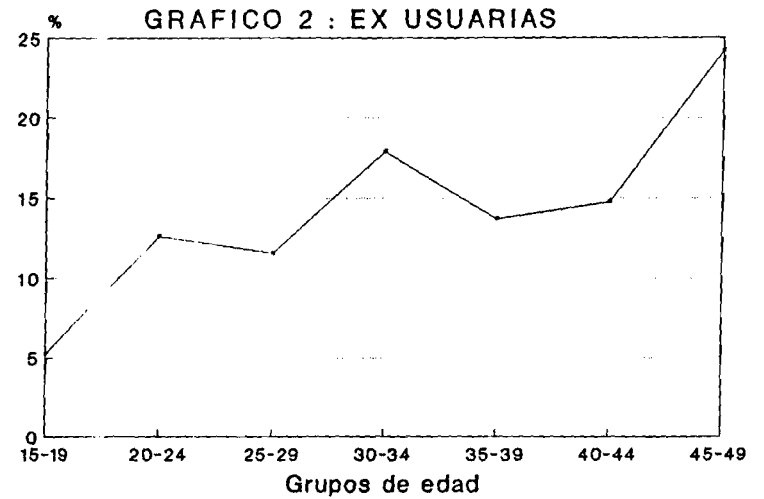
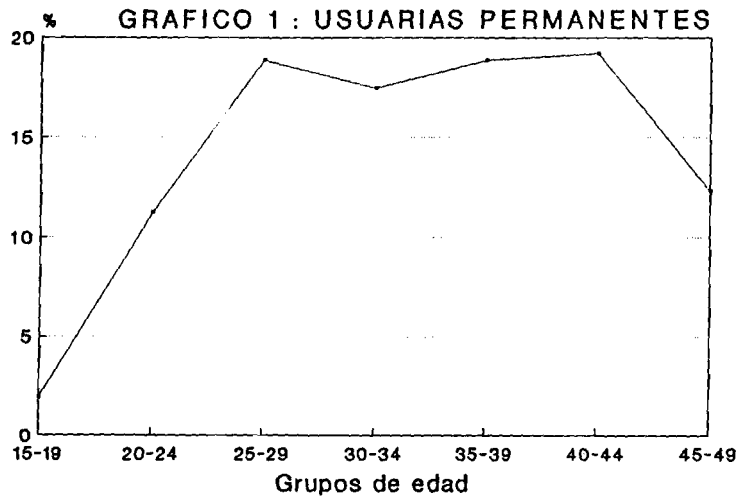
El comportamiento anticonceptivo por grupos de edades quinquenales se presenta en el cuadro 9.

CUADRO 9: COMPORTAMIENTO ANTICONCEPTIVO POR GRUPOS DE EDAD

GRUPOS DE EDAD	US. PERMANENTES		EX USUARIAS		ACEPTANTES		NO ACEPTANTES	
	N	%	N	%	N	%	N	%
15 - 19	11	1.96	5	5.26	10	7.81	8	5.26
20 - 24	63	11.23	12	12.63	32	25.00	15	9.87
25 - 29	106	18.89	11	11.58	33	25.78	18	11.84
30 - 34	98	17.47	17	17.89	16	12.50	11	7.24
35 - 39	106	18.89	13	13.68	11	8.59	18	11.84
40 - 44	108	19.25	14	14.74	14	10.94	31	20.39
45 - 49	69	12.30	23	24.21	12	9.38	51	33.55
TOTAL	561	100.00	95	100.00	128	100.00	152	100.00

Como se puede observar para el caso del grupo de **usuarias permanentes**, la menor utilización de anticonceptivos se presenta en el grupo 15-19 años llegando sólo a 2%. La mayor utilización permanente de métodos anticonceptivos se sitúa, como es de esperar, en los grupos intermedios del período fértil, es decir, entre los 25 y 44 años, representando aproximadamente 75% del total de usuarias. Esto lleva a que la utilización permanente de métodos anticonceptivos por grupos de edad presente una curva ascendente donde los puntos más altos se sitúan en los grupos 25-29 y 40-44 años (gráfico 1).

COMPORTAMIENTO ANTICONCEPTIVO POR GRUPOS DE EDAD



El grupo de **ex usuarias** se comporta de un modo algo distinto. Como es de esperar la mayoría está representada por aquellas mujeres que se encuentran en la etapa final de su período fértil: el grupo 45-49 años representa casi un cuarto del total de ex usuarias. El resto de los grupos quinquenales de edad presenta porcentajes similares (entre 12% y 14%) a excepción de los grupos 15-19 años y 30-34: 5% y 18% respectivamente. El comportamiento de las ex usuarias por grupos de edad presenta entonces una curva que asciende hasta el grupo 30-34 años para luego descender y subir fuertemente a partir del penúltimo grupo etario (gráfico 2).

El grupo de mujeres **aceptantes**, a diferencia de lo que podría esperarse, presentan un comportamiento distinto al del grupo de usuarias permanentes: 50% de las mujeres aceptantes tienen entre 20 y 29 años, mientras que en las usuarias permanentes se produce un desplazamiento hasta edades más avanzadas (44 años). Sin embargo, en este grupo se presenta también una participación considerable de las edades extremas, es decir, entre los 35 y 49 años. La curva del comportamiento por edad de las aceptantes se presenta aquí de una forma no tan clara como en los otros grupos: un comienzo a un nivel más alto y un repunte bastante más alto en los dos grupos siguientes, para luego experimentar un descenso a partir de los 29 años, el que se mantiene sin alteraciones considerables en los tres últimos grupos etarios (gráfico 3).

El último grupo, mujeres **no aceptantes**, presenta porcentajes menores que el grupo anterior entre las edades 15 y 34 años, es decir, entre este tramo etario la tendencia sería a la adopción de métodos anticonceptivos por sobre la no adopción. Entre las edades 35 y 44 años la tendencia sería inversa, predominando la no aceptación de métodos anticonceptivos en tales grupos. La curva entonces se presenta aquí ascendiendo hasta los 29 años, descendiendo entre los 30 y 34 para luego ascender fuerte y constantemente (gráfico 4).

Las descripciones anteriores son válidas respecto del comportamiento por edad al interior de cada categoría del comportamiento anticonceptivo. Sin embargo, no lo son tanto para

el comportamiento de cada grupo de edad en relación a la anticoncepción. Esto especialmente por los pesos dispares que presenta cada grupo etario en la muestra total, en especial el grupo 15-19 años, que sólo llega a 4%. Un análisis de la distribución de frecuencia al interior este grupo etario puede arrojar más claridad al respecto: en el grupo **15-19 años** (34 casos) la tendencia mayoritaria es a la utilización de métodos anticonceptivos: 21 de ellas se encuentran en la categoría **usuarias permanentes o aceptantes**. Esto se confirma al constatar que 5 de ellas han sido usuarias, es decir, 26 del total de adolescentes encuestadas han tenido contacto directo con métodos anticonceptivos. Los restantes grupos etarios presentan también la tendencia mayoritaria a la utilización, siendo en todos ellos mayor, en términos absolutos, la ubicación en los grupos **usuarias permanentes o aceptantes**.

Para establecer si las mujeres aceptantes y no aceptantes se diferencien respecto a su edad se aplicó una prueba Ji-cuadrado planteando la siguiente hipótesis nula:

"No existen diferencias significativas por grupo de edad entre las mujeres aceptantes y no aceptantes".

El test Ji-cuadrado arrojó lo siguiente:

		GRUPO DE EDAD					Row Total
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	
GRUPO	ACEPTANTES	10	32	33	16	11	128 45.7
	NO ACEPTANTES	8	15	18	11	18	152 54.3
(Continued) Column Total		18 6.4	47 16.8	51 18.2	27 9.6	29 10.4	280 100.0

		40-44	45-49	Row Total
		GRUPO	6	
ACEPTANTES	14	12	128 45.7	
NO ACEPTANTES	31	51	152 54.3	
Column Total		45 16.1	63 22.5	280 100.0

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	42.21660	6	.00000

Como se puede observar, la asociación es altamente significativa, por lo que se rechaza la hipótesis nula, aceptando la existencia de diferencias entre las mujeres aceptantes y no aceptantes según la edad. Para verificar la fuerza de esta relación se aplicó la prueba Lambda considerando la edad como variable independiente. El test se comportó de la siguiente manera:

Statistic	Value	ASE1	T-value	Significance
Lambda :				
symmetric	.17391	.04175	3.86379	
with GRUPO dependent	.30469	.07790	3.32511	
with EDAD dependent	.09677	.02938	3.18676	

Como se puede observar el valor de Lambda considerando al grupo como dependiente es de .30., lo que quiere decir que se puede predecir la aceptabilidad o no aceptabilidad de un método anticonceptivo a partir del grupo de edad al que pertenece una mujer, con una reducción del 30% de los errores en tal predicción, lo que indica una asociación considerable.

El segundo factor de tipo demográfico considerado es la **tenencia o no tenencia de hijos** y especialmente el **numero promedio de hijos** por cada grupo. El cuadro 10 presenta estas relaciones.

Un primer hecho que llama la atención es que el número promedio de hijos del grupo de mujeres **usuarias permanentes** es mayor que el de mujeres **aceptantes**, el cual no alcanza a dos hijos por mujer, y éste es menor al de las **no aceptantes**. A primera vista ésto podría indicar que coexisten en el conjunto de las mujeres en estudio patrones ideales de fecundidad distintos entre cada grupo, lo cual se manifestaría en distintos comportamientos anticonceptivos. Sin embargo, tal conclusión carece de sentido si se ha observado que esta relación no considera aspectos tales como el intervalo intergenésico o la edad de las

mujeres, entre otros factores intervinientes que pueden llevar a producir asociaciones espúreas entre promedio de hijos y comportamiento anticonceptivo. Como vimos anteriormente, en el grupo de aceptantes priman las mujeres jóvenes, lo que sería coherente con una baja fecundidad promedio.

CUADRO 10: COMPORTAMIENTO ANTICONCEPTIVO POR NUMERO Y PROMEDIO DE HIJOS

NUMERO DE HIJOS	US. PERMANENTES		EX USUARIAS		ACEPTANTES		NO ACEPTANTES	
	N	%	N	%	N	%	N	%
SIN HIJOS	5	0.89	4	4.21	29	22.66	36	23.68
1	86	15.33	23	24.21	41	32.03	26	17.11
2	175	31.19	25	26.32	26	20.31	32	21.05
3	151	26.92	18	18.95	17	13.28	23	15.13
4	82	14.62	17	17.89	10	7.81	23	15.13
5	39	6.95	6	6.32	0	0.00	8	5.26
6	13	2.32	1	1.05	2	1.56	3	1.97
7	6	1.07	1	1.05	1	0.78	0	0.00
8	4	0.71	0	0.00	1	0.78	1	0.66
9	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
10	0	0.00	0	0.00	1	0.78	0	0.00
TOTAL	561	100.00	95	100.00	128	100.00	152	100.00
PROMEDIO	2.79		2.51		1.73		2.09	

Una forma de superar las dificultades que se presentan al trabajar con medidas resúmenes como el promedio, es observar el comportamiento anticonceptivo de las mujeres según número de hijos. Aquí también la distribución de frecuencias resulta ser especialmente útil. Al observar a las mujeres **sin hijos** (la minoría: 74 casos) se encuentra una tendencia mayor hacia la no utilización de métodos anticonceptivos: 34 mujeres usuarias permanentes y aceptantes y 40 ex usuarias y no aceptantes.

Al agrupar el número de hijos entre 1 y 3 (teniendo como referente la tasa global de fecundidad del país) se encuentra una tendencia mayoritaria, en términos absolutos, de las mujeres que presentan esta característica a ubicarse en el grupo de usuarias permanentes.

Se establecen además otras relaciones: las mujeres que tienen sólo un hijo se convierten más en aceptantes que en no aceptantes (41 contra 26); las mujeres que tienen entre dos y tres hijos se sitúan más en la categoría de "no aceptantes". Esto no quiere decir que las mujeres que tienen un hijo tiendan a controlar más su fecundidad, ya que el grupo de usuarias permanentes sólo alcanza a la mitad de ellas.

Las mujeres que tienen **más de tres hijos** (219 casos) presentan una tendencia mayoritaria a la utilización permanente de métodos anticonceptivos.

Para verificar si existen diferencias entre la aceptabilidad o no aceptabilidad de un método anticonceptivo según el número de hijos, se agrupó el número de hijos en tres categorías:

- a) sin hijos
- b) entre uno y tres hijos
- c) más de tres hijos

Se aplicó una prueba Ji-cuadrado que sometiera a prueba la siguiente hipótesis nula:

"No existen diferencias significativas entre el número de hijos de las mujeres aceptantes y no aceptantes".

El test Ji-cuadrado arrojó lo siguiente:

GRUPO	NUMERO DE HIJOS			Row Total
	SIN HIJOS	ENTRE 1 Y 3	MAS DE 3	
ACEPTANTES	29	84	15	128 45.7
NO ACEPTANTES	36	81	35	152 54.3
Column Total	65 23.2	165 58.9	50 17.9	280 100.0

Chi-Square	Value	DF	Significance
-----	-----	-----	-----
Pearson	6.80122	2	.03335

El nivel de significación arrojado por la prueba hace que se rechaze la hipótesis nula que planteaba inexistencia de diferencias, encontrando por tanto una relación entre el número de hijos y la aceptabilidad o no aceptabilidad de un método anticonceptivo. Para medir la fuerza de esta relación se aplicó el test Lambda el cual se comportó de la siguiente manera:

Statistic	Value	ASE1	T-value	Significance
Lambda :				
symmetric	.01235	.05254	.23357	
with GRUPO dependent	.02344	.09917	.23357	
with HIJOS dependent	.00000	.00000		

Considerando al grupo como dependiente se puede observar una fuerte asociación entre número de hijos y aceptabilidad de métodos anticonceptivos: la predicción de la aceptación de un método a partir del número de hijos que tiene una mujer disminuye 2% de los errores. Por lo tanto, la fuerza de la asociación entre ambas variables es muy baja.

El tercer factor de tipo demográfico considerado es el **estado civil**. Su relación con el comportamiento anticonceptivo se presenta en el cuadro 11.

CUADRO 11: COMPORTAMIENTO ANTICONCEPTIVO POR ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	US. PERMANENTES		EX USUARIAS		ACEPTANTES		NO ACEPTANTES	
	N	%	N	%	N	%	N	%
SIN PAREJA	12	2.14	8	8.42	19	14.84	50	32.89
CASADA	482	85.92	75	78.95	89	69.53	77	50.66
CONVIVIENTE MAS DE 1 AÑO	58	10.34	9	9.47	13	10.16	16	10.53
CONVIVIENTE MENOS DE 1 AÑO	3	0.53	1	1.05	4	3.13	2	1.32
OTRA	6	1.07	2	2.11	3	2.34	7	4.61
TOTAL	561	100.00	95	100.00	128	100.00	152	100.00

Un primer aspecto que llama la atención es que tanto en el grupo de **usuarias permanentes** y **ex usuarias** como en los grupos de **aceptantes** y **no aceptantes**, las mujeres casadas presentan porcentajes superiores al 50%. Aquí nuevamente topamos con un problema del

número de casos: las mujeres casadas representan 77% del total de mujeres en estudio. Se hace necesario entonces explorar en términos absolutos la distribución de cada categoría del estado civil frente al comportamiento anticonceptivo.

Considerando a las mujeres **sin pareja** (89 casos) se observa una tendencia mayoritaria a pertenecer al grupo de **no aceptantes** (50). Contrariamente, entre las mujeres **casadas** (723) y las mujeres **convivientes más de un año** (96) la tendencia es a la **utilización permanente**, con pesos similares al interior de cada grupo. El número de casos en la categoría **conviviente menos de un año** (10) impide establecer algún tipo de relación con suficiente certeza. Sólo se puede observar que 7 de ellas se sitúan en la categoría **aceptantes y usuarias permanentes**.

Para verificar si existe asociación entre el estado civil y la aceptabilidad o no aceptabilidad de un método anticonceptivo, se realizó una prueba Ji-cuadrado. Para tal efecto se determinaron 3 categorías:

- a) sin pareja
- b) casada
- c) conviviente (independientemente del tiempo).

La prueba Ji-cuadrado buscó verificar la siguiente hipótesis nula:

"No existen diferencias significativas entre el estado civil de las mujeres aceptantes y no aceptantes".

La aplicación de la prueba arrojó lo siguiente:

GRUPO	ESTADO CIVIL			Row Total
	SIN PAREJA	CASADA	CONVIV.	
ACEPTANTES	19	89	17	125 46.3
NO ACEPTANTES	50	77	18	145 53.7
Column Total	69 25.6	166 61.5	35 13.0	270 100.0

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	13.41571	2	.00122

Como se puede observar, la significación arrojada por la prueba es bastante alta, superior al nivel mínimo aceptado en este estudio por lo que la hipótesis nula que planteaba inexistencia de diferencias es rechazada. Para medir la fuerza de la asociación entre el estado civil y la aceptabilidad y no aceptabilidad de un método anticonceptivo se aplicó la prueba Lambda, la cual se comportó de la siguiente forma:

Statistic	Value	ASE1	T-value	Significance
Lambda :				
symmetric	.05240	.05480	.93288	
with GRUPO dependent	.09600	.09800	.93288	
with RELAPAR dependent	.00000	.00000		

Considerando al grupo como dependiente, se observa que el coeficiente Lambda presenta un valor de .09. Esto quiere decir que predecir la aceptabilidad de un método anticonceptivo en función del estado civil disminuye 9% el error de la predicción, lo que señala una débil asociación entre estado civil y aceptabilidad o no aceptabilidad de un método anticonceptivo.

El último factor de tipo demográfico considerado es el **tiempo de residencia en Santiago**. El cuadro 12 presenta su distribución frente al comportamiento anticonceptivo.

CUADRO 12: COMPORTAMIENTO ANTICONCEPTIVO POR TIEMPO DE RESIDENCIA EN SANTIAGO

TIEMPO	US. PERMANENTES		EX USUARIAS		ACEPTANTES		NO ACEPTANTES	
	N	%	N	%	N	%	N	%
MENOS DE 10 AÑOS	23	4.10	2	2.11	6	4.69	7	4.61
MÁS DE 10 AÑOS	538	95.90	92	96.84	122	95.31	143	94.08
SIN RESPUESTA	0	0.00	1	1.05	0	0.00	2	1.32
TOTAL	561	100.00	95	100.00	128	100.00	152	100.00

Lo primero que llama la atención es que casi la totalidad de las mujeres por cada grupo han vivido **más de 10 años** en Santiago. En consecuencia estamos otra vez frente a un problema de número de casos.

Considerando a las mujeres que han vivido **menos de diez años** en Santiago (38 casos) se observa que más de la mitad de ellas utilizan, en forma permanente, algún tipo de método anticonceptivo, situación que se repite en las mujeres que viven hace **más de diez años** (885 casos en total).

Dada la gran diferencia entre el número de casos de las categorías de esta variable se consideró innecesario realizar una prueba estadística para verificar asociación entre esta variable y el comportamiento anticonceptivo.

V.4. FACTORES PSICOSOCIALES

Los factores de tipo psicosocial considerados como relevantes para la explicación del comportamiento anticonceptivo son: **religiosidad, opinión frente al embarazo, opinión frente al uso de métodos anticonceptivos y conocimiento de métodos anticonceptivos.**

Las relaciones entre el primer factor **religiosidad** y el comportamiento anticonceptivo se presentan en el cuadro 13.

CUADRO 13: COMPORTAMIENTO ANTICONCEPTIVO POR RELIGIOSIDAD

RELIGIOSIDAD	US. PERMANENTES		EX USUARIAS		ACEPTANTES		NO ACEPTANTES	
	N	%	N	%	N	%	N	%
SIN RELIGION	12	2.14	2	2.11	5	3.91	3	1.97
MUY RELIGIOSA	78	13.90	14	14.74	24	18.75	33	21.71
MEDIANAMENTE RELIGIOSA	336	59.89	55	57.89	67	52.34	83	54.61
POCO RELIGIOSA	125	22.28	23	24.21	30	23.44	29	19.08
NO SABE	10	1.78	1	1.05	2	1.56	4	2.63
TOTAL	561	100.00	95	100.00	128	100.00	152	100.00

Como se observa en este cuadro, la categoría **medianamente religiosa** es presentada por 541 mujeres (58%), siendo mayoría en todas los grupos. Se hace necesario entonces explorar el comportamiento anticonceptivo al interior de cada categoría de religiosidad. La mitad de las mujeres que se declararon **sin religión** (22 casos) se sitúan en el grupo de **usuarias permanentes**. De igual forma, la mitad de las mujeres que se autocalificaron como **muy religiosas** (149 casos) se ubican en este grupo. Esto no llama la atención ya que, tal como se señala en los aspectos teóricos de este estudio, la religión cada vez ha perdido mayor influencia en la modificación del comportamiento anticonceptivo. Reafirma ésto el hecho de que entre las mujeres **medianamente religiosas** se siga la misma tendencia que los grupos anteriores, lo cual también se presenta en el grupo de **poco religiosas**.

Para verificar las relaciones entre religiosidad y aceptabilidad y no aceptabilidad de un método anticonceptivo se aplicó la prueba Ji-cuadro que pone a prueba la siguiente hipótesis nula:

"No existen diferencias significativas en la religiosidad de las mujeres aceptantes y no aceptantes".

La prueba arrojó los siguientes resultados:

GRUPO	RELIGIOSIDAD			Row Total
	MUY RELIGIO	MEDIANA. RELIGIO	POCO RELIGIO	
ACEPTANTES	24	67	30	121 45.5
NO ACEPTANTES	33	83	29	145 54.5
Column Total	57 21.4	150 56.4	59 22.2	266 100.0

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	.98729	2	.61040

Como se puede observar, el nivel de significación arrojado obliga a aceptar la hipótesis nula, comprobándose que no existen diferencias en la religiosidad de las mujeres aceptantes y no aceptantes.

El segundo componente psicosocial sujeto a análisis es la **opinión frente al embarazo**. Como se señaló en los aspectos metodológicos de este estudio, la opinión fue medida en términos del "miedo" que la mujer declaró sentir frente al estado de gravidez. Sus relaciones con el comportamiento anticonceptivo se señalan en el cuadro 14.

CUADRO 14: COMPORTAMIENTO ANTICONCEPTIVO POR MIEDO AL EMBARAZO

MIEDO	US.Permanentes		EX USUARIAS		ACEPTANTES		NO ACEPTANTES	
	N	%	N	%	N	%	N	%
NINGUNO	278	49.55	45	47.37	65	50.78	86	56.58
POCO	58	10.34	9	9.47	22	17.19	13	8.55
REGULAR	47	8.38	15	15.79	15	11.72	9	5.92
MUCHO	178	31.73	26	27.37	26	20.31	44	28.95
TOTAL	561	100.00	95	100.00	128	100.00	152	100.00

En el grupo de **usuarias permanentes** se observa que la mitad de las mujeres declararon no sentir **ningún** miedo frente al embarazo, situación que se repite en el grupo de **ex usuarias**, **aceptantes** y **no aceptantes**. Esto no es extraño si se considera que 474 mujeres (50%) declararon no sentir miedo alguno frente al embarazo. Se hace necesario entonces verificar las relaciones según grado de temor. Entre las mujeres que declararon no sentir **ningún** miedo frente al embarazo se observa que más de la mitad de ellas son **usuarias permanentes**. La ubicación que le sigue en términos absolutos es la categoría **no aceptantes**.

La mitad de las mujeres que declararon sentir **poco** miedo frente al embarazo (102 casos) también se ubican en la categoría de **usuarias permanentes**, seguido por la categoría de **aceptantes**.

Entre las mujeres que declararon sentir **regular** (86 casos) o **mucho** temor (271 casos) la situación se presenta similar: son mayoritariamente **usuarias permanentes** y presentan igual número de casos en los grupos de **ex usuarias** y **aceptantes**. Las **no aceptantes** ocupan el segundo lugar.

Para verificar las diferencias entre el temor al embarazo en las mujeres aceptantes y no aceptantes se aplicó una prueba Ji-cuadrado que sometiera a prueba la siguiente hipótesis nula:

"No existen diferencias significativas en el temor al embarazo entre las mujeres aceptantes y no aceptantes".

La prueba arrojó los siguientes resultados:

GRUPO	MIEDO AL EMBARAZO				Row Total
	NINGUNO	UN POCO	REGULAR	MUCHO	
ACEPTANTES	65	22	15	26	128 45.7
NO ACEPTANTES	86	13	9	44	152 54.3
Column Total	151 53.9	35 12.5	24 8.6	70 25.0	280 100.0

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	9.37512	3	.02470

Como se puede observar, la significación de la prueba es bastante alta, por lo que se rechaza la hipótesis nula que planteaba la inexistencia de diferencias en el miedo al embarazo entre las mujeres aceptantes y no aceptantes. Para verificar la fuerza de la relación se aplicó la prueba Lambda, la cual se comportó de la siguiente manera:

Statistic	Value	ASE1	T-value	Significance
Lambda :				
symmetric	.05837	.02866	1.96627	
with GRUPO dependent	.11719	.05638	1.96627	
with MIEDOEMB dependent	.00000	.00000		

Considerando el miedo al embarazo como independiente se puede observar que el valor de Lambda alcanza a .11, es decir, predecir la aceptación o no aceptación de un método anticonceptivo según el temor al embarazo, disminuye 11% los errores. Es decir, estamos ante una débil asociación entre ambas variables.

El tercer factor psicosocial considerado es la **opinión frente al uso de métodos anticonceptivos**. Al igual que en el caso anterior, ésta fue medida según el "miedo" a la utilización de anticonceptivos expresado por cada mujer. El cuadro 15 presenta estas relaciones.

CUADRO 15: COMPORTAMIENTO ANTICONCEPTIVO POR MIEDO A LA UTILIZACION DE ANTICONCEPTIVOS

MIEDO A UTILIZAR METODOS	US.PERMANENTES		EX USUARIAS		ACEPTANTES		NO ACEPTANTES	
	N	%	N	%	N	%	N	%
MUCHO	93	16.58	31	32.63	38	29.69	42	27.63
REGULAR	167	29.77	28	29.47	37	28.91	31	20.39
NINGUNO	295	52.58	35	36.84	50	39.06	75	49.34
NO SABE	6	1.07	1	1.05	3	2.34	4	2.63
TOTAL	561	100.00	95	100.00	128	100.00	152	100.00

El grupo de **usuarias permanentes** en su mitad está formado por mujeres que manifestaron no sentir **ningún** temor frente al uso de métodos anticonceptivos (53%). El menor porcentaje (17%) corresponde a mujeres que declararon sentir **mucho** miedo.

El grupo de **ex usuarias** también presenta un porcentaje mayoritario, aunque menor, de mujeres que declararon **no** sentir miedo frente al uso de anticonceptivos (37%). Las categorías **mucho** y **regular** presentaron porcentajes similares: 33% y 29% respectivamente.

El grupo de mujeres **aceptantes** presenta un comportamiento muy similar al grupo anterior frente al temor a la utilización de métodos anticonceptivos: 39% **ninguno**, 30% **mucho** y 29% **regular**.

El grupo de mujeres **no aceptantes** tiende a variar un poco: a pesar de pertenecer a este grupo, 50% manifiesta no sentir ningún temor.

Si se analiza el comportamiento anticonceptivo según el temor frente a la utilización de anticonceptivos el panorama anterior tiende a variar, especialmente porque aquellas mujeres

que manifestaron no sentir temor alguno representan casi 50% del total. Realizando esta lectura se puede ver que mientras el grado de temor disminuye, aumenta la proporción de mujeres usuarias permanentes al interior de cada una de estas categorías. Así mismo, disminuye el peso de las no aceptantes. Esto señala algún tipo de relación, mucho más claro que con respecto al embarazo, entre el miedo declarado frente a la utilización de métodos anticonceptivos y la utilización efectiva.

Para verificar si existen diferencias significativas entre el temor experimentado hacia la utilización de métodos anticonceptivos entre el grupo de aceptantes y no aceptantes se aplicó una prueba Ji-cuadrado que permitiera verificar la siguiente hipótesis nula:

"No existen diferencias significativas en el miedo a la utilización de métodos anticonceptivos entre las mujeres aceptantes y no aceptantes".

El test Ji-cuadrado arrojó los siguientes resultados:

		MIEDO			Row Total
		MUCHO	REGULAR	NINGUNO	
GRUPO	ACEPTANTES	38	37	50	125 45.8
	NO ACEPTANTES	42	31	75	148 54.2
Column Total		80 29.3	68 24.9	125 45.8	273 100.0

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	3.81879	2	.14817

Como se puede observar, el nivel de significación arrojado hace aceptar la hipótesis nula: no existen diferencias entre el temor experimentado hacia la utilización de métodos anticonceptivos por las mujeres aceptantes y no aceptantes.

El último de los factores de tipo psicosocial considerados es el **conocimiento de métodos anticonceptivos**. Este factor presenta especial importancia ya que, de encontrar algún tipo de relación entre ellos, estaría señalando que la no utilización podría deberse a un desconocimiento de los métodos. Estas relaciones se plantean en el cuadro 16.

CUADRO 16: COMPORTAMIENTO ANTICONCEPTIVO POR NIVEL DE CONOCIMIENTO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

CONOCIMIENTO	US. PERMANENTES		EX USUARIAS		ACEPTANTES		NO ACEPTANTES	
	N	%	N	%	N	%	N	%
HASTA CUATRO	68	12.12	11	11.58	19	14.84	26	17.11
ENTRE CINCO Y NUEVE	332	59.18	59	62.11	83	64.84	71	46.71
MA DE DIEZ	161	28.70	25	26.32	26	20.31	55	36.18
TOTAL	561	100.00	95	100.00	128	100.00	152	100.00

Una mirada rápida al cuadro 10 indica que aquellas mujeres que conocen **entre 5 y 9** métodos anticonceptivos son mayoría en todas las categorías del comportamiento anticonceptivo. Esto es así debido a que estas mujeres representan 58% del total, cifra bastante considerable. Frente a este panorama, es necesario penetrar al interior de cada nivel de conocimiento.

Las mujeres que conocen **hasta cuatro** métodos anticonceptivos (124 casos) presentan, en términos absolutos, una mayor ubicación en el grupo de **usuarias permanentes**. La segunda ubicación, bastante distanciada de la anterior, es la de **no aceptantes**.

Más de la mitad de las mujeres que conocen **menos de diez métodos** (545 casos en total) se sitúan también en el grupo de **usuarias permanentes**. En segundo lugar, y bastante distanciada del número anterior, se encuentra el grupo de **aceptantes**.

Finalmente, en las mujeres que conocen **entre cinco y nueve métodos** (267 casos) se produce también que más de la mitad de ellas se sitúan en la categoría de **usuarias permanentes**. La relación entre conocimiento de métodos anticonceptivos y comportamiento anticonceptivo se daría al parecer no a nivel de esta categoría, sino que a nivel del grupo

de **no aceptantes**: mientras que en aquellas mujeres que conocen hasta cuatro métodos anticonceptivos el porcentaje llega a 20%, en las mujeres que conocen menos de diez llega a 13%.

Para verificar la relación entre el conocimiento de métodos anticonceptivos y su aceptación se realizó una prueba Ji-cuadrado bajo la siguiente hipótesis nula:

"No existen diferencias significativas en el conocimiento de métodos anticonceptivos entre las mujeres aceptantes y no aceptantes".

La prueba arrojó los siguientes resultados:

GRUPO	CONOCIMIENTO			Row Total
	HASTA 4	ENTRE 5 Y 9	MAS DE 10	
ACEPTANTES	19	83	26	128 45.7
NO ACEPTANTES	26	71	55	152 54.3
Column Total	45 16.1	154 55.0	81 28.9	280 100.0

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	10.42613	2	.00544

Como se puede observar, el nivel de significación de la prueba hace rechazar la hipótesis nula, encontrando que existen diferencias en el nivel de conocimiento de las mujeres aceptantes y no aceptantes. Para medir la fuerza de esta relación se aplicó el test Lambda el cual arrojó los siguientes resultados:

Statistic	Value	ASE1	T-value	Significance
Lambda :				
symmetric	.04724	.04772	.96861	
with GRUPO dependent	.09375	.09229	.96861	
with CONOCE dependent	.00000	.00000		

Como se puede observar, considerando al grupo como dependiente el coeficiente Lambda alcanza un valor de .09. Esto quiere decir que predecir la aceptabilidad o no aceptabilidad de un método anticonceptivo en base al conocimiento de métodos anticonceptivos, disminuye en 9% los errores de predicción. Por lo tanto la asociación entre ambas variables es de carácter débil.

Como se habrá visto, existe una serie de tendencias, algunas claras otras no tanto, entre el comportamiento anticonceptivo y las variables analizadas en este apartado. Estas relaciones merecen una reflexión sintética final, la cual será abordada en el siguiente capítulo.

CAPITULO V: SINTESIS Y CONSIDERACIONES FINALES

El hilo conductor de este estudio fue la modificación del comportamiento anticonceptivo producto de un programa de planificación familiar. El énfasis fue puesto en los factores que pueden facilitar el tránsito desde la no utilización de métodos anticonceptivos hacia la utilización racional y voluntariamente aceptada. El supuesto básico que guió este planteamiento es que las modificaciones en el comportamiento anticonceptivo serían producto del programa de planificación familiar efectuado en la población objeto de este trabajo.

Los hallazgos señalados en el capítulo anterior se resumen en tres ideas centrales:

- a) la constatación de una utilización de métodos anticonceptivos mayoritaria en ambas mediciones;
- b) el aumento significativo en la utilización de métodos anticonceptivos entre la primera y la segunda medición, bajo el supuesto de la efectividad del programa de planificación familiar;
- c) la concentración en el grupo de **usuarias permanentes** a nivel de todas las categorías de las variables independientes, en términos absolutos.

Los tres puntos anteriores no son independientes. Por el contrario, se plantea una consistencia lógica entre estos hallazgos, fácilmente deducible: con un nivel de utilización de métodos anticonceptivos extremadamente alto, sobretudo si se considera que la población estudiada corresponde a un sector popular de la ciudad de Santiago, era esperable que se produjera una concentración en la categoría de **usuarias permanentes** a

nivel de cada variable independiente analizada¹¹Por otra parte, la homogeneidad presentada a nivel de éstas últimas impidió, en algunos casos, realizar un análisis de tipo comparativo, incluso en términos absolutos.

El resumen de la descripción de cada factor y su relación con el comportamiento anticonceptivo señalada en el capítulo anterior constituye un ejercicio innecesario para los efectos de este capítulo. Sin embargo, teniendo en cuenta que el objetivo último es la determinación de los factores presentes en la modificación del comportamiento anticonceptivo, nos remitiremos a los hallazgos que a nivel empírico se encontraron para los grupos de mujeres "aceptantes" y "no aceptantes".

A nivel de los **factores socioeconómicos** no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas: la modificación del comportamiento anticonceptivo pareciera no ser, en la población estudiada, un factor que determine la aceptabilidad o no aceptabilidad de un método anticonceptivo.

A nivel de los **factores demográficos**, la **edad**, el **número de hijos** y el **estado civil** presentaron asociaciones estadísticamente significativas con la modificación del comportamiento anticonceptivo. Sin embargo las dos últimas son de carácter débil, especial aunque paradójicamente, el número de hijos que tiene una mujer.

La **edad** de la mujer presentó la asociación más fuerte con el comportamiento anticonceptivo entre todas las variables analizadas. La tendencia se comporta de la siguiente forma: entre los 15 y 34 años la aceptabilidad predomina sobre la no aceptabilidad; a partir de los 35 años esta situación se revierte.

¹¹ la exactitud en la medición del nivel de utilización de métodos anticonceptivos es un factor que escapa a las posibilidades de verificación mediante este trabajo.

A nivel de los factores **psicosociales**, de especial interés en este trabajo, se encontró que el **temor frente al embarazo** y el **conocimiento de métodos anticonceptivos** serían factores que diferencian significativamente a las mujeres **aceptantes** y **no aceptantes** de un método anticonceptivo. La **religiosidad**, y en forma paradójal el **miedo a la utilización de métodos anticonceptivos** resultaron como factores no asociados a la modificación del comportamiento anticonceptivo¹². Las asociaciones encontradas entre conocimiento de métodos anticonceptivos y temor al embarazo con la modificación del comportamiento anticonceptivo son, sin embargo, débiles.

Lo señalado hasta ahora puede hacer pensar que no existen factores relevantes tendientes a modificar el comportamiento anticonceptivo. Más allá de esto, se podría afirmar que lo que en algún momento denominamos "conciencia reguladora" se encontraría, al menos en esta población, en un estado altamente desarrollado donde la prevención del embarazo no deseado se convierte en una acción racional y voluntariamente planificada, independientemente de condiciones que operan diferencialmente en cada mujer o pareja.

Para el caso de Chile ésta pareciera no ser la situación. Si bien se ha señalado que no existen mayores diferencias en la fecundidad a nivel de estratos socioeconómicos y sectores geográficos, esto respondería más a un patrón ideal de familia generalizado que a comportamientos anticonceptivos homogéneos. Indicador de esto es la incidencia del aborto inducido que sería diferencial según estrato socioeconómico, lo que se contradice con una maduración generalizada de la conciencia reguladora a nivel de todos los estratos sociales. Esto sería así a menos que **CORTIJO** fuera una excepción frente al comportamiento anticonceptivo, en relación al resto de las poblaciones con características similares que

¹² el hecho de no encontrar asociación significativa entre el miedo a la utilización de métodos anticonceptivos y la aceptabilidad y no aceptabilidad de un método anticonceptivo llama a la reflexión, especialmente por reiteradas constataciones a nivel empírico entre el temor a la utilización de métodos anticonceptivos como razón de no utilización. Frente a esto existen dos alternativas: a) efectivamente no existe asociación en las mujeres en estudio respecto a su temor a los métodos anticonceptivos y la utilización de éstos; o b) existen problemas de medición de esta variable los cuales fueron señalados en el capítulo "Procedimientos Metodológicos".

existen en nuestro país, o al menos en el Area Metropolitana. Los hallazgos que esta investigación arrojó permiten sin embargo formular explicaciones tentativas de este fenómeno.

Si consideramos que son los factores de naturaleza psicosocial y demográfica los que resultaron asociados a la modificación del comportamiento anticonceptivo, una primera hipótesis plantea que en la maduración de la conciencia reguladora los factores socioeconómicos están perdiendo cada vez más importancia. Sin embargo este planteamiento debe ser cuidadosamente estudiado, considerando la homogeneidad socioeconómica al interior de la población estudio: abordar el comportamiento anticonceptivo entre mujeres de distintos estratos socioeconómicos podría tal vez refutar esta afirmación. Sin embargo, lo más probable es que en este nivel persistan diferencias, pero que éstas sean cada vez menores.

Lo anterior cobra sentido si se asume que en el contexto de una sociedad cada vez más integrada a nivel de las comunicaciones, fundamentalmente por el papel de los medios de comunicación de masas, la difusión de un tamaño menor de familia surge como elemento unificador que trasciende las barreras socioeconómicas. En materia de prevención la difusión de métodos anticonceptivos ha sido un elemento paralelo en esta unificación socioeconómica del comportamiento reproductivo, sobretodo por los programas de planificación familiar, que en forma institucional comenzaron en Chile a partir de 1965. En este sentido, las campañas publicitarias que tímidamente han comenzado a aparecer como herramienta de prevención de la transmisión del SIDA, será un elemento que probablemente tenderá a disminuir aún más las diferencias a nivel socioeconómico en el comportamiento anticonceptivo, producto de una difusión indirecta de los métodos de anticoncepción.

La influencia cada vez menor de los factores socioeconómicos en la modificación del comportamiento anticonceptivo nos remite a la necesidad de indagar en el ámbito de la vida cotidiana. En este nivel, las experiencias de vida resultan de elementos que configuran

posturas distintas frente a la reproducción y la anticoncepción, aún en el marco de una sociedad hipercomunicada. Es por esto que no es casual que los factores de naturaleza psicosocial resultaran asociados a la modificación del comportamiento anticonceptivo. Sin embargo, las variables estudiadas representan una muestra escasa del papel que este tipo de factores puede jugar frente a la anticoncepción. Un análisis que recogiera las experiencias de vida de las mujeres y su historia anticonceptiva permitiría profundizar en este aspecto. Los hallazgos en esta materia son elementos fundamentales de ser incluidos en un programa de planificación familiar que no persiga solamente la modificación del comportamiento anticonceptivo aumentando el número de usuarias -que a excepción de la esterilización pueden disminuir después de un período de tiempo- sino transformar la actitud hacia la anticoncepción.

El hecho de que la edad haya sido la variable que presentó la asociación más fuerte con el comportamiento anticonceptivo encontrada en este estudio es un elemento no ajeno a lo anterior. La edad es mucho más que un atributo cronológico: representa formas de socialización diferenciales entre generaciones. La tendencia mayoritaria encontrada hacia la utilización de métodos anticonceptivos por las mujeres más jóvenes estaría señalando entonces una modificación a nivel de la actitud frente a la regulación conciente de la fecundidad.

Finalmente, es necesario refirse a las líneas de investigación que se generan a partir de este estudio. Como se señaló, este trabajó, desarrollado a partir del proyecto "Prevención del embarazo en mujeres con alto riesgo de aborto", dirigido por el Doctor Ramiro Molina, Director del Centro de Medicina Reproductiva de la Adolescente, dependiente de la Universidad de Chile, corresponde al primer nivel de análisis de la modificación del comportamiento anticonceptivo producto de un programa de planificación familiar que este proyecto permite, y en cierta forma también exige. De ahí que para establecer relaciones más profundas sobre este tema es conveniente una línea de continuidad a esta investigación que incluya:

a) un análisis similar al realizado en este estudio para las dos poblaciones que no fueron estudiadas en este trabajo (Pincoya y Quinta Bella).

b) un análisis comparativo entre las tres poblaciones, a nivel de los doce grupos que resultan de la caracterización del comportamiento anticonceptivo utilizada en este trabajo.

Si bien las líneas de continuidad planteadas permitirán profundizar más claramente en los factores que actúan en la modificación del comportamiento anticonceptivo, la búsqueda de asociaciones estadísticas, con altas exigencias en el plano metodológico, sólo corresponden a abstracciones que no representan a cabalidad el fenómeno a nivel de la realidad concreta. En este sentido, las asociaciones parciales que se pueden formular sólo contribuyen a seleccionar aquellos factores que estarían presentes pero no dan cuenta de sus interrelaciones. La búsqueda del conjunto de factores presentes en la modificación del comportamiento anticonceptivo así como sus interrelaciones supone un abordaje integrador que constituye una primera tarea pendiente. La segunda tarea es recoger estos hallazgos y utilizarlos en experiencias concretas que en materia de anticoncepción promuevan el tránsito desde la reparación o indiferencia hacia la prevención.

BIBLIOGRAFIA

Avendaño, Onofre (1986): Entrevista en boletín APROFRA "Doctor Avendaño: por qué comenzamos con la planificación familiar en Chile". Año 22, No. 7-12.

Briones, Guillermo (1987): "Métodos y técnicas de investigación para las ciencias sociales". Ed. Trillas, México.

Davis-Blake (1967): "Factores sociológicos de la fecundidad". El Colegio de México-CELADE, México.

Gaslonde, Santiago (1971): "Algunos hallazgos de investigaciones de CELADE. Utilidad de estos hallazgos para mejorar programas de planificación familiar en América Latina". CELADE, Santiago.

González, Gerardo (1978): "Estrategias de desarrollo y transición demográfica: el caso de Chile". CELADE, Santiago.

Guzman-Bravo (1991): "Transición de la fecundidad: teoría y análisis". Apuntes de clases, CELADE, Santiago.

Herrera, Mario (1973): "Aborto y planificación familiar". Cuadernos Médico-Sociales, vol. XIV No 2:9-19, Santiago.

INES-CELADE : "La transición de la fecundidad en Chile, un análisis por grupos socioeconómicos y áreas geográficas, 1950-1985". Santiago.

Molina, Ramiro (1990): "Prevención del embarazo en mujeres con alto riesgo de aborto". En Requena Mariano: "Aborto inducido en Chile". Sociedad Chilena de Salud Pública, Santiago.

Raczynski-Serrano (1984): "Mujer y Familia en un sector popular urbano: resultados de un estudio de casos". Apuntes CIEPLAN No 47, Santiago.

Requena, Mariano (1990): "El Aborto Inducido en Chile" en "Aborto inducido en Chile" op. cit.:17-46.

Requena, Mariano (1990): "La legalidad del aborto inducido en el mundo" en op. cit.:129-158.

Silva, Ana Marfa (1990): "Estadísticas sobre planificación familiar y aborto en Chile". Instituto de la Mujer, Santiago

Viel, Benjamín (1990): "La regulación de la fecundidad en Chile". En "Aborto inducido en Chile" op. cit.:9-16.

Viel, Benjamín - Campos, Waldo (1989): "Principales índices biodemográficos y de salud en Chile entre 1950 y 1987". Asociación Chilena de Protección de la Familia-APROFA, Santiago.

Weisner, Mónica (1990): "Comportamiento reproductivo y aborto inducido en mujeres chilenas de sectores populares: una perspectiva antropológica". En "Aborto inducido en Chile" op. cit.:81-118.

ANEXO

PROYECTO 05062

¡Saludar! Estimada señora o señorita, soy una funcionaria del hospital José Joaquín Aguirre y estamos investigando algunos aspectos de la salud de la mujer que nos permite contribuir mejoramiento de Consultorio donde se atiende la mayoría de las personas de esta población. La encuesta es totalmente privada y su nombre sólo se necesita para ubicarla mas adelante si fuera necesario. Esta casa ha sido sorteada para este estudio y Ud. está en absoluta libertad de rechazar o aceptar contestar. Sin embargo, la información suya es muy valiosa e indispensable. ¿ Podría comenzar preguntando?

<p>1.- Nº Identificación ----- -----</p> <p>2.- Entrevista: Inicial 1 Final 2 Otra 3</p> <p>3.- Población: Pincoya 1 Quinta Buin 2 Cortijo 3</p> <p>4.- Fecha Entrev. Terminada ----- DIA MES AÑO</p>	<p>No marcar es sólo para codificar.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4</p> <p><input type="checkbox"/> 5</p> <p><input type="checkbox"/> 6</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7 8 9 10 11 12 DIA MES AÑO</p>	<p>9.- ¿ Dónde nació Ud. ? Región: _____ Provincia: _____ Localidad: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 27 28 29 Reg. Prov. Loc.</p>																																				
<p>5.- Nº Manzana : _____</p> <p>6.- Nº Casa : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 13 14</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15 16 17 18</p>	<p>10.- Ahora le voy a preguntar acerca de los lugares en que ha vivido en los últimos 10 años y antes; partiremos del lugar actual que es SAN TIAGO y retrocederemos en el tiempo. (INDAGAR Y COMPLETAR LA SIGUIENTE TABLA)</p>																																					
<p>INFORMACION GENERAL</p> <p>Desearía hacerle algunas preguntas generales y personales.</p> <p>7.- ¿Cuándo nació Ud.? ----- DIA MES AÑO</p> <p>8.- ¿ Qué edad cumplió en su último cumpleaños? ----- años</p>		<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 19 20 21 22 23 24 DIA MES AÑO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 25 26</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>RESIDENCIA</th> <th>NOMBRE CIUDAD</th> <th>FECHAS</th> <th colspan="2">CIUD. PUE. RU.</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th>desde hasta</th> <th>MES AÑO</th> <th>PR. CHIRA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ACTUAL</td> <td>Stgo</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>Residencia anterior</td> <td></td> <td>desde hasta</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Residencia anterior</td> <td></td> <td>desde hasta</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Residencia anterior</td> <td></td> <td>desde hasta</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Residencia anterior</td> <td></td> <td>desde hasta</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		RESIDENCIA	NOMBRE CIUDAD	FECHAS	CIUD. PUE. RU.				desde hasta	MES AÑO	PR. CHIRA	ACTUAL	Stgo			X	Residencia anterior		desde hasta			Residencia anterior		desde hasta			Residencia anterior		desde hasta			Residencia anterior		desde hasta		
RESIDENCIA	NOMBRE CIUDAD	FECHAS	CIUD. PUE. RU.																																				
		desde hasta	MES AÑO	PR. CHIRA																																			
ACTUAL	Stgo			X																																			
Residencia anterior		desde hasta																																					
Residencia anterior		desde hasta																																					
Residencia anterior		desde hasta																																					
Residencia anterior		desde hasta																																					
		<p>Para codificar pregunta 10</p> <p>Número de meses en Santiago <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 30 31 32</p> <p>Número lugares diferentes o áreas de residencia en los últimos 10 años. <input type="checkbox"/> 33</p> <p>Número total de meses ciudades principales. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 34 35</p> <p>Número total de meses en pueblos chicos últimos 10 a. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 36 37</p> <p>Número total meses áreas Rurales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 38 39</p> <p>Residencia anter. últimos 10 años. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 40 41</p>																																					

Aspectos Económicos

- 11.- Tipo de Habitación
 Casa 1
- Departamento 2 42
 Cité 3
 Media agua o mejora 4
 Rancho 5
 Otra (especificar) 7
-
- No se pudo Cal. 9
- 12.- Tenencia de la vivienda
 Propia 1 43
 Cedida 2
 Arrendada 3
 Allegado 4
 Toma 5
 Otra (especificar) 6
-
- No sabe 8
 No contesta 9

- 13.- Material del cual está hecho el piso de la casa. (pregunte y verifique visualmente)
 Madera elaborada o flexi o goma o baldosa o cubrepiso 1 44
 Concreto sin pulir 2
 Madera en bruto 3
 Parte de tierra y parte de otro material 4
 Sólo piso de tierra 5
 No se logra apreciar 9

- 14.- ¿Existe aparato de TV funcionando en la casa? (pregunte y verifique visualmente)
 Color+blanco y negro funcionando 1
 Sólo color funcionando 2 45
 Sólo blanco y negro funcionando 3
 Aparato no funciona 4
 Sin TV 5
 No se logra apreciar 9

15.- ¿Cuántas personas viven en esta casa, incluyendo las guaguas?
 N° _____ 46

16.- ¿Cuántas camas hay en esta casa, incluyendo las cunas.
 N° de camas y cunas: _____ 47

ASPECTOS-SOCIO ECONOMICOS

17.- ¿En qué trabaja Ud. actualmente y en qué lo hacía hace un año atrás?

	ACTUAL (A)	HACE UN AÑO (B)	
Dueña de casa	0	0	
Asesora del Hogar	1	1	(A)
Obrera	2	2	<input type="checkbox"/>
Empleada, oficinista o secretaria	3	3	48
Técnico Profesional	4	4	(B)
Estudiante	5	5	<input type="checkbox"/>
Profesional Unive.	6	6	49
Cesante	7	7	
Otro	8	8	
No contesta	9	9	

18.- ¿Cuál es el último curso que aprobó y en qué tipo de enseñanza?

CURSO	TIPO ENSEÑANZA	CURSO
no asistió 0	Básica o primaria 0	<input type="checkbox"/> 3 A
Primero 1	Media humanid. 1	50
Segundo 2	Comercial 2	TIPO ENS.
Tercero 3	Industrial 3	<input type="checkbox"/>
Cuarto 4	Tec. Fem. 4	51
Quinto 5	Normal 5	
Sexto 6	Instituto Profes. 6	
Séptimo 7	Universitaria 7	
Octavo 8	No sabe 9	

Si contesta primaria o Básica y menos de cuarto básico pasar a pregunta 19 o de lo contrario codificar 0 en 52

19.- ¿Sabe leer y escribir?

SI = 1 NO = 2

Si sólo lee o escribe se anota NO =2 52

20.- ¿Cuál es su religión?

Católica	1
Protestante	2
Mormon	3
Ortodoxo	4
Otra (especificar)	5

53

No sabe 8
 No contesta 9
 No tiene religión 0

21.- ¿Cómo se considera Ud. frente a la religión? (lea lentamente las categorías)

Muy religiosa	1
Medianamente religiosa	2
Poco religiosa	3
No sabe	8
No contesta	9

54

22.- ¿Cuál es la actividad en la cual Ud. gasta la mayor parte de su tiempo? (No lea las categorías)

Trabajo fuera de casa	1
Estudio	2
Labores de casa	3
Ve tv, escucha radio	4
Actividades sociales, visitas, etc.	5
Compra, vitrina	6
Cine, baile	7
Lee	8
Hace deportes	9
Juegos electrónicos	10
Juega a las cartas u otros sim.	11
Actividades religiosas	12
Actividades artísticas	13
Otra (especifique)	14

55 56

No contesta 99

23.- ¿Cuál es la actividad de su pareja actual?

Estudiante	1
Obrero	2
Empleado	3
Dueño de un pequeño negocio o tienda.	4
Técnico profesional	5
Trabaja por cuenta propia	6
Cesante	7
No tiene pareja o esposo	8
No contesta	9

57

(Si no tiene pareja (8) pase a pregunta 26 y codifique 00 en 24, 25, 32, - 33, 34 y 35)

24.- ¿Cuál fué el último curso que aprobó su pareja, en que tipo de enseñanza?

Curso		Tipo de enseñanza	
Kinder	0	Básica o primaria	0
Primero	1		
Segundo	2	Media, Humanida des.	1
Tercero	3	Comercial	2
Cuarto	4	Industrial	3
Quinto	5	Técnica femenina	4
Sexto	6	Normal	5
Séptimo	7	Instituto profes.	6
Octavo	8	Universitaria	7
Ninguno	9	No Sabe	8

Curso Tipo

 58 59

(Si contesta primaria o básica y menos de 4º básico pasar a pregunta 26 o codificar 0 en 60)

25.- Sabe leer o escribir su pareja.

Si = 1 No = 2

(Si sólo lee o escribe se anota No = 2)

60

C . A . P . SEXUALIDAD

26.- ¿Cree Ud. que existe una edad ideal para iniciar las relaciones sexuales?

Si existe = 1 No existe = 2
 No sabe = 8 No contesta = 9

(Si contesta Si, seguir en pregunta 27, si contesta otra alternativa, codificar 00 en 27, seguir a pregunta 28)

61

27.- ¿Cuál cree Ud. que sería la edad ideal, alrededor de la cual se inicien las relaciones sexuales?

Edad en años..... No sabe 88
 No contesta 99

62 63

28.-¿Qué opina Ud. acerca de las relaciones sexuales de la mujer en los siguientes - casos?

28.1 Está de acuerdo que las practique antes del matrimonio?

Si = 1 No = 2 No sabe = 8 No contesta = 9

64

28.2 ¿Está de acuerdo que las tenga con su pareja si se van a casar pronto?

Si = 1 No = 2 No sabe = 8 No contesta = 9

65

28.3 ¿Está de acuerdo que las tenga con su pareja si está pololeando?

Si = 1 No = 2 No sabe = 8
No contesta = 9

66

28.4 ¿Está de acuerdo que las tenga con su amigo si se aman?

Si = 1 No = 2 No sabe = 8
No contesta = 9

67

29.- ¿Que opina Ud. acerca de las relaciones sexuales del hombre en los siguientes casos?

29.1 ¿Está de acuerdo que las practique antes del matrimonio?

Si = 1 No = 2 No sabe = 8
No contesta = 9

68

29.2 ¿Está de acuerdo que las tenga con su pareja si se van a casar pronto?

Si = 1 No = 2 No sabe = 8
No contesta = 9

69

29.3 ¿Está de acuerdo que las tenga con su pareja si está pololeando?

Si = 1 No = 2 No sabe = 8
No contesta = 9

70

29.4 ¿Está de acuerdo que las tenga con su amiga si se aman?

Si = 1 No = 2 No sabe = 8
No contesta = 9

71

30.- ¿Ha tenido relaciones sexuales alguna vez?

Si = 1 No = 2 No contesta = 9

72

(Si contesta Si, pasar a pregunta 31, si contesta otra alternativa, pasar a pregunta 38 y codificar 00 en 31,32,33,34,35,36,40 y codificar 77 en 37)

31.- ¿A qué edad tuvo Ud. su primera relación sexual?

..... años

73 74

(Si nunca ha tenido relaciones sexuales, anote 00)

32.- ¿Vive Ud. con su esposo o pareja?

Si = 1 No = 2 No contesta = 9

75

(Si contesta afirmativamente, pase a la pregunta 33, si contesta No o no contesta, codifique 0 en 33,34,35 y pase a la pregunta 36)

33.- ¿Cuál es su relación con esta pareja?

Casada = 1 Conviviente permanente = 2
(1 año o más)

76

Conviviente reciente = 3 Otra = 4
(menos de 1 año)

No contesta = 9

(Si no corresponde por no tener pareja, se codifica 8 y 0 si no ha tenido relaciones sexuales).

34.- ¿Cuanto tiempo lleva en esta relación?

..... años meses

años

meses

77 78

(Codificar 88 si no corresponde por no tener pareja y 99 si no contesta y 00 si no ha tenido relaciones sexuales)

35.- ¿Que edad tiene su esposo o pareja?

.....

81 82

Edad o fecha de nacimiento

(Codifique 88 si no corresponde por no tener pareja y 99 si no contesta y 00 si no ha tenido relaciones sexuales)

36.- ¿Cuántas parejas en total ha tenido Ud. previamente y cual ha sido la relación con cada una de ellas?

36.1 ¿Cuántas veces se ha casado?

NO.....

83

36.2 ¿Cuántos convivientes de más de un año de duración ha tenido?

NO.....

84

36.3 ¿Cuántos convivientes ocasionales de menos de un año de duración ha tenido?

NO.....

85

36.4 ¿Cuántos pololos ha tenido?

NO.....

86

(Si dice más de 8, codificar 8, si no contesta, codificar 9 y codificar 0 si no ha tenido relaciones sexuales)

37.- ¿Cuántas veces tuvo Ud. relaciones sexuales este último mes?

Aproximadamente
(anotar NO de veces)

87 88

(Si nunca ha tenido relaciones sexuales codificar 77)

FECUNDIDAD Y REPRODUCCION

38.- ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera regla o menstruación? (Anoté 88 si no sabe)

.....Años

89 90

39.- ¿Cuál fué la fecha de su ultima regla?

Día Mes Año

91 92 93 94 95 96

(Codificar 88 si no ha tenido regla en el curso de los últimos 12 meses y 99 si no responde)

40.- ¿Está usted embarazada?

Si = 1 No = 2 No sabe = 8
Sin relación sexual = 0

97

41.- ¿Durante el año pasado tuvo atrasos de la regla?

Si = 1 No = 2 No sabe = 8

98

(Si responde Si, pasar a pregunta 41a, si responde No, pasar a pregunta 44 y codificar 0 en 42 y 43.

41.a ¿Cuánto duró el atraso? (después de la fecha correspondiente a la regla que no llegó).

roximadamente.....mes/es
No sabe = 88 No corresponde = 99
No ha tenido atrasos = 00

99 100

42.- ¿Estaba usando algún método anticonceptivo cuando tuvo el atraso?

Si = 1 No = 2 No recuerda = 3

101

(Si responde Si pasar a pregunta 43 y si responde No seguir con pregunta 44)
(Codificar 9 si no corresponde y 0 si no tuvo atraso)

43.- ¿Qué método anticonceptivo estaba usando cuando tuvo el atraso de la regla?

Pildora	1	Métodos Naturales	8
D.I.U.	2	Esterilización fem-	
inyectable	3	nina.	9
Condón	4	Esterilización Mas-	
Diaphragma	5	culina.	10
Espemicida	6	No recuerda	88
Coito Int-		No corresponde	99
rruptus.	7	(no estaba usando)	
		No tuvo atraso	00

102 103

44.- Yo quisiera preguntarle a usted acerca de los embarazos que ha tenido; las fechas de los nacimientos y saber si alguno de los embarazos no han terminado en un parto. ¿Se ha embarazado Ud. alguna vez?

Si = 1 No = 2 No sabe = 8
Sin relaciones sexuales = 0

104

Orden de Embarazo	45.- ¿Que edad tenía Ud. cuando terminó este embarazo? (A)	46.- ¿Como terminó este embarazo? (Nacido vivo, nacido - muerto, aborto espontáneo, - aborto provocado, aborto no especificado) (B)					47.- ¿Estaba Ud. usando algún método para no embarazarse cuando ocurrió este embarazo y cuál era? (Si contesta Si, usar código del pié de página) (C)			A	B	C
		N.V.	A.E.	A.P.	Ab.No Espec.	N.M	Si	No	No sabe			
PRIMERO		1	2	3	4	5		99	8	<input type="text"/> <input type="text"/> 105 106	<input type="text"/> <input type="text"/> 107	<input type="text"/> <input type="text"/> 108 109
SEGUNDO		1	2	3	4	5		99	8	<input type="text"/> <input type="text"/> 10 11	<input type="text"/> <input type="text"/> 12	<input type="text"/> <input type="text"/> 13 14
TERCERO		1	2	3	4	5		99	8	<input type="text"/> <input type="text"/> 15 16	<input type="text"/> <input type="text"/> 17	<input type="text"/> <input type="text"/> 18 19
CUARTO		1	2	3	4	5		99	8	<input type="text"/> <input type="text"/> 120 121	<input type="text"/> <input type="text"/> 22	<input type="text"/> <input type="text"/> 23 24
QUINTO		1	2	3	4	5		99	8	<input type="text"/> <input type="text"/> 25 26	<input type="text"/> <input type="text"/> 27	<input type="text"/> <input type="text"/> 28 29
SEXTO		1	2	3	4	5		99	8	<input type="text"/> <input type="text"/> 130 131	<input type="text"/> <input type="text"/> 32	<input type="text"/> <input type="text"/> 33 34
SEPTIMO		1	2	3	4	5		99	8	<input type="text"/> <input type="text"/> 35 36	<input type="text"/> <input type="text"/> 37	<input type="text"/> <input type="text"/> 38 39
OCTAVO		1	2	3	4	5		99	8	<input type="text"/> <input type="text"/> 140 41	<input type="text"/> <input type="text"/> 42	<input type="text"/> <input type="text"/> 43 44
NOVENO		1	2	3	4	5		99	8	<input type="text"/> <input type="text"/> 45 46	<input type="text"/> <input type="text"/> 47	<input type="text"/> <input type="text"/> 48 49
DECIMO		1	2	3	4	5		99	8	<input type="text"/> <input type="text"/> 150 51	<input type="text"/> <input type="text"/> 52	<input type="text"/> <input type="text"/> 53 54

(Si en la pregunta 46 ha habido uno o más abortos provocados durante los años 1987, 1988) pregunte : Yo quisiera saber algo más acerca del último aborto o 2 últimos abortos que Ud. ha tenido.

(Si no ha habido abortos, anote 0 en 48, 49 y 50. Anote 8 en pregunta 51 y 0 en la 52.)

CODIGOS PREGUNTA # 47

Pildora	1	Métodos Naturales	8
D.I.U.	2	Esterilización fem-	
Inyectable	3	nina.	9
Condón	4	Esterilización Mas-	
Diafragma	5	culina.	10
Espermicida	6	No recuerda	88
Gravidez			

48.-¿Quién provocó estos Abortos?

- Autoprovocado = 1 Otro(Especifique)
- Médico = 2 7
- Matrona = 3
- Enfermera = 4 No sabe quién 8
- Practicante,Aux.= 5 Sin respuesta 9
- de Enfermería. Sin aborto 0
- No profesional = 6
- (Meica,curandera)

155 156

Penúltimo Aborto Ultimo Aborto.....

49.- ¿Qué método se usó para provocar este Aborto?

- Hierbas(infusión) = 1 Raspado = 7
- Medicamentos orales = 2 No sabe = 8
- Sondas o inyecciones = 3 Sin res- = 9
- Ducha vaginal = 4 puesta.
- Introducción (en la = 5 Sin aborto= 0
- vagina) de vegetales.
- Otro material intro- = 6
- ducido en la vagina.

157 158

Penúltimo Aborto..... Ultimo Aborto.....

50.- ¿Cuántos meses de Embarazo tenía - cuando se provocó el Aborto?

Penúltimo Aborto..... Ultimo Aborto.....

159 160

51.- ¿Estuvo Ud. Hospitalizada y por - cuántos días?

- No = 0 Si =(anote Nº días)
- Sin aborto = 8 No recuerda = 9

161 162

(Si es 7 días o más de 7 días,anote 7)

Penúltimo aborto..... Ultimo Aborto.....

52.- ¿Cuales fueron las razones por las cuales Ud. se provocó el aborto?

- Problemas con la pareja = 1
- Problemas con sus Padres = 2
- Problemas Económicos = 3
- Demasiados Niños = 4
- Muy pronto para tener un nuevo hijo. = 5
- Estaba Soltera = 6
- Problemas de Salud = 7
- Problemas con el Trabajo o Estudio. = 8
- No sabe = 9
- Sin Aborto = 0

Pen. Ult.
10 10

163 164

20 20

165 166

53.- Cuando Ud. supo que estaba embarazada en el último embarazo de los ocurridos en 1987 o 1988, ¿Cual fué su reacción? ¿Qué sintió?

(No lea las posibles respuestas)

- Muy feliz = 1
- Estaba feliz en algunos aspectos = 2
- pero se sentia infeliz en otros.
- Ninguna, le dió lo mismo, estaba = 3
- indiferente, no le importó.
- Estaba enojada, desesperada, no = 4
- le gustó.
- Pensó practicarse el aborto, pensó = 5
- en hacer algo para que llegara la menstruación.
- Preocupada porque no quería más hijos= 6
- No sabe = 8
- No responde = 9
- No aplicable, no se embarazó en los = 0
- años 1987 o 1988.

167

54.- ¿Cual fué la reacción de su pareja?

(El progenitor) (No lea las posibles categorías de respuesta).

- Muy feliz = 1
- Estaba feliz en algunos aspectos = 2
- pero se sentia infeliz en otros.
- Ninguna, le dió lo mismo, estaba = 3
- indiferente, no le importó.
- Estaba enojado, desesperado, no le = 4
- gustó.
- Le aconsejó que se practicara el = 5
- aborto, que hiciera algo para que le llegara la regla.
- Preocupado porque no deseaba más = 6
- hijos.
- No lo vió más después de embarazarse = 7
- No sabe = 8
- No responde = 9
- No aplicable, no hubo embarazo = 0
- en los años 1987 o 1988

168

HISTORIA ANTICONCEPTIVA

Hay diferentes métodos para prevenir el embarazo o para no quedar embarazada, estos se usan para hombres y mujeres. Le voy a nombrar una serie de métodos y desearía saber si los conoce o los ha usado. En primer lugar ¿los conoce?

NOMBRAR	55.- ¿Los conoce?			56.- ¿Los ha usado?			Conocimiento	Uso
	A			B			(A)	(B)
	SI	NO	N/S	SI	NO	N/S		
Anticonceptivo oral, pildora	1	0	9	1	0	9	<input type="checkbox"/> 169	<input type="checkbox"/> 170
Inyectables Mensual	1	0	9	1	0	9	<input type="checkbox"/> 171	<input type="checkbox"/> 172
Inyectables cada 3 meses	1	0	9	1	0	9	<input type="checkbox"/> 173	<input type="checkbox"/> 174
Pellet, Norplant, capsula en el brazo.	1	0	9	1	0	9	<input type="checkbox"/> 175	<input type="checkbox"/> 176
Dispositivo Intrauterino	1	0	9	1	0	9	<input type="checkbox"/> 177	<input type="checkbox"/> 178
Método del calendario o ritmo o cuidarse en las fecha.	1	0	9	1	0	9	<input type="checkbox"/> 179	<input type="checkbox"/> 180
Método natural o método del moco cervical o método de Billings.	1	0	9	1	0	9	<input type="checkbox"/> 181	<input type="checkbox"/> 182
Diafragma	1	0	9	1	0	9	<input type="checkbox"/> 183	<input type="checkbox"/> 184
Condón	1	0	9	1	0	9	<input type="checkbox"/> 185	<input type="checkbox"/> 186
Coito interrumpido o retiro	1	0	9	1	0	9	<input type="checkbox"/> 187	<input type="checkbox"/> 188
Jaleas, cremas u óvulos	1	0	9	1	0	9	<input type="checkbox"/> 189	<input type="checkbox"/> 190
Lavado, ducha vaginal	1	0	9	1	0	9	<input type="checkbox"/> 191	<input type="checkbox"/> 192
Vasectomía o esterilización Masculina.	1	0	9	1	0	9	<input type="checkbox"/> 193	<input type="checkbox"/> 194
Esterilización femenina	1	0	9	1	0	9	<input type="checkbox"/> 195	<input type="checkbox"/> 196

Si en la pregunta 56 contesta No a todos los métodos, pase a pregunta 58 y 59 y codifique 0 en la pregunta 57, también codifique 0 en la columna B si no ha tenido relaciones sexuales..

57.- ¿Podría Ud. indicar los métodos anti-conceptivos usados desde Enero de 1988 - mes a mes?

Calendario (para registrar tiempo de uso de anticonceptivos)

AÑO 1988

MES	
Enero	
Febrero	
Marzo	
Abril	
Mayo	
Junio	
Julio	
Agosto	
Septiembre	
Octubre	
Noviembre	
Diciembre	

Claves para colocar en cada casillero.

Sin Uso = 0	Diu = 0
Pildora = P	Diafragma = DA
Inyectable = I ₁	Condón = C
Mensual Inyectable = I ₃	Cremas, jaleas = S
c/ 3 meses	Ovulos, tabletas vaginales.
Calendario = N	Esterilización= E
Temperatura	femenina.
Billing	Esterilización= V
Lavado o ducha vaginal = L	masculina
Coito interrumpus. = CI	Otros = I

Para Codificar

pregunta 57

P

197 198

D

199 200

I₁

201 202

I₃

203 204

N

205 206

DA

207 208

C

209 210

S

211 212

E

213 214

V

215 216

CI

217 218

L

219 220

I

221 222

58.- Para aquellas mujeres que No están usando un método anticonceptivo, pregunte: ¿Cual es la razón para no usar un método?

Ambos desean una guagua Si= 1 No= 2

Solamente ella desea una guagua. Si= 1 No= 2

Solamente su pareja desea una guagua. Si= 1 No= 2

Le da lo mismo si se embaraza o no. Si= 1 No= 2

Ha tenido problemas para obtenerlo en el Policlínico o Consultorio. Si= 1 No= 2

Fue suspendido por problemas médicos en el Policlínico u Hospital. Si= 1 No= 2

Ella lo suspendió por causar molestias o le hacian daño. Si= 1 No= 2

Miedo a usarlos o sus consecuencias. Si= 1 No= 2

No sabía cual elegir Si= 1 No= 2

Piensa que es difícil que se embarace. Si= 1 No= 2

Negligencia o dejación Si= 1 No= 2

No le gustan Si= 1 No= 2

No los conoce Si= 1 No= 2

Esperando la menstruación para iniciar el uso de un método. Si= 1 No= 2

Otra, (especificar.....) Si= 1 No= 2

Si está usando algún método codifique 0

59.- Desea Ud. usar algún método anticonceptivo en el futuro?

Definitivamente Si 1

No sabe, no está segura 2

Definitivamente No 3

No contesta 8

No corresponde 9

Usa un método 0

60.- ¿Cuanto miedo le tiene Ud. al uso de anticonceptivos?

- Mucho 1
- Regular 2
- Ninguno 3
- No sabe 8
- No contesta 9

239

61.- ¿Cuanto miedo le tiene Ud. al Embarazo?

- Ninguno 1
- Un poco, algo 2
- Regular 3
- Mucho 4
- No sabe 8
- No contesta 9

240

62.- Para aquellas mujeres que actualmente están usando un método anticonceptivo, pregunte : ¿Cuál es la razón para usar el método anticonceptivo?

- No desea embarazarse nunca más 1
- Desea retrasar el embarazo por algún tiempo. 2
- Para regularizar el ciclo 3
- Otra razón (especifique)..... 4
- está usando anticonceptivo 8
- No corresponde (embarazo) 9
- Histerectomía o esterilidad.

241.

DESEO DE EMBARAZO

63.- ¿Cuantos niños más desearía tener?

- Nº 1 2 3 4 5**
- Lo que Dios mande 6
 - No corresponde (sin relación sexual o infertil 0 histerectomía) 7
 - No sabe 8
 - No responde 9

242

Si dice un número entre 1 y 4, anote el Nº en la primera línea (1-4); Si dice 5 o más marque 5.

64.- ¿Cuanto tiempo Ud. desea esperar para tener un nuevo embarazo?

- Tiempo en años.....
- Un año o menos 1
 - No está segura 66
 - Embarazada 77
 - Esterilizada o infertil 99
 - No desea más embarazos 0
 - No sabe 98

243 244

65.- ¿Como reaccionaría Ud. y su pareja, si se embarazara muy pronto o antes de lo esperado? (No lea las alternativas)

Marque el casillero en cada columna

	Codigo	A Ella	B El (Pareja)
Muy feliz	1		
Feliz	2		
Indiferente	3		
Enojado (a)	4		
Muy enojado (a)	5		
No tiene pareja	6		
No sabe	8		
No corresponde	9		
Sin relaciones sexuales	0		

A 245

B 246

Si la entrevistada No tiene pareja, codifique 6 en B.

66.- ¿Qué haría Ud. si en este año se embarazara por accidente?

- Tener la guagua y cuidarla 1
- tener la guagua y entregarla (adopción) 2
- No tener la guagua 3
- No sabe 8
- No contesta 9
- Sin relaciones sexuales 0

67.- ¿Cree Ud. que hay peligros por interrumpirse un embarazo o practicarse un aborto?

Si = 1 No = 2 No sabe = 8

(Si no responde, codificar 9 y en caso de responder Si, pasar a pregunta 68. En caso de respuesta negativa o no sabe, pasar a pregunta 69 y codificar 0 en 68)

68.- ¿Podría decirme que peligros habría?

- A
- B
- C

(registrar hasta 3 respuestas)

69.- ¿Justifica Ud. la interrupción del embarazo en algún caso o circunstancia?

Si = 1 No = 2 No sabe = 8

(Codificar 9 si no contesta y si contesta no, o no sabe termina aquí la encuesta y se codifica 0 en 83.)

247

248

A 249

B 250

C 251

252

70.-¿En que casos justifica la interrupción del embarazo o la práctica, provocación de un aborto?

	SI	NO	NO SABE
A.- Peligro de muerte de la madre.			
B.- Peligro de enfermedad grave.			
C.- Malformación del Niño.			
D.- Violación			
E.- No deseo del embarazo.			
F.- Simple decisión de ella o la pareja o ambos			
G.- Otra (especifique)			

A 253

B 254

C 255

D 256

E 257

F 258

G 259

(No leer estas alternativas, dejar sólo la respuesta espontánea, no inducir respuesta)

71.- ENTREVISTADA

NOMBRE.....
 Paterno Materno Nombres

DIRECCION.....
 Calle Número

.....
 Entre Calles Teléfono

PROYECTO 85862

¡Saludar! Estimada señora o señorita soy una funcionaria del Hospital José Joaquín Aguirre. Y Tal como u recordará hace dos años, en el verano de 1989 usted nos colaboró. Hoy quisieramos hacerle algunas pregun para saber lo que ha sucedido desde esa fecha hasta ahora. En absoluta libertad de rechazar o aceptar contes Sin embargo, la información suya es muy valiosa e indispensable. ¿Podría comenzar preguntando?:

		No marcar es sólo para codificar.	9. - ¿Cuál es la razón para no hacer la entrevista?
1.- Nº Identificación	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 3 4	- Rechazo 1
2.- Entrevista:	<input type="checkbox"/>	5	- 3 visitas y no se encontró a la entrevistada 2
Inicial 1 Final 2 Otra 3			
3.- Población:	<input type="checkbox"/>	6	- Dirección no corresponde o no se pudo encontrar la casa 3
Pincoya 1 Quinta Buin 2			
Cortijo 3			- Entrevistada se cambió a otra casa. 4
4.- Fecha Entrev. Terminada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7 8 9 10 11 12	- 1ª entrevista a mujeres que estaba de visita. 5
Día Mes Año		Día Mes Año	- Entrevistada nunca ha vivido en esa casa. 6
5.- Nº Manzana: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	13 14	- 1ª entrevista correspondió a mas de una mujer por casa 8
6.- Nº Casa : _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	15 16 17 18	- Otra 8
7.- Nombre			- Entrevista hecha no corresponde. 9
Paterno Materno Nombres			(si contesta 4 o 5 completar información en pregunta 10)
Dirección			10. - Si la entrevistada se cambió o era una visita en el momento de la 1ª encuesta favor completar la nueva dirección:
calle	Nº	Dirección	
Entre Calles	Teléfono	calle Nº	
8.- Resultado de la entrevista. -			población com. o sector
Facil , Fluido	1		
Medianamente Facil	2		
Medianam. dificil	3		
Dificil	4		
No se hizo	9	<input type="checkbox"/> 10	
(Si la encuesta no se hizo pasar a pregunta 9 , si se hizo contar en pregunta 11 y codificar en pregunta 9 y 10)			Dar otra referencia para encontrar la casa hay teléfono anotar. Si no se pudo obtener información cruzar con una línea diagonal pregunta Nº 10

- 11.- ¿En qué trabaja Ud. actualmente? 21
- Dueña de Casa 0 21
 - Asesora del Hogar 1
 - Obrera 2
 - Empleada, Oficinista o secretaria 4
 - Técnico Profesional 4
 - Estudiante 5
 - Profesional Universitario 6
 - Cesante 7
 - Otro 8

- 12.- ¿Ha tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida? 22
- NO 1 22
 - SI, desde antes de la última encuesta 2
 - SI desde la última encuesta 3
 - No contesta 9
- (Si contesta NO se termina aquí la encuesta)

- 13.- ¿Vive ud. con su esposo o pareja? 23
- Sí = 1 No = 2 No contesta = 9
- (Si contesta afirmativamente pase a la pregunta 14, si contesta NO o no contesta, codifique 0 en 14 y pase a la pregunta 16)

- 14.- ¿Cuál es su relación con esta pareja? 24
- Casada = 1 Convivientes Perm. = 2 (1 año o más)
 - Conviviente reciente = 3 Otra = 4 (menos de 1 año)
 - No contesta = 9
- (Si no corresponde por no tener pareja, se codifica 8)

- 15.- Esta pareja, ¿ es la misma que tenía al momento de la encuesta anterior? 25

Si = 1 No = 2 No contesta = 3

- 16.- ¿ Cuantas veces tuvo Ud. Relaciones sexuales el último mes? 26 27
- Aproximadamente.....
- (anotar Nº de veces)

- 17.- ¿Cuál fue la fecha de su última regla? 28 29 30 31 32 33
- _____
- dia mes año

- 18.- ¿Está Ud. embarazada?
- Sí = 1 No = 2 No/S. = 8

- 19.- ¿Desde la última encuesta tuvo atrasos de la regla?
- Sí= 1 No= 2 No/S.= 8
- (Si contesta SI pase a la pregunta 20. Si responde NO pasar a pregunta 23 y codificar 0 en 20, 21 y 22)

- 20.-¿Cuanto duró el atraso?(después de la fecha correspondiente a la regla que no llegó?
- Aprox.....mes/es
- No contesta=9

- 21.- ¿Estaba usando algún método anticonceptivo cuando tuvo el atraso
- Si=1 No= 2 No rec.= 3

(Si responde SI pasar a pregunta 22 y si responde NO seguir con pregunta 23, codificar 9 si no corresponde y 0 si no tuvo atraso)

- 22.- ¿Que método anticonceptivo estaba usando cuando tuvo el atraso de la regla?
- | | | | | |
|-------------|----|----------|----|----------|
| Pildora | 1 | DIU | 2 | Inyec. |
| Condón | 4 | Diafr. | 5 | Esper. |
| Coitus int. | 7 | Met.Nat. | 8 | Est.Fem. |
| Est.Masc. | 10 | No rec. | 88 | |
- No corresponde 99 No tuvo at. 0 33

23. Quisiera preguntarle de los embarazos que ha tenido. Se ha embarazado Ud. desde la última encuesta.?
- Si=1 No=2 No/s=8
- (Si la respuesta es NO, trazar una línea diagonal en las preguntas 24 a la 33)

ORDEN DE EMBARAZO 24.-Cuál fué el mes en que terminó este embarazo

25.-¿ Como terminó este embarazo ? (Nacido vivo, nacido muerto, aborto espontáneo, aborto provocado, aborto no especificado.

26.- ¿ Estaba Ud. usando algún método para no embarazarse cuando ocurrió este embarazo y cual era ? (Si contesta SI, usar código del pie de página

MES /	(B)					(C)		A	B	C
	(A)	N.V.	A.E.	A.P.	Ab.No Espec.	N.M.	SI			
PRIMERO		1	2	3	4	5	99	8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
									42 43	44 45
SEGUNDO		1	2	3	4	5	99	8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
									47 48	49 50
TERCERO		1	2	3	4	5	99	8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
									52 53	54 55

(Si en la pregunta 25 ha habido uno o más abortos provocados durante el periodo de Junio 1989 - Febrero 1991 pregunte: Yo quisiera saber algo más acerca del aborto o 2 últimos abortos que Ud. ha tenido).
(Si no ha habido abortos, anote 0 en 27 a pregunta 33)

CODIGOS PREGUNTA * 26

Pildora	1	Diafragma	5	Esterilización Femenina	9
DIU	2	Espermicida	6	Esterilización Masculina	10
Inyectable	3	Coito Interr.	7	No recuerda / No corresponde	88
Condon	4	Métodos Nat.	8	No estaba Usando	99
				No tuvo atraso	00

27.-¿Quién provocó estos abortos?

- Autoprovocado 1
- Médico 2
- Matrona 3
- Enfermera 4
- Practicante Auxiliar 5
- Enfermería 6
- No profesional 57 58
- (Meica, curandera)
- Otro (especifique) 7
- No sabe quién 8
- Sin respuesta 9
- Sin Aborto 0

28.- ¿qué metodo se usó para provocar este aborto?

- Hierbas (infusión) 1 Raspado 7
- Medicamentos orales 2 No sabe 8
- Sondas e Inyecciones 3 Sin respta. 9
- Ducha Vaginal 4 Sin Aborto 0
- Introducción vaginal de tallos vegetales 5
- Otro material Introd. vagin 6 59 60

Penúltimo Aborto _____ Último Aborto _____

29.- ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando se provocó el aborto?

Penúltimo Aborto _____ Último Aborto _____

Penúltimo Aborto _____ Último Aborto _____

61 62

¿Estuvo Ud. hospitalizada y por cuántos días?

No = 0 Si = _____ (anote N° de días) _____

Sin Aborto = 8

No Recuerda = 9 63 64

(Si es 7 días o más, anote 7)

Penúltimo _____ Ultimo _____

31.- ¿Cuáles fueron las razones por las cuales

Ud. se provocó el aborto?

Pen. Ult.

Problemas con la Pareja	1	<input type="checkbox"/>	1º	<input type="checkbox"/>	2º
Problemas con sus Padres	2	<input type="checkbox"/>	65	<input type="checkbox"/>	66
Problemas económicos	3				
Demasiados niños	4				
Muy pronto para tener un nuevo hijo	5				
Estaba soltera	6				
Problemas de Salud	7	<input type="checkbox"/>	1º	<input type="checkbox"/>	2º
Problemas c/trabajo o estudios	8	<input type="checkbox"/>	67	<input type="checkbox"/>	68
No sabe	9				
Sin Aborto	0				

32.- Cuando Ud. supo que estaba embarazada en el último embarazo de los ocurridos en este último período (junio 1989 - Febrero 1991)

¿Cual fué su reacción? ¿que sintió?

(No lea las posibles respuestas)

Muy feliz	1	
Estaba feliz en algunos aspectos pero se sentia infeliz en otros	2	<input type="checkbox"/>
Ninguna, le dió lo mismo, estaba indiferente, no le importó	3	<input type="checkbox"/>
Estaba enojada, desesperada, no le gustó	4	<input type="checkbox"/>
Pensó practicarse el aborto, pensó en hacer algo para que llegara la menstruación	5	
Preocupada por que no quería más hijos	6	
No sabe	8	
No responde	9	
No aplicable, no se embarazó en el período	0	

33.- ¿Qual fué la reacción de su paraje?

(El progenitor)

(No lea las posibles categorías de respuestas)

- Muy feliz 1
- Estaba feliz en algunos aspectos pero se sentaa infeliz en otros 2
- Ninguna, le dió lo mismo estaba indiferente no le importó 3
- Estaba enojado, desesperado, no le gustó 4
- Le aconsejó que se practicara el aborto, que hiciera algo para que llegara la regla 5
- Preocupado por que no deseaba más hijos 6
- No lo vió más despues de embarazarse 7
- No sabe 8
- No responde 9
- No aplicable, no hubo embarazo en el período 0

HISTORIA ANTICONCEPTIVA

Hay diferentes métodos para prevenir el embarazo o para no quedar embarazada, esto se usa para hombres y mujeres. Le voy a nombrar una serie de métodos y desearía saber si los conoce o los ha usados. En primer lugar ¿los conoce?

Nombre	34.- ¿Los Conoce?			35.- ¿Los ha usado?			Conocimiento (A)	Uso (B)
	SI	NO	N/S	SI	NO	N/S		
Anticonceptivo oral, píldoras	1	0	9	1	0	9	<input type="text" value="71"/>	<input type="text" value="72"/>
Inyectables mensuales	1	0	9	1	0	9	<input type="text" value="73"/>	<input type="text" value="74"/>
Inyectables cada 3 meses	1	0	9	1	0	9	<input type="text" value="75"/>	<input type="text" value="76"/>
Peliet, Norplant, capsula en el brazo	1	0	9	1	0	9	<input type="text" value="77"/>	<input type="text" value="78"/>
Dispositivo intrauterino	1	0	9	1	0	9	<input type="text" value="79"/>	<input type="text" value="80"/>
Método del calendario o ritmo o cuidarse en la fecha	1	0	9	1	0	9	<input type="text" value="81"/>	<input type="text" value="82"/>
Método natural o método del moco cervical o método de Billings	1	0	9	1	0	9	<input type="text" value="83"/>	<input type="text" value="84"/>
Diafragma	1	0	9	1	0	9	<input type="text" value="85"/>	<input type="text" value="86"/>
Condón	1	0	9	1	0	9	<input type="text" value="87"/>	<input type="text" value="88"/>
Coito interrumpido o retiro	1	0	9	1	0	9	<input type="text" value="89"/>	<input type="text" value="90"/>
Jaleas, cremas u ovulos	1	0	9	1	0	9	<input type="text" value="91"/>	<input type="text" value="92"/>
Lavado, duchas vaginal	1	0	9	1	0	9	<input type="text" value="93"/>	<input type="text" value="94"/>
Vasectomía o esterilización masculina	1	0	9	1	0	9	<input type="text" value="95"/>	<input type="text" value="96"/>
Esterilización femenina	1	0	9	1	0	9	<input type="text" value="97"/>	<input type="text" value="98"/>

36.- Podría nombrar dos cosas buenas y dos cosas malas de controlarse los métodos para evitar el embarazo?

- | | | |
|-----------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. Cosas Buenas | <input type="checkbox"/> 99 | <input type="checkbox"/> 100 |
| 2. Cosas Buenas | <input type="checkbox"/> 101 | <input type="checkbox"/> 102 |
| 1. Cosa Malas | <input type="checkbox"/> 103 | <input type="checkbox"/> 104 |
| 2. Cosa Malas | <input type="checkbox"/> 105 | <input type="checkbox"/> 106 |

37.- Para aquellas mujeres que no están usando un método anticonceptivo, pregunte: ¿Cuál es la razón para no usar un método?

Ambos desean un guagua Si=1 No=2 107

● Solamente ella desean una guagua Si=1 No=2 108

Le da lo mismo si se embaraza o no Si=1 No=2 109

Ha tenido problemas para obtenerlo en el policlínico o consultorio Si=1 No=2 110

Fué suspendido por problemas médicos en el policlínico u hospital Si=1 No=2 111

● Ella lo suspendió causarles molestias o le hacia daño Si=1 No=2 112

Miedo a usarlos o sus consecuencias Si=1 No=2 113

No sabía cual elegir Si=1 No=2 114

Piensa que es difícil que se embarase Si=1 No=2 115

Negligencia o dejación Si=1 No=2 116

No le gusta Si=1 No=2 117

No los conoce Si=1 No=2 118

Esperando la menstruación iniciar el uso del método Si=1 No=2 119

(Codificar 0 para aquellas que usan MAC)

38.- ¿Desea Ud. usar algún método anticonceptivo en el futuro?

- | | |
|-------------------------------|---|
| Definitivamente Sí | 1 |
| No sabe, no está segura | 2 |
| Definitivamente No | 3 |
| No contesta | 8 |
| No corresponde | 9 |
| Usa un método | 0 |

39.- ¿Cuánto miedo le tiene Ud. al uso de anticonceptivo?

- | | |
|-------------------|---|
| Mucho | 1 |
| Regular | 2 |
| Ninguno | 3 |
| No sabe | 8 |
| No contesta | 9 |

40.- Para aquellas mujeres que actualmente están usando un método anticonceptivo, pregunte ¿Cuál es la razón para usar el método anticonceptivo?

- | | |
|--------------------------------------|---|
| No desea embarazarse nunca más | 1 |
| Desea retrasar el embarazo ... | 2 |
| Para regularizar el ciclo | 3 |
| Otra Razón. especifique: | |
| | 4 |
| Histerectomizada o esterilizada | 5 |
| No está usando anticonceptivos | 8 |
| No corresponde (embarazada) | 9 |

41.- Desde la última entrevista en 1989 ¿usado M.A.C.? El método que está usando último método que uso) ¿Se lo controla o controlaba en algún establecimiento, policlínico médico, particular?

- | | |
|----------------------------|---|
| -Sí se lo controla | 1 |
| -Sí se lo controlaba | 2 |
| -Nunca se controló | 3 |
| -No ha usado método | 4 |
| -No contesta | 9 |

(Si contesta Sí pasar a pregunta 42. si contesta NO codificar 0 en 42 y 43 y pasar a pregunta 44)

42.- (Si controla o controlaba)

¿Dónde se controlaba ese método?

-No controló _____ 88

124 125

-Lugar _____

43.-¿Podrá nombrar dos cosas buenas del Consultorio donde se controla o controló por última vez el método que Ud. usa o usaba para evitar los embarazos?

1 Cosa Buena _____

126 127

2 Cosas Buenas _____

128 129

1 Cosas Malas _____

130 131

2 Cosas Malas _____

132 133

44.- Desde la entrevista que le hicieron hace año y medio. ¿oyó hablar de :?

(LEA LAS FRASES)

SI NO

La importancia de evitar los embarazos accidentales 1 2 134

Los peligros de practicarse un aborto _____ 1 2 135

He oido todo lo anterior ____ 1 2 136

(Si contesta NO en cualquier alternativa codificar 0 en 45)

45.- ¿A quién o quiénes oyó hablar de eso?

137

46.- ¿Qué haría Ud. si en este año se embarazara por accidente?

- Tener la guagua y cuidarla 1
- Tener la guagua y entregarla (adopción) 2
- No tener la guagua 3
- No sabe 8
- No contesta 9
- Sin relaciones sexuales 0

138

47.- ¿Cree Ud. que hay peligro por interrumpirse un embarazo o practicarse un aborto?

SI=1 NO=2 No sabe=8 13

(Si no responde codificar 9 y en caso de responder SI, pasar pregunta 48. En caso de respuesta negativa o no sabe, pasar pregunta 49 y codificar 0 en 48)

48.- ¿Podría decirme que peligros habría?

- A _____ A 14
- B _____ B 14
- C _____ C 14

49.- ¿Justifica Ud. la interrupción del embarazo en algún caso o circunstancia?

SI=1 NO=2 No sabe= 8 14

(Codificar 9 si no contesta y si contesta NO, o no se termina aquí la encuesta y codificar 0 en 50)

50.- ¿En qué caso justifica la interrupción del embarazo o la práctica de un aborto?

SI NO S/N

A. Peligro de muerte de la madre 1 2 3 144

B. Peligro de enfermedad grave 1 2 3 145

C. Malformación de niño 1 2 3 146

D. Violación 1 2 3 147

E. Simple decisión del ella, pareja o ambos 1 2 3 148

F. Otra. (especifique) _____ 1 2 3 149

150

(No leer esta alternativa, dejar sólo la respuesta espontánea, NO INDUCIR LA RESPUESTA