

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA EXPERIENCIA CON DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS EN MUJERES DE ESTRATO SOCIAL BAJO RESIDENTES EN SANTIAGO, CHILE

Cuad. Méd. Soc. XXXVIII, 4, 1997/ 87-94

María Cristina Di Silvestre Paradizo*

RESUMEN

El artículo expone resultados de un estudio cualitativo de la experiencia anticonceptivos artificiales en 25 mujeres de estrato social bajo. Se administró una entrevista en profundidad a 25 mujeres en edad reproductiva internadas en la Maternidad del Hospital El Salvador (Santiago, Chile). Las mujeres del estudio tienen un bajo nivel de conocimiento sobre los dispositivos intrauterinos, inician el uso de anticonceptivos sólo después de iniciada una relación estable (convivencia o matrimonio) y cuando han tenido su primer o segundo hijo. Una vez que la mujer se coloca el Diu, sólo va la primera y segunda vez a control y no va más, aun cuando existe la conciencia de que los controles son necesarios. Las mujeres desconocen la existencia del Programa de Planificación Familiar que le otorga el Consultorio y a su vez sostienen creencias distorsionadas acerca de los dispositivos intrauterinos y acerca de la atención otorgada por la matrona en los controles de los dispositivos. Una de estas creencias generalizadas es que la matrona mueve o extrae el dispositivo sin consultarle a la usuaria. Esta creencia resulta en una conducta de no asistencia a control del Diu, la cual junto con otras creencias acerca de la anticoncepción han sido adquiridas y reforzadas en el proceso interactivo e interpretativo con sus pares. En su mayoría las mujeres estudiadas demuestran experiencias poco exitosas y no carentes de tensiones, dificultades y temores en sus intentos de usar anticonceptivos artificiales (dispositivos intrauterinos y condón).

Palabras claves: salud reproductiva, uso de contraceptivos, salud de mujer, calidad de servicio.

INTRODUCCION

En la presente década han cobrado gran importancia los problemas relacionados con población, desarrollo y medio ambiente especialmente en países que se encuentran en proceso de modernización. Directamente relacionado a estos tres grandes temas y constituyéndose en un desafío fundamental de los países en desarrollo es el lo-

gro de un estado de salud que contribuya al mejoramiento de su calidad de vida en general y de la salud reproductiva en particular.

El tema de la salud reproductiva es especialmente relevante entre mujeres de estrato social bajo, dado que sus decisiones y conducta anticonceptiva toman lugar en un contexto sociocultural que muchas veces impide en vez de favorecer el uso efectivo del servicio de planificación familiar.

* Socióloga. Licenciada en Sociología, Magíster en Ciencias Sociales (Universidad de Chile), Master of Sciences (McMaster University, Canadá). Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Unidad de Epidemiología Clínica, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. e-mail: mdisil@machi.med.uchile.cl. Fax: 777.50.62.

El año 1965 se inicia en Chile el otorgamiento voluntario y gratuito de anticonceptivos en hospitales y consultorios del Servicio Nacional de Salud. Chile cuenta con una población femenina de más de tres millones de mujeres en edad fértil, considerándose como tales aquellas entre los 15 y 44 años de edad (Aprofa 1989).

Las tasas globales de fecundidad en Chile han tendido a disminuir notoriamente, especialmente a partir de 1970. Coincide este cambio con la implementación de los primeros programas de PF (Arteaga 1990). Sin embargo cabe destacar que el cambio se refiere a la tasa de fecundidad a nivel nacional, lo cual no necesariamente refleja la heterogeneidad existente entre los distintos grupos de mujeres de la población femenina en edad reproductiva. Existen evidencias de que la tasa de fecundidad de mujeres residentes en el área urbana es menor que la encontrada en mujeres del área rural (Ruedi 1989). Por otro lado, los altos índices de fecundidad provienen de mujeres menos educadas, las cuales obviamente se cuentan entre aquellas de estratos sociales más bajo de la población: 3,46 hijos en mujeres con uno a tres años de estudio y 2,18 en mujeres con 13 y más (Ruedi 1989).

La insatisfacción de la necesidad de control de la natalidad ha quedado demostrada en un estudio de mujeres consultantes en clínicas de planificación familiar en Santiago; un tercio de este grupo de mujeres experimentó embarazo no deseado o fuera de tiempo (Pereda y otros 1989).

Los embarazos no deseados no sólo tienen consecuencias negativas para la madre sino también para sus hijos. Un estudio llevado a cabo en Chile demostró mayor riesgo de mortalidad infantil entre mujeres con más de tres hijos (Pereda y Viel 1989).

Un efecto negativo de los embarazos no deseados es el aborto inducido.

En Chile es difícil establecer con certeza la magnitud del aborto, dado que este hecho es un acto penalizado por la ley. No obstante el riesgo de exponerse a la penalización legal es sabido que igualmente constituye una práctica utilizada como una alternativa para terminar un embarazo no deseado; estadísticas dan cuenta que en Chile se efectúan aproximadamente 120.000 abortos inducidos (Aprofa 1989).

Las hospitalizaciones por aborto provocado representan casi un tercio del número efectivo de interrupciones de embarazo practicadas en Chile (Aprofa 1989). A su vez los abortos provocados constituyen un gran costo para el sistema nacional de salud que atiende a mujeres que llegan a los

hospitales con todas las complicaciones a consecuencia de la maniobra abortiva (Gayán 1991).

Si bien desde un punto de vista médico los métodos artificiales son más efectivos para la regulación de la fecundidad, la recurrencia al aborto y del uso de métodos tradicionales de anticoncepción como formas de evitación del embarazo al parecer demuestra la existencia de un fenómeno cultural subyacente que estaría influyendo en la conducta reproductiva de la mujer. Por otro lado, existe evidencia de ignorancia en relación a los métodos anticonceptivos como del hecho que la usuaria no vuelve a control del método (Pereda 1991). En síntesis, a pesar de la existencia de Programas de Planificación Familiar persisten varios fenómenos que indican la presencia de factores que no están siendo considerados en la implementación de esta tecnología reproductiva: aborto inducido, alto promedio de hijos en mujeres de estrato social bajo, el número de hijos ilegítimos en madres adolescentes y la continuidad en el uso de métodos anticonceptivos tradicionales.

Dados los antecedentes recién expuestos se realizó un estudio orientado a indagar el fenómeno de la anticoncepción en mujeres de estrato social bajo; sus experiencias con el dispositivo intrauterino, conocimientos, temores y asistencia a los controles de los dispositivos intrauterinos.

MATERIAL Y METODO

Con el fin de lograr el propósito del estudio se optó por una estrategia de investigación cualitativa.

El trabajo de campo en este estudio consistió en la recolección de información a través de la aplicación de una entrevista en profundidad a mujeres en edad fértil internadas en la Maternidad del Hospital El Salvador. Se escogió esta unidad hospitalaria para el estudio toda vez que a ésta concurren preferentemente mujeres de estrato social bajo. Además esta unidad hospitalaria atiende una población extensa de la Región Metropolitana, lo cual dio acceso, con más posibilidad que otras unidades, a la mayor variabilidad en el comportamiento reproductivo y anticonceptivo.

La decisión de entrevistar a mujeres que estuvieran internadas se debió a la necesidad de establecer una relación de proximidad con la mujer dentro de un ambiente en el cual pudiera expresarse, sin apuros, libre, espontáneamente, sin temor a ser interrumpida, por ejemplo por su esposo o conviviente y/o por sus hijos, en el caso de que

la entrevista hubiese sido llevada a cabo en su hogar.

Se entrevistaron 25 mujeres internadas en dos salas: una sala en que se encuentran mujeres con complicaciones del embarazo y una segunda en que están las mujeres con aborto inducido, espontáneo y de postparto. El número total de mujeres que finalmente se entrevistaron (25) fue determinado por el criterio de redundancia. Se seleccionaron los casos de manera deliberada considerando los siguientes criterios de inclusión:

1) Ser mujer múltipara (dos o más hijos). Este criterio permitió abordar mujeres con experiencia en el manejo de su conducta reproductiva y anticonceptiva; mujeres que por tener más de dos hijos han tenido que tomar decisiones al respecto.

2) Tener pareja estable (status marital de casada o conviviente). Se incluyó este segundo criterio a fin de entrevistar a mujeres que por el mismo hecho de tener una vida sexual activa y regular inevitablemente tienen que enfrentar la anticoncepción. Estudios anteriores han puesto en evidencia que la mujer que no tiene una relación de pareja estable e incluso "formal" (convivencia o matrimonio), sino esporádica, sostiene la creencia de la improbabilidad de embarazarse y por ende lejos se encuentra de adoptar conductas anticonceptivas.

3) Mujer de estrato social bajo. Esta mujer es la que se encuentra en una situación más desfavorecida y con mayores limitaciones de la posibilidad de hacer una decisión personal para el manejo de su fertilidad; carece de recursos económicos, lo que la hace dependiente de lo que el servicio de salud puede ofrecerle al respecto, su bajo nivel educacional hace que sostenga un nivel de conocimientos limitado sobre alternativas anticonceptivas, etc.

4) Mujer con experiencia en el uso de anticonceptivos artificiales.

Después de concluida la etapa de la recolección de información se procedió a elaborar un sistema de códigos basados en la "guía paso a paso" elaborada por Willms y Johnson (1994). El sistema de codificación fue el producto de tres lecturas de cada entrevista para darle sentido a la totalidad del dato (1^{er}. paso). El sistema se construyó mediante la escritura al costado de cada párrafo de palabras que representaban lo que había dicho la mujer, los significados, ideas y opiniones expuestas por ella. El segundo paso consistió en la elaboración de una lista de palabras y frases. El objetivo de la codificación fue extraer categorías que representaran la experiencia y el punto de vis-

ta de la mujer. El tercer paso fue reescribir la lista y los temas relacionados se colocaron juntos. El paso cuarto implicó una nueva lectura de la información y escritura, al margen del texto, de nuevas interpretaciones e ideas; en el paso quinto se realizó una repetición del segundo paso. En el paso sexto la lista construida de los pasos tercero y quinto se usó para desarrollar el primer sistema de códigos. Con este sistema de códigos la información fue organizada. La lista de categorías y la información fue leída varias veces y la primera probada contra la información, de manera de probar su habilidad para representar la "unidad del dato"¹.

RESULTADOS

Características sociodemográficas y reproductivas de las mujeres estudiadas

Se elaboró una hoja resumen de algunas características reproductivas de las mujeres que permite visualizar, en algún grado, su historia reproductiva (Cuadro N° 1).

El promedio de edad de las mujeres estudiadas fue de 31 años y la moda 32. Cuatro fue el número promedio de hijos de estas mujeres.

Se observa que la edad de inicio de los embarazos es durante la adolescencia; en seis (25%) mujeres sin primer embarazo fue antes de los 18 años y entre las más jóvenes se presenta una alta paridad; específicamente la joven de quince años entrevistada ya tenía cuatro hijos; la de dieciséis cinco embarazos; entre las de 17 años, una con 4 embarazos, una con cinco y una con seis embarazos.

Conocimientos "antes" de iniciar uso de anticonceptivos

En mujeres solteras, con una relación de pareja estable y vida sexual activa la no asistencia al Consultorio antes de tener el primer hijo, se explica en parte por la ignorancia de que el Consultorio otorga el Servicio gratuito de Planificación Familiar, tanto para mujeres casadas y/o convivientes y para mujeres solteras.

¹ La unidad del dato constituye "pedazos de notas de campo, transcripciones o documentos que caen bajo un tópico particular representado por la categoría del código" (Bogdan y Biklen 1992: 176).

“Yo fui cuando tenía como el segundo niño. Sabía que existían anticonceptivos pero no que uno iba al Consultorio y se lo iban a dar. Nadie me conversó eso”.

Hay pocos casos atípicos de mujeres que intentaron una conducta anticonceptiva, aun cuando mantenían una relación de pareja estable, no de convivientes y una vida sexual activa. La razón por la cual no intentaron evitar el embarazo era simplemente que creían que no se embarazarían, no se creían estando “guatonas” (con estómago hinchado)

En ocasiones la información recibida por la mujer sobre los anticonceptivos artificiales la condiciona negativamente para su uso, impidiendo que acceda al Consultorio y adopte la anticoncepción artificial, especialmente el Diu como estrategia para evitar embarazarse. Teme embarazarse y dañar el feto.

“Lo que conversaba con mis hermanas; miedo al daño de tener algo adentro que no es de uno”.

“Que el primer daño que hacen es que uno se embaraza igual, se producen úlceras abajo o se caen o se incrustan”.

Experiencia en el uso de dispositivo intrauterino (DIU)

La mujer inicia el uso de un dispositivo intrauterino que ha sido sugerido por la matrona.

La duración del uso es, a veces, excepcionalmente prolongado, incluso llegando en dos casos a 10 y 11 años; en el primer caso la mujer tuvo que cambiar el Diu, y en la segunda mujer se produjo un embarazo con el dispositivo intrauterino puesto.

Hay mujeres que intentaron usar Diu pero su organismo se los rechazó dentro del lapso del mes de prueba. En general, en este grupo de mujeres estudiadas hay poco éxito en el manejo de la anticoncepción con método artificial, presentándose los siguientes problemas con cierta regularidad: expulsión del Diu, incrustación en el ovario, infección y en la mayoría ha habido embarazo con el dispositivo.

“Fui a control y me dicen que tengo tres meses de embarazo y más encima estaba con una infección a la orina a si que (de modo que) me hospitalizaron al tiro (inmediatamente). La niña

nació prematura, por el mismo tratamiento (Diu), no lo pudieron sacar. Tuve la placenta previa al embarazo; hacía una fuerza y me daban hemorragias al tiro, así que pasé más aquí que en la casa”.

“Ahí fui y me pusieron la T, parece, . . . no el lippes y me hizo mal me lo sacaron y me pusieron la T de cobre. Después me la sacaron y me pusieron el lippes, hasta que se me sujetó. Quedé embarazada con el lippes después de cuatro años. El embarazo normal no fue, porque pasé los nueve meses casi aquí en el hospital, porque donde estaban las colitas del tratamiento me tocaban la bolsa (placenta). Estuve durante todo el embarazo con eso puesto adentro... después salió en la placenta”.

Hay casos en que el uso ha sido prolongado y después se lo han sacado por embarazo o infección.

“Tuve un embarazo con el lippes puesto; eran mellizos, de dos meses. Yo no sabía que estaba embarazada y me empezó hemorragia y ahí fui donde la matrona y me dijo que había sido una pérdida”.

“Fue después del primer hijo pero no me resultó; me duró 8 meses y me embaracé con la T puesta y me sacaron la T y aborté... un aborto espontáneo”.

Son recurrentes los embarazos producidos cuando a la mujer “se le cayó”, “se le incrustó” o bien tuvo un quiste o absceso y hubo que extraerle el Diu, queda sin ninguna protección anticonceptiva. Como se encuentra sin menstruación cree que no puede embarazarse. Al parecer la menstruación es para estas mujeres evidencia de fertilidad. El mismo supuesto es el que hace que la mujer con menstruaciones irregulares crea que no está en riesgo de embarazarse.

“Cuando a mí me sacaron el tratamiento (Diu), porque tenía el quiste yo ya no tenía menstruación, entonces yo pensé si no tenía menstruación no me podía embarazar. Si cuando vine a control ni yo sabía que estaba embarazada y me sacan la ecografía para saber de qué porte (tamaño) tenía el quiste y sale que tenía un embarazo. Me dijo el médico —cuando le hagamos el parto le sacamos el quiste y la esterilizamos—”.

Temores experimentados por la mujer en relación al uso de dispositivos intrauterinos

El embarazo con el Diu genera muchos temores y a su vez se refuerzan miedos que se venían larvando en las conversaciones tanto de amigas, hermanas, como de las mujeres con las que la mujer se encuentra y conversa durante la espera para ser atendida

“Yo he escuchado que varias han tenido problemas de tumores, de miomas, que se les incrustan”.

“Se me incrustó en un ovario. Me dolía adentro, me daban arcadas (sensación de vómito), no podía hacer nada. ... las reglas me llegaban dos veces al mes y me duraban quince días. Me lo tuvieron que sacar”.

Otro temor en relación a la esfera reproductiva lo experimenta la mujer cuando ha tenido un quiste o absceso y el médico ha tenido que intervenir para extraérselo. Este temor actúa impidiendo que la mujer que está usando algún Diu vaya a control por la posibilidad de que le sea descubierto un nuevo quiste. Por ende, en vez de acudir al Servicio de Salud se manifiesta una conducta de evitación.

“La T, primero la usé no recuerdo cuánto tiempo, parece que fueron dos o tres años. Me la tuvieron que sacar porque tuve una infección, pero no era tan grande, era más pequeña que la de ahora, porque me mejoré con antibióticos. Me dieron antibióticos acá y con eso sané. Y me habían dicho, que no podía nunca usar nada más, la matrona y después el ginecólogo me dijo que sí podía usar y que esperara un mes y fuera a colocarme de nuevo la T, porque mi organismo estaba acostumbrado a la T. Y de allí yo tuve miedo, estuve casi un año sin ir porque tenía miedo a sentir de nuevo el dolor de la infección, tenía miedo. Casi al año me coloqué la T de nuevo”.

Asistencia a controles de los anticonceptivos artificiales

Un patrón es que la mujer se coloca el Diu, sólo va la primera y segunda vez a control y no va más, aun cuando existe la conciencia de que los controles son necesarios.

Las mujeres estudiadas manifiestan, en su mayoría, una no continuidad, un abandono y una fal-

ta de control del anticonceptivo. La razón más recurrentemente mencionada es la económica; la mujer trabajadora no consigue permiso para ausentarse del trabajo, más aun cuando la ida al Consultorio implica perder la mitad o más del día laboral.

“Lo que pasa es que como yo trabajaba para mí era perder el tiempo ir al consultorio, porque me daban una vuelta, y otra vuelta, y cuando fui, estaba trabajando y me llegó la regla, y fui para que me pusiera el dispositivo y no me salía una gota de sangre. La matrona dijo que era imposible que me pusieran ‘tratamiento’ (Diu)”.

“Si yo pedía permiso siempre me ponían malas caras (en el trabajo). Entonces para mí era lo mejor trabajar y no tanto preocuparme de ir a la matrona ni nada”.

Formando parte de la justificación que da la mujer por su inasistencia a los controles aparece una insatisfacción por la calidad de la atención recibida en oportunidades anteriores en el consultorio.

“Yo digo: a mí en ese momento me llegó la regla a la diez de la mañana, en el trabajo, yo a esa hora voy a ir y yo sé que no me van a atender. Entonces yo no puedo perder el tiempo porque si no voy a perder el trabajo. Entonces por eso pasó lo que me pasó, por falta de atención en los consultorios”.

La mujer sabe que los métodos anticonceptivos artificiales son dañinos, sin embargo, no se preocupa por esto a menos que se sienta mal y en ese momento busca atención médica en el Consultorio. Es más intensa su necesidad de evitar el embarazo que su preocupación por los posibles efectos negativos para la salud. Por esta misma razón prefiere no recurrir regularmente a control por temor a que se lo muevan y se embarace.

“Antes no, pero ahora sí he escuchado que lo corren para que uno tenga más hijos. Una amiga mía no quiere ir (al consultorio) porque dice que se lo van a sacar”.

“Yo iba a control, incluso me decían: –no vayas porque te lo mueven para dejar que te embaraces–. Pero parece que me salía peor (se embarazó con el Diu puesto)”.

Lo que les extraña a las mujeres y lo toman como evidencia de que la matrona mueve o saca el Diu, es que el Diu ha sido efectivo durante un tiempo y después de haber ido a control coincide que a los pocos días la mujer se embarace. Para ellas esto último es una evidencia de que no es que el método falle, sino que ha habido alguna intervención de la matrona a fin de que se embaracen.

DISCUSION

Los hallazgos del estudio son consistentes con la evidencia obtenida de estudios anteriores (Fort 1990, Weisner 1982, Ward 1992). Específicamente el patrón manifestado consistentemente en los casos estudiados es que la mujer inicia el uso de anticonceptivos con un bajo nivel de información sobre los recursos que tiene a su disposición para evitar los embarazos, sostiene creencias poco reales e incluso distorsionadas en relación a: efectos de los anticonceptivos artificiales en el organismo femenino, características que asume la primera consulta en el Servicio de Planificación Familiar, posibles dolores experimentados por las mujeres al colocárseles el dispositivo intrauterino (DIU), tamaño y forma del mismo. Su desconocimiento de la anticoncepción la hace experimentar temores, al menos, la primera vez que consulta. El bajo nivel de información o en algunos casos total desconocimiento del proceso reproductivo y de las alternativas de anticoncepción artificial es un factor de contexto, dentro del cual se presenta la conducta anticonceptiva. Sin embargo la conducta anticonceptiva no opera en un vacío cognitivo, sino que la mujer sostiene un conjunto de creencias sobre la anticoncepción adquiridas y reforzadas en el proceso interactivo e interpretativo con sus pares. En este proceso ella construye una particular realidad de lo que es la anticoncepción que determina su manejo del problema. Por ejemplo, una de las creencias sostenidas por la mujer es que si no se tienen relaciones sexuales regulares no hay riesgo de embarazo; esta creencia se manifiesta concretamente en el hecho de que la mujer asume una conducta de riesgo de un embarazo no deseado. Este hecho corrobora lo formulado teóricamente (Becker y Maiman 1975; Kar, Schmitz y Dyer 1983) en el sentido de que la mujer sólo adoptará una conducta preventiva si ella posee un mínimo de información relevante acerca del proceso reproductivo y se percibe susceptible de quedarse embarazada.

En general la mujer sólo decide hacer uso de la anticoncepción artificial después de un tiempo de iniciada una relación de pareja estable (matrimonio o convivencia) y cuando ya ha tenido su primer hijo y lo lleva a control de niño sano.

Después de colocado el dispositivo son pocas las mujeres que asisten regularmente a control. La no asistencia a control pudiera ser atribuible al hecho de que la mujer no se percibe susceptible de que su organismo responda a este cuerpo extraño (el dispositivo) con algún efecto secundario o infección o bien que no evalúe como un problema grave de salud el hacer una infección.

Las amigas y las mujeres con las cuales la mujer intercambia información y puntos de vista durante las largas esperas antes de ser atendida en el consultorio, constituyen dos sistemas sociales de referencia para las creencias, temores y conductas que asume en el manejo de la anticoncepción. Por ejemplo la creencia generalizada entre las pares de que la matrona mueve o extrae el dispositivo sin consultarle a la usuaria. Esta creencia resulta en una conducta de no asistencia a control del Diu. Esta norma de conducta se legitima a través de experiencias de algunas pares que asistieron a control, el cual coincidió con un posterior embarazo, ya sea que el dispositivo se movió y que se le cayó por sí solo. Por tanto la mujer evalúa la situación de asistencia al consultorio en términos del riesgo de embarazarse contra el beneficio del control regular para su salud reproductiva. La inexistencia de un programa informativo de los beneficios de una planificación familiar regulada médicamente contribuye a que la mujer defina la asistencia al consultorio como una barrera más que un apoyo para la prevención de un embarazo no deseado.

Otra barrera importante al acceso y uso eficiente del Servicio de Planificación Familiar otorgado en los consultorios lo constituyen los temores que experimenta la mujer. Al igual que lo constatado en el estudio de Balán y Ramos (1989) los temores sostenidos por la mujer se retroalimentan con las propias experiencias y por las vivencias de otras mujeres conocidas.

El desconocimiento de la mujer de que el Consultorio otorga atención para la anticoncepción pareciera ser atribuible, en parte, a la ausencia de información planeada y deliberada acerca de los programas que los consultorios ofrecen a la comunidad; algunas mujeres expresaron que recién al tener su segundo hijo se enteraron del servicio de planificación prestado por el consultorio.

El estudio ha puesto en evidencia que factores sociales (normas), psicosociales (otros significativos, temores) y culturales (creencias) tienen un fuerte impacto sobre la conducta de prevención de embarazo no deseado en mujeres de estrato social bajo. Desde este punto de vista todo programa de planificación familiar otorgado por el servicio de salud debiera considerar aquel conjunto de factores en orden a que el servicio fuera más efectivo.

Si se toma en cuenta que la política de planificación familiar en Chile reconoce el derecho del individuo a decidir libremente, con la información adecuada, el uso o no de los métodos anticonceptivos, el servicio otorgado en los consultorios debiera desarrollar distintas alternativas de acción considerando que el grupo en riesgo de embarazo no deseado sostiene creencias y actitudes, que son una barrera a la adopción eficiente de anticonceptivos.

La existencia del aborto inducido, problema que se ha hecho evidente en los últimos meses en Chile, demuestra la urgencia de una diseminación sistemática de información acerca de la salud reproductiva y la necesidad de un diseño de estrategias, las cuales sean más acordes con las necesidades insatisfechas de las mujeres, que mejoren la calidad del servicio, aseguren el compromiso de la usuaria con las recomendaciones del agente de salud y que tomen en consideración los principales determinantes de la conducta de riesgo de un embarazo no deseado en este grupo.

AGRADECIMIENTOS

La realización de este estudio fue posible gracias al financiamiento otorgado por el Departamento de Postgrado. Vicerrectoría Académica, Universidad de Chile. Además agradezco el permiso otorgado por el doctor Patricio Gayán para ingresar a dos dependencias del Hospital El Salvador para llevar a cabo la recolección de datos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Arteaga, Ana María. *Mujer y Salud Reproductiva: Elementos Básicos para un Perfil de la Situación en Chile*. Area Mujer, Consultoras, 1990.
2. APROFA, Asociación Chilena de Protección a la Familia. *Principales Índices Biodemográficos y de Salud en Chile entre 1950 y 1987*. Santiago, Chile, 1989.
3. Balan, Jorge y Ramos, Silvina. *La Medicalización del Comportamiento Reproductivo: Un Estudio Exploratorio sobre la Demanda de Anticonceptivos en los Sectores Populares*, 1989. Documento Cedes/29.
4. Becker, Marshal y Maiman Lois. Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations. En *Medical Care*, January, Vol. XIII, N° 1, pp. 10-21.
5. Bulatao, Rodolfo y Ronald, Lee (eds.) *Determinants of Fertility in Developing Countries*. Academic Press, New York (1983).
6. Caldwell, John. Direct Economic Costs and Benefits of Children. En Bulatao, R. y Lee, R. eds. *Determinants of Fertility in Developing Countries: A Summary of knowledge*. Academic Press, New York (1983).
7. Celade. *The Diffusion Hypothesis of Fertility Change in Latin America*. Paper presentado al Seminario sobre Transición de la Fecundidad en América Latina, Buenos Aires, Argentina, 3 al 6 de abril (1990).
8. Cepal. *La Mujeres y el Cambio Demográfico: Estadísticas e Indicadores*. Cuarta Conferencia Regional sobre la Integración de la Mujer en el Desarrollo Económico y Social de América Latina y el Caribe, Guatemala, 27 al 30 de septiembre (1988).
9. Fort, Alfredo. Investigando el Contexto Social de la Fecundidad y la Planificación Familiar: Un Estudio Cualitativo en el Perú. En *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, 1990, Número Especial: 1-8.
10. Gayán, Patricio. *Repercusiones del Aborto Ilegal Inducido en la Morbimortalidad Materna y en la Atención Primaria y Perinatal de los Hospitales Estatales*, 1991.
11. Guzmán, José Miguel. *The Onset of Fertility Decline in Latin America*. Paper presentado al Seminario sobre el Curso de la Transición de la Fertilidad en Africa Sub-Sahara. Zimbabwe, noviembre 19-22 (1991).
12. Hawker Costa, Sara y otros. La Planificación Familiar entre las mujeres de Bajos Ingresos: Río de Janeiro, 1984-1985. En *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar* (1990). Número Especial: 9-23.
13. Jacobson, Jodi L. *Women's Reproductive Health: The Silent Emergency*. *Worldwatch*, 1991, Paper 102. Worldwatch Institute,
14. Jain, Anrudth. Fertility Reduction and the Quality of Family Planning Services. En *Studies in Family Planning*, 1989, Vol. 20 N° 1. January/February, p. 1.
15. Kar, S., Schmitz, M. y Dyer, D. A Psychosocial Model of Health Behavior: Implications for Nutrition Education, Research and Policy. En *Health Values*, 1983; 2: 29-38.
16. Lapham, Robert y Maullin, Parker. Contraceptive Prevalence: The Influence of Organized Family Planning Programs. En *Studies in Family Planning* (1985). Vol. 16, Number 3 May/June: 117-136.

17. Requena, Mariano. Chilean Program of Abortion Control and Fertility Planning: Present Situation and Forecast for the Next Decade. En Behrman, S. J. *Fertility and Family Planning World View*. The University of Michigan Press; 1970: 478.
18. Raczynski, Dagmar y otros. Mujer y Familia: Resultados de un Estudio de Casos en Hogares Populares. En el libro *En Búsqueda de la Familia Chilena*, Covarrubias, Paz y otros. Universidad Católica, Santiago, Chile, 1986.
19. Ruedi, Nora. La Transición de la Fecundidad en Chile. Instituto Nacional de Estadísticas y Celade, 1989, Santiago, Chile.
20. Sai, Fred y Nassim, Janet. The Need for a Reproductive Health Approach. En *International Journal of Gynecologic and Obstetrics* (1989) Suppl. 3: 103-113.
21. Severy, Lawrence J. y McKillop, Kevin. Low-Income Women's Perceptions of Family planning Service Alternatives. En *Family Planning Perspectives* (1990), Vol. 22, Number 4, July/August: 150-157.
22. Pereda, Cristián. *The Dynamics of Contraceptive Use in Developing Countries: Satisfaction and Continuation Rates of Contraceptives Under Two Modes of Prescription of Contraceptive Methods in Santiago, Chile*. Proyecto Programa de Investigación en Reproducción Humana de la Organización Mundial de la Salud, 1991.
23. Pereda, Cristián y Viel, Benjamín. *Unwanted Births, Health and Development in the First Year of Life of the Child*. Project del Programa Especial de Investigación y Entrenamiento en Investigación Reproducción Humana de la Organización Mundial de la Salud, 1989.
24. Viel, Benjamín y otros. *Planificación Familiar en Chile y su Efecto sobre los Índices de Salud*. En Boletín AMIDEP. Año 24, N° 7-12, julio-diciembre, 1988, p. 1.
25. Ward, Victoria y otros. Exploring Sociocultural Barriers to Family Planning Among Mayans in Guatemala. En *International Family Planning Perspectives*, 1992; 18: 59-65.
26. Weisner, Mónica. *Aborto Inducido. Estudio Antropológico en Mujeres de Bajo Nivel Socioeconómico*. Tesis presentada a la Universidad de Chile, Departamento de Ciencias Sociológicas y Antropológicas. Santiago, Chile.
27. Willms, Dennis y Johnson, Nancy. 1996. *Essentials in Qualitative Research: A Notebook for the Field*, Canadá.