

EL EMBARAZO NO DESEADO

*Prof. Dr. Benjamín Viel
Sr. Cristián Pereda*

Sería uno de los más grandes triunfos de la Humanidad el hacer posible elevar la responsabilidad del acto de la reproducción al nivel de una acción voluntaria e intencional.

Sigmund Freud (1898)

Sueño con el día en que todos los niños que nazcan sean bienvenidos y la sexualidad sea una expresión de alegría y ternura.

Elise Ottensen-Jensen (1982)

Cuad. Méd.-Soc., XXXII, 4, 1991/ 27- 43

Al analizar un problema lo primero es definirlo, luego establecer su magnitud junto al daño que involucra para finalmente pensar en las soluciones intentadas con el propósito de disminuirlo.

El adulto atribuye a la adolescencia características comunes como el idealismo, la impulsividad, la generosidad, la sed de cariño, etc. Recurriendo a zonas ya muy lejanas de mi memoria, lo que creo recordar de mis propios sentimientos, así como de los que me rodearon, tiendo a creer que entre adolescentes existen tantas diferencias como las que hay entre adultos. Los hay flojos y laboriosos, generosos y egoístas, responsables e irresponsables. Si existe una característica en común, probablemente es la atracción hacia el sexo opuesto tan bien descrito por ese mito griego en el cual una vez los humanos fueron hombre y mujer en el mismo cuerpo hasta que un día Zeus, en uno de sus múltiples enojos, los separó y desde entonces se buscan el uno al otro para unirse como lo estaban antes.

Creo que en la generalización de características comunes de quienes llamamos adolescentes hemos tendido a englobarlos en ciertos grupos de edad – hoy entre 15 y 24 años de edad– lo cual como toda clasificación es arbitraria. Hay adultos con claras características de adolescentes así como hay adolescentes que por sus propias características o por circunstancias se comportan como adultos en edades muy tempranas.

El generalizado concepto de adolescencia ha

tenido que variar en el curso de los siglos a medida que el progreso ha prolongado la vida humana a promedios no soñados por nuestros antecesores. Sin duda en el siglo pasado la sociedad tendía a considerar que la adolescencia terminaba a los 20 años. Hoy con una expectativa de vida al nacer que supera los 70 años en los países civilizados es natural que la etapa de preparación para actuar en el mundo tecnificado obligue a postergar la edad de inicio del trabajo y que se considere adolescentes al grupo de entre 15 y 24 años de edad, concepto que en un mismo país varía según la situación económica de la familia. En los países pobres o en vías de desarrollo hay quienes abandonan la infancia para ser adultos sin conocer la adolescencia. Mientras mejor sea la situación promedio del país más grande tenderá a ser ese grupo que prolonga sus años de estudio a edades incluso superiores a los 25 años y vive con apariencia de adulto y concentrado en el estudio, siendo tan dependiente económicamente como lo es un niño.

La observación de lo que ocurría a la embarazada muy joven y en especial a los hijos que de ella nacieran, llevó a las gentes a pensar que el embarazo era un riesgo alto, observación que la medicina pudo confirmar y luego cuantificar tan pronto se introdujo la estadística médica y se midió la mayor mortalidad materna e infantil en los embarazos de mujeres menores de 20 años. Se aconsejó así el embarazo tardío, pero con tal consejo no se suprimió el instinto.

Lejos se está hoy de esa famosa obra de Shakespeare en la que el padre de Julieta, que tenía 14 años, para convencerla de contraer matrimonio con un hombre de su elección, le dice: "Hay a tu edad muchas madres felices en Verona".

Siglos de siglos han transcurrido en los cuales la mujer ha vivido dominada por el hombre, fuera éste el padre o el marido. Aun en épocas recientes del curso de la historia encontramos a comienzos del siglo XIX el Código Napoleónico que fuera base de la legislación civil de las nacientes Repúblicas de América Latina. Napoleón deseaba una Europa unida por la fuerza, para ello necesitaba soldados. En su Código la mujer es máquina reproductiva y sus derechos legales son iguales a los del niño. Sólo a finales del siglo comienza a insinuarse en Francia la lucha por la igualdad de derechos de la mujer que tanta influencia había de tener posteriormente en la vida reproductiva de la sociedad occidental. El Cuadro 1 tomado del Dr. Zeidenstein, Presidente del Consejo de Población de los Estados Unidos, resume las modificaciones logradas en Francia y en buena parte en otros países del mundo de Occidente (1).

CUADRO 1

CAMBIOS LEGISLATIVOS OBTENIDOS EN FRANCIA

- 1880 – Acceso igualitario a la Educación Secundaria.
- 1884 – Acceso igualitario a la Educación Universitaria.
- 1907 – Las mujeres casadas que percibieran salarios adquirieron el derecho a manejarlos independientemente de sus maridos.
- 1938 – Las mujeres dejaron de ser consideradas menores de edad ante la ley.
- 1945 – Las mujeres adquirieron derecho a voto así como a ser miembros del parlamento, miembros del Poder Ejecutivo y del Poder Judicial.
- 1945 – Derechos igualitarios en todos los dominios para el hombre y la mujer.
- 1963 – Derecho a mantener cuentas bancarias sin que fuera necesaria la autorización del marido.
- 1968 – Legalización del uso de métodos anticonceptivos.
- 1972 – Remuneración igualitaria al hombre ante igual responsabilidad en el trabajo.
- 1975 – Terminación voluntaria del embarazo antes de la décima semana de edad

gestacional. Después sólo por razones médicas.

- 1977 – Padres liberados de trabajo por un corto período siguiendo al nacimiento o adopción.
- 1978 – Garantías de horario flexible y aún de tiempo parcial para madres que hubieran tenido un hijo reciente.

La influencia de la cultura francesa fue de suma importancia en Chile. Cada una de estas leyes fueran aprobadas por un Parlamento constituida por hombres –bajo la presión de grupos feministas y la oposición de elementos conservadores. En Chile la evolución legal no ha sido diferente hasta 1975. Mientras Francia legalizó el aborto Chile mantuvo su ilegalidad, pero conservó el aborto terapéutico cuando la vida de la madre o su salud estaban seriamente amenazadas por la continuación del embarazo. El 1989 en uno de los últimos decretos del Gobierno militar se estableció que toda forma de aborto es ilegal, paso atrás que condena a mujeres enfermas a afrontar una muerte sin que el médico pueda hacer nada por ella. Las dos últimas leyes francesas (1977 y 1978) han sido interpretadas en Chile como que Francia buscara aumentar su natalidad hoy de 14 por mil (en Chile hoy es de 23 por mil). A mi juicio no es esa la intención, son sólo leyes de salud pública que permiten al hombre colaborar con el cuidado del niño y junto a su madre tener tiempo para lograr hijos sanos.

En 1876 en nuestro país, un grupo de mujeres ingresó a las galerías a escuchar un debate parlamentario. El Mercurio de Valparaíso publicó un editorial impulsando a la mujer a no repetir ese insólito hecho diciendo: "Guarden de pisar esos centros que podrían destruir vuestros ideales de mujer, de esposa y hasta de madre". Tal era el grado de segregación de la mitad del talento de la población del país en esa época.

En 1877 se abrieron en Chile los dos primeros Liceos Femeninos de Educación Secundaria, uno en Valparaíso y el otra en Copiapó (2), ambos por iniciativa privada. Años después pasaron a ser de responsabilidad estatal gracias a la labor de don Miguel Luis Amunátegui, Ministro de Educación. La oposición clerical vio que era un proceso imposible de detener y abrió colegios femeninos sin tuición del Estado, vale decir sin exámenes validos, lo que excluía a las educandas de la Universidad, proceso que sólo tendió a revertir en la segunda mitad del presente siglo. Hoy el 50 por ciento del estudiantado universitario pertenece al sexo femenino.

El derecho que la mujer ha ganado a un nivel

educacional similar al del hombre le abrió el mercado del trabajo intelectual, ciertamente incompatible con una fecundidad irrestricta. Para mantenerse y progresar en él, la mujer se vio obligada a limitar su natalidad y la medicina vino en su ayuda al encontrar métodos que permitieran separar la actividad sexual del embarazo. Hemos dejado atrás aquella época victoriana en la que inventamos los sentimientos femeninos asumiendo que en ella no había deseo sexual, que debía cuidar su virginidad hasta el matrimonio y que de no hacerlo perdía su "honor", que existían dos clases de mujeres: una para el placer carnal y otras para el amor puro. Se toleró que el hombre saciara su instinto en esa repulsiva forma de esclavitud del prostíbulo para luego tomar tímidamente la mano de la novia. Aun cuando tales prejuicios pareciera que han desaparecido en Europa de Occidente y buena parte del mundo desarrollado, debemos reconocer que aún subsisten en ciertos sectores de la burguesía de Chile y de la América Latina en general. Por ella subscribimos plenamente la frase del sociólogo uruguayo Arnaldo Gamensoro cuando afirma que "no puede considerarse justa una sociedad en la que aquello que para el hombre es un galardón para la mujer es un baldón". Si realmente queremos respetar el derecho a nacer deseado de quien no ha pedido nacer, completemos ese derecho a educación que la mujer ha conquistado, con una educación sexual que incluya el conocimiento de metódica anticonceptiva y que enfatice el sentido de responsabilidad y combata la promiscuidad.

Sabemos que la mujer es fértil tan pronto como se inicia la menarquia. Sabemos que en ella al igual que en el hombre, opera el mito androgénico de buscar la pareja que con el tiempo puede convertirse en algo más que el ansia de ternura y compañía. Enseñémosle entonces que existen métodos que pueden protegerla del embarazo no deseado, cómo usarlos y dónde encontrarlos. El no hacerlo es dejarla indefensa.

Hay quienes sostienen que ello no corresponde a la escuela sino a los padres, pero ¿saben ellos cómo hacerlo? ¿No están en su mayoría inhibidos de hablar de sexo frente a sus hijos prefiriendo el silencio? Tal silencio convierte a la adolescencia en una edad indefensa en la cual aún suele ser común que frente a un embarazo sobrevienen golpes, expulsión del hogar o matrimonio forzado. Mis recuerdos me llevan a pensar que el amor de adolescentes es algo diferente del que une a la pareja madura, pareciera tender a obnubilar todo otro pensamiento y facilita lo que acostumbro a llamar la violación psicológica, en esa amenaza –"si no cedés te abandono"– que puede llevar a la entrega sin

deseo. Para defender a ese grupo juvenil no veo otro camino que la educación de ambos sexos en el sentido de responsabilidad y ella es una ineludible responsabilidad del sistema educacional. Para ello es imprescindible que aquellos establecimientos que preparan al profesorado enseñen a quienes van a serlo, cómo deben abordar una enseñanza gradual de la vida sexual normal. Sólo ello podrá evitar que la natural curiosidad del niño y luego del adolescente se sacie a través de rumores e informaciones falsas proporcionadas por amigos que nada saben al respecto. Los países nórdicos de Europa fueron los primeros en comenzar la educación de la vida reproductiva y son hoy los que muestran un menor porcentaje de embarazo de adolescencia. En Chile no existe una educación sexual sistemática y tampoco son preparados para afrontar dicha tarea quienes van a ser profesores.

Cuando en el control prenatal se pregunta a una embarazada adolescente que declara no haber deseado su embarazo ¿por qué no usó anticonceptivo?, es frecuente escuchar "yo creí que el embarazo no se producía la primera vez" o bien "yo creía que el embarazo requería relaciones muy frecuentes" o que "de pie no había peligro". Aquellas que algo han oído del período fértil de la mujer, frecuentemente lo conocen de manera inversa a la realidad. La gran mayoría conoce el condón, pero siendo las relaciones a estas edades generalmente no planeadas no disponen del método en el momento. Por haberlo escuchado saben de la existencia de métodos hormonales, de dispositivos intrauterinos y aún de métodos vaginales, pero ignoran su uso y rumores sin fundamento los hacen exageradamente temerosos de posibles efectos secundarios. Muchas encuestas entre escolares y aun en los primeros años universitarios demuestran altos porcentajes de ignorancia, común también en el profesorado (3).

En Chile, desde 1965 y por decreto del Ministerio de Salud los consultorios de atención integral de salud de la mujer disponen de anticonceptivos que la mujer puede solicitar sin limitaciones de edad o de estado civil. Todos deben tener condones, hormonales de ingestión oral (píldoras) y dispositivos intrauterinos (T Cu) que la mujer puede elegir. La gran mayoría de las consultantes han sido ya madres, son mujeres adultas que intentan espaciar embarazos, son ellas las que llenan las salas de espera no sólo para uso de métodos anticonceptivos sino también para control prenatal o consulta ginecológica. Las adolescentes muy jóvenes no se atreven a concurrir, temen la crítica del resto de las otras que esperan atención y lo que ellas pudieran pensar de su precocidad en la vida sexual. La adqui-

sición de anticonceptivos en farmacias no requiere prescripción, pero los adolescentes no siempre disponen del dinero para adquirirlos y carecen de la adecuada información para su uso, por ello mientras el sistema educacional no enseñe quedan abandonados a su instinto natural. Repetimos, es la edad abandonada en que las jóvenes y los niños que de ellas nacen son quienes han de sufrir las consecuencias.

Al efectuar el censo de 1952 no existía en Chile ningún programa estatal de regulación de fecundidad y la tasa de natalidad era de 34,3 por mil. Al efectuarse el censo de 1982, después de 17 años de iniciado el programa de regulación de fecundidad, la tasa de natalidad había descendido a 22,9 por mil. Al comparar el número de adolescentes en estos dos censos puede verse un esperado aumento en la población femenina de adolescentes tal como aparece en el Cuadro 2 donde se muestra la fecundidad específica por edad en la población femenina en 1952 y 1982.

Como era de esperar, la población de adolescentes ha aumentado en 30 años en un 48,8 por ciento su volumen original. La tasa específica de fecundidad entre 15 y 19 años no ha sufrido alteración apreciable la cual demuestra que la conducta reproductiva de la adolescente más joven no ha cambiado en 30 años, su descenso es ínfimo a pesar de ser el grupo de edad más adverso al embarazo. Ello se debe sin duda a la falta de educación sexual y dificultades para obtener servicio. La fecundidad específica de 20 a 24 años ha logrado un apreciable descenso de 18,3 por ciento. A esas edades la mujer se ha beneficiado del programa de regulación de fecundidad y ha aprendido por experiencia y consejos de las ventajas del uso de métodos anticonceptivos.

Al estudiar el acceso a la educación en general, éste se puede apreciar en el Cuadro 3.

En los 30 años que separan ambos censos puede apreciarse un apreciable progreso. Entre 15 y 19 años el porcentaje en estudio es superior al doble en

CUADRO 2
FECUNDIDAD ESPECIFICA POR EDAD EN 1952 Y 1982

Edad	1952		
	Población femenina	Nacidos vivos	Tasa específica de fecundidad
15-19	290.913	19.223	66,0
20-24	298.744	54.002	180,8
Total 15-24	589.657	73.225	124,2
1982			
15-19	628.518	39.296	62,5
20-24	578.639	86.061	148,7
Total 15-24	1.207.157	125.357	103,8

Fuente: INE (4), Colector Waldo Campos

CUADRO 3

POBLACION FEMENINA ENTRE 15 Y 24 AÑOS DE EDAD
EN CENSOS DE 1952 Y 1982 Y POBLACION EN ESTUDIO

Edad	1952			1982		
	Población Femenina	Pob. Femenina en Estudio	%	Población Femenina	Pob. Femenina en Estudio	%
15-19	290.913	66.795	23,0	628.518	351.402	55,9
20-24	298.744	12.312	4,1	578.639	71.028	12,3
Total	589.657	79.107	13,4	1.207.157	422.430	35,0

Fuente: INE, Colectorador Waldo Campos.

1982 que en 1952. Entre 20 y 24 años quienes estudian lo hacen en Universidades o Escuelas Técnicas y su porcentaje ha aumentado en tres veces el volumen que tenía en 1952. El Cuadro demuestra que la mujer ha comprendido la importancia de prepararse para trabajos superiores a la costura y la cocina, trabajos a los que estuvo relegada durante siglos.

Esperar que los altos porcentajes de estudiantes –cuya mayoría aún no vive en pareja– vivan cuidando una virginidad que no se exige al hombre sería una ingenuidad, especialmente en una época en la cual la juventud esta bombardeada por los medios de comunicación que usan el sexo en su propaganda comercial sin que la contrarreste la apropiada educación sexual y las facilidades para el acceso a las metódicas anticonceptivas modernas.

La estadística mundial demuestra que a mayor número de años de estudio, menor es el número de hijos. El mayor acceso de la mujer a la educación en Chile está contribuyendo sin duda a la tendencia a la familia pequeña; hoy la tasa global de fecundidad es 2,4 habiendo sido 4,1 sólo 20 años atrás.

Frente a la actividad sexual de la adolescente cabe intentar medir el riesgo para ella y para el niño que nace de esta mujer biológicamente preparada para ser madre, pero aún no dispuesta psicológicamente para serlo y que la convierte en un grupo de alto riesgo de aborto ilegal. Practicado éste en forma correcta tiene un muy bajo riesgo, pero llega a ser altísimo cuando lo practica una abortera empírica y es a aquella a quien recurren quienes pertenecen a los sectores pobres.

Nada sabemos de la magnitud del aborto ilegal en adolescentes ni tampoco en mujeres adultas. Sólo

conocemos las que recurren al hospital por complicaciones de abortos efectuados con mala técnica y ella es alta (en la actualidad sobre 32 mil casos anuales en mujeres de edad fértil). Es de suponer que sea relativamente baja en las muy jóvenes. Ellas no tienen dinero, no saben las direcciones de quienes lo practican y una vez embarazadas en su mayoría deben afrontar el parto.

Ante la muy baja frecuencia de las adolescentes que concurren a los consultorios que proporcionan anticonceptivos, está ganando terreno la idea de abrir consultorios especiales de adolescentes. Hasta hoy son muy pocos y se encuentran sólo en las grandes ciudades y los que existen reciben las adolescentes ya embarazadas para proporcionarles un buen control prenatal, un apoyo psicológico, consejo y servicio anticonceptivo para prevenir un segundo embarazo (prevención - secundaria). El Dr. Ramiro Molina (5), quien dirige un consultorio de adolescentes dependiente de la Universidad de Chile con la colaboración de APROFA, ha diseñado un paso más: solicita a las embarazadas que informen a aquellas amigas que llevan vida sexual activa para que concurren a su centro y poder proporcionarles un método eficaz, logrando así una prevención primaria que evite el embarazo a edad tan adversa.

Desgraciadamente no todos los métodos hoy conocidos como eficaces son recomendables a edades muy jóvenes. De los que están disponibles en Chile, el condón, desgraciadamente poco usado, la píldora, los inyectables y el Norplant de uso limitado por su alto costo. Entre los menos eficaces el método de Billings que requiere aprendizaje y es útil en quienes tienen menstruaciones regulares y un hombre dispuesto a cooperar. El dispositivo intrauterino

sólo es recomendable en quienes ya han tenido un parto.

Por cierto habrán enemigos de tal idea, alegarán que ello promoverá las relaciones sexuales precoces. Olvidan tales opositores que esas conductas son ya un hecho y en la práctica es imposible revertir una conducta que las cifras de fecundidad específica por edad demuestran estable en el curso de los últimos treinta años. Olvidan además que la medicina ha trabajado siempre teniendo que elegir el mal menor. La cirugía se usa cuando los medicamentos han fracasado, no existen medicamentos que no tengan algún efecto secundario y se usan porque peor es la enfermedad. Los métodos anticonceptivos se usan porque es peor un embarazo no deseado que expone al aborto, induce sufrimiento a la mujer y también al niño que nace sin el deseo de su madre.

El Dr. Henry P. David y colaboradores (6) han publicado su experiencia basada en Checoslovaquia. En la década del 60 se legalizó el aborto en ese país; en sus primeros años se autorizaba o denegaba según la opinión de tres profesionales, hoy es sólo ante la solicitud de la embarazada. Uno de los miembros de estas comisiones guardó nombre y dirección de mujeres a las que se denegó aborto. El Dr. David supo de ello y obtuvo los fondos necesarios para hacer un seguimiento de los nacidos de estas madres sin deseo que ya han sido seguidos hasta los 30 años de edad, hecho factible en un país socialista en el cual hay registro policial de todos los habitantes. Para comparar de manera científica formó un grupo control de nacidos de madres que nunca solicitaron aborto y que tuvieran la misma edad y características socioeconómicas iguales a las que fueron madres por aborto denegado. Tuvo así un grupo de hijos nacidos no deseados a comparar con un grupo de hijos deseados. Su valiosa experiencia ha sido publicada en su libro "Nacido No Deseado", desgraciadamente no traducido aún al español.

La experiencia del trabajo del Dr. David y sus colaboradores checoslovacos podría resumirse diciendo que en los primeros cinco años de vida de nacidos no deseados no hubo diferencias en los índices de salud y desarrollo al compararse con el grupo de nacidos deseados. Hecho esperable en un país industrial desarrollado y dentro de un régimen con manifiesta preocupación por el cuidado de los niños. Entre los seis y los once años el grupo nacido no deseado muestra un menor rendimiento escolar sin que las diferencias alcancen significación estadística. A partir de los doce años comienza a aparecer entre los nacidos no deseados un claro y significativo menor rendimiento escolar, mayor abandono de los estudios y tendencia a conductas agresivas y

aún delictuales, así como mayor consumo de drogas que en el grupo control. La conclusión no puede ser otra que los hijos de estas madres a quienes se negó el aborto (madres por obligación) dieron a sus hijos menor cariño y estímulo que las madres de hijos deseados del grupo control y que esa diferencia es la responsable del deterioro conductual de sus niños al llegar a la adolescencia.

Estimulado por este trabajo y asociado al sociólogo Cristián Pereda (Profesor de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile) y con el consejo del Profesor J. Mayone Stycos (Universidad de Cornell), se preparó un proyecto para medir el grado de deseo de embarazadas en control prenatal siguiendo al hijo que de ellas iba a nacer hasta que cumpliera un año de edad. El proyecto fue aceptado y financiado por la Organización Mundial de la Salud y se inició en 1984 en cuatro consultorios del área occidente de la ciudad de Santiago, sector obrero con predominio de población pobre. Del consultorio se obtuvo una muestra por azar de embarazadas en control prenatal que estuvieran entre el sexto o séptimo mes de su embarazo en cuatro grupos de mujeres según paridad previa: cero, un hijo, dos hijos, tres o más hijos. La encuesta fue efectuada en el domicilio de la embarazada lo que permitió mayor privacidad y apreciación objetiva de la situación económica. Fueron incluidas para estudio 2485 embarazadas. Conociendo la distribución por edad de la población del área (370.000 habitantes) y la de las encuestadas fue posible ponderar la muestra para hacerla más representativa. El objetivo principal era ver si en Chile, país en vías de desarrollo, el deterioro tardío de los nacidos no deseados aparecía más precozmente que en un país desarrollado.

Obviamente por la edad gestacional de las embarazadas no se obtuvo información sobre abortos ilegales; quienes recurrieron a tal maniobra nunca estuvieron en control prenatal y de haberse practicado un aborto hubieran recurrido a él a edades gestacionales más tempranas.

Las preguntas destinadas a conocer el nivel de deseo fueron:

- a) ¿Qué sintió al saber que estaba embarazada? contenta; contenta de ser madre, pero no en la circunstancias en que se había embarazado; descontenta.
- b) ¿Quería Ud. embarazarse antes de saber que lo estaba? No; no lo pensó; si lo deseaba.
- c) Si pudiera elegir de nuevo, ¿elegiría embarazo? Sí; sí, pero no en el momento en que ocurrió; no, hubiera preferido no estarlo.
- d) Al saberse embarazada, ¿pensó en aborto?,

¿buscó alguien que lo practicara?, ¿recurrió a alguna maniobra o medicamento con la intención de abortar? Todas estas preguntas fueron hechas por una matrona previamente entrenada que aseguraba el secreto de las respuestas.

A estas preguntas que eran el objetivo principal de la encuesta, se agregaron otras como edad, paridad previa, estado civil (exhibiendo libreta de matrimonio), nivel de escolaridad alcanzado, situación económica juzgada por la posesión de bienes tales como televisión, reloj pulsera y calidad de la habitación y mobiliario (especialmente facilidades de aseo). No se intentó investigar ingreso familiar porque la encuestada lo ignoraba y el compañero o jefe de familia no fue encuestado. Ya no existían mujeres en trabajo por su edad gestacional, ni en estudio por cuanto en esa época se expulsaba a la embarazada de los establecimientos educacionales.

Con los datos recogidos, el grupo encuestado pudo dividirse en tres grandes niveles: pobreza extrema, pobre y aceptable. En el medio social del sector ninguno pudo calificarse de buena situación económica.

El grado de deseo confesado por las embarazadas puede apreciarse en el Cuadro 4.

Puede verse en el Cuadro 4 que el deseo de embarazo es bajo –tanto entre las encuestadas como en la ponderación a la comunidad en que habitan– al alcanzar menos del 40 por ciento de futuras madres que están contentas de llegar a serlo.

El resultado concuerda con la edad gestacional a la que concurrieron por primera vez al control prenatal, tal como lo muestra el Cuadro 5.

Antes de las 15 semanas de embarazo estaban en control prenatal 58,7 por ciento de embarazadas contentas de estarlo, en tanto entre quienes no lo habían deseado sólo 45,1 por ciento había recurrido

CUADRO 4

GRADO DE DESEO DECLARADO POR LA EMBARAZADA
EN SU 6° o 7° MES DE EMBARAZO

Nivel de deseo	Nº	%	% ponderado
Sin deseo	709	28,5	22,6
Mixto	954	38,4	40,0
Deseo	822	33,1	37,4
Total	2485	100,0	100,0

* Se entiende por mixto el nivel en que declaraban deseo de ser madres, pero no en el momento en que se habían embarazado.

CUADRO 5

EDAD GESTACIONAL AL INICIO DEL CONTROL PRENATAL
SEGUN DESEO DE EMBARAZO

Semanas de embarazo al primer control	Embarazo no deseado o mixto %	Embarazo deseado %
Menos de 9	9,7	18,9
Entre 10 y 14	35,4	39,8
Entre 15 y 19	29,3	27,1
20 o más	25,6	14,2
Total	100,0	100,0

n = 2485 p < 0,0001

al control, hecho que señala despreocupación ante un servicio destinado a proteger la salud de la madre y la del niño por nacer.

La constitución de la familia entre las 2.485 embarazadas encuestadas puede apreciarse en el Cuadro 6.

CUADRO 6

ESTADO CIVIL, EN LAS 2.485 EMBARAZADAS ENCUESTADAS

Estado civil	Nº	%
Soltera	693	27,9
En unión	443	17,8
Casadas legalmente	1.349	54,3
Total	2.465	100,0

Siempre se ha reconocido a la familia como el núcleo fundamental de una sociedad. En el grupo estudiado debe reconocerse que la constitución legal de la familia es defectuosa. Sólo un poco más de la mitad de las parejas están legalmente casadas; prácticamente un 18 por ciento viven en unión las que sumadas al 28 por ciento que son solteras deberán inscribir a sus hijos en el Registro Civil como ilegítimos, condición que aún es factor de

discriminación y prohibición de ingreso a ciertas profesiones.

FACTORES QUE PODRIAN INFLUENCIAR EL GRADO DE DESEO DE EMBARAZO

Entre los que aparecen identificables en este estudio, la edad es uno de ellos. El Cuadro 7 muestra la edad de la embarazada y nivel de deseo que ellas expresaron en la encuesta.

En las menores de 20 años el deseo de haberse embarazado es sólo un 28,6 por ciento. Aumenta a 35,3 por ciento a la edad en que el embarazo es recomendable, para descender a sólo 23,9 por ciento en las de 35 años y más. Entre las razones expresadas para no tener deseo o bien sentimientos mixtos —que son en total un 71,2 por ciento— figura el ser soltera y conflictos con su familia además de tener situación económica deficitaria. En las edades entre 20 y 34 años la razón principal invocada para estar descontenta (64,7%) es la situación económica y en menor grado el ser soltera o desavenencia con su pareja. En las mayores de 35 años la razón principal de descontento es tener ya una familia completa y el agravamiento de una situación económica deficitaria que el nuevo embarazo significa.

Al haber figurado siempre la mala situación económica como factor de importancia pareció necesario analizar el deseo de embarazo y la situación

CUADRO 7

EDAD Y NIVEL DE DESEO DE EMBARAZO

Edad	No Deseo		Deseo Mixto		Deseo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
- 20	68	18,5	194	52,7	106	28,8	368	100,0
20-34	526	28,5	668	36,2	651	35,3	1.845	100,0
35 y +	115	42,3	92	33,8	65	23,9	272	100,0
Total	709	28,5	954	38,4	822	33,1	2.485	100,0

CUADRO 8

DESEO DE EMBARAZO SEGUN NIVEL SOCIOECONOMICO
(En porcentajes)

Nivel económico	No Deseo	Deseo Intermed.	Deseo	Total	Nº
Pobreza extrema	35,6	39,3	25,1	100,0	824
Pobreza	29,5	37,6	33,9	100,0	769
Aceptable	22,1	38,2	39,7	100,0	892
Total	28,5	38,4	33,1	100,0	2.485

$p < 0,0001$

económica en que estas embarazadas fueron clasificadas tal como muestra el Cuadro 8.

En números totales la extrema pobreza alcanza a 824 embarazadas (33,1%); 769 fueron clasificadas como pobres (30,9%) y 892 en niveles aceptables (35,9%). Tal distribución porcentual del nivel económico puede considerarse representativa de los sectores urbanos de predominio obrero y clase media baja en el año 1985. En el Cuadro 8 se ve claramente que la mala situación económica tiene clara influencia sobre el deseo de embarazo como si la embarazada percibiera las dificultades que tendrá para cuidar a su hijo. Ante tal resultado resulta paradójal que sea el grupo de extrema pobreza el que tiene una mayor tendencia a reproducirse. En dicho grupo constituido por un total de 824 embarazadas, 237 (28,7%) tienen una paridad previa de tres o más, en tanto que en el grupo de nivel aceptable constituido por 892 embarazadas el porcentaje de paridad previa de tres o más es sólo 141 (15,8%) diferencia

ampliamente significativa ($p < 0,001$). Múltiples factores deben contribuir a la paradoja que se señala, entre ellos menor nivel educacional, hacinamiento, vivienda alejada del consultorio, falta de promoción de uso, etc.

El deseo de embarazo según paridad previa puede apreciarse en el Cuadro 9.

El Cuadro 9 es claro en demostrar el notable deterioro del deseo de embarazo a partir del cuarto embarazo o más, en tanto que hasta el tercer embarazo los porcentajes de deseo son prácticamente estables. En la actual política del Ministerio de Salud la esterilización quirúrgica es muy limitada, sólo se permite por razones médicas (la más frecuente es la tercera cesárea). En mujeres sanas, sólo entre aquellas que lo solicitan con 32 años de edad y al menos cuatro hijos vivos. Dada la frecuencia con que mujeres de 25 años y aún menores tienen ya cuatro o más hijos, tal restricción podría estimular el uso del aborto ilegal o el nacimiento de hijos no desea-

CUADRO 9

DESEO DE EMBARAZO SEGUN PARIDAD PREVIA A ESTE EMBARAZO
(En porcentajes)

Paridad Previa	No Deseo	Deseo Intermed.	Deseo	Total	Nº
0	11,6	49,7	38,7	100,0	791
1 - 2	27,3	34,9	37,8	100,0	1.152
3 o +	55,7	29,3	15,0	100,0	542
Nº Total	709	954	822	2.485	2.485

$p < 0,0001$

El embarazo no deseado

dos que en el medio social investigado alcanzó al 66,9 por ciento de quienes no recurrieron al aborto ilegal.

Sin duda y muy relacionado con paridad previa, está el espacio intergenésico. Para medirlo se usó la edad del hijo inmediatamente anterior a este parto y el nivel de deseo expresado por la embarazada tal como aparece en el Cuadro 10.

El Cuadro 10 muestra claramente que mientras más largo sea el período intergenésico mayor es el grado de deseo de un nuevo embarazo.

Los altos porcentajes de no deseo aparecen contradictorios en un país en el cual hay disponibilidad de métodos anticonceptivos, al menos en las dispo-

siciones Ministeriales. Lo que las mujeres que decían no haber deseado el embarazo por el cual estaban en control, declararon frente al uso de tales métodos es de difícil interpretación. Al preguntar a una mujer que dijo no haber deseado su embarazo, si usaba o no un método anticonceptivo ésta podría tender a decir que lo usaba aunque en realidad no lo hacía. El método que declararon estar usando en el momento de quedar embarazadas aparece en el Cuadro 11, en el cual se consideran sólo las que expresaron no deseo o sentimientos mixtos y que en total suman 1.663, pues quienes tenían deseo de embarazo no tenían razón alguna para usarlos.

CUADRO 10

DESEO DE ESTE EMBARAZO EN 1.372 EMBARAZADAS MULTIPARAS SEGUN EDAD DEL HIJO ANTERIOR (En porcentajes)

Edad del hijo anterior	No Deseo	Deseo Intermed.	Deseo	Total	Nº
Un año o menos	58,0	29,6	12,4	100,0	154
Dos años	44,9	31,3	24,0	100,0	275
Tres años	31,7	33,0	35,4	100,0	204
Cuatro o cinco	21,4	31,6	47,0	100,0	346
Seis o más	20,2	33,2	46,7	100,0	343
Nº Total	431	438	503		1.372

p < 0,0001.

CUADRO 11

USO DECLARADO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS AL EMBARAZARSE EN 1.663 MUJERES EN CONTROL QUE NO DESEABAN EMBARAZO, SEGUN ESTADO CIVIL Y EFECTIVIDAD ATRIBUIBLE AL METODO

Estado civil	% en uso de método efectivo*	% en uso de método - efectivo*	% total en uso	% de no uso	Total	Nº
Soltera	4,9	8,2	13,1	86,9	100,0	534
En unión	32,4	3,3	35,8	64,2	100,0	302
Casadas	36,5	7,5	44,0	56,0	100,0	827
Total	25,6	7,0	32,6	67,4	100,0	1.663
Nº Total	426	116	542	1.121	-	-

p < 0,0001

* Se consideraron efectivos los anovulatorios, los dispositivos intrauterinos y los condones. Como menos efectivos la abstinencia periódica (ritmo o Billings) y el retiro.

Fuera de las dudas que surgen sobre la veracidad de las respuestas, puede verse el bajo porcentaje de uso de las solteras, lo cual sin duda está relacionado con la falta de educación sexual que las mujeres casadas o en unión suplen por consejos de amigas o profesionales. En ningún caso los porcentajes de uso de anticonceptivos al momento de haber quedado embarazadas pueden considerarse como fracasos del método. La única forma de conocer la eficacia de un determinado método es el seguimiento desde el inicio de uso, midiendo el número de embarazos que se produzcan por el método de "tabla de vida" que muestra probabilidad de fracasos y continuidad de uso. En un consultorio de control prenatal se concentran todos los fracasos, pero se ignora el total de usuarias.

El nivel educacional medido por los años de escolaridad y el deseo de embarazo manifestado por las encuestadas está tan unido a la situación económica que no se presenta, pues mientras mayor sea la pobreza más bajo es el número de quienes terminan educación primaria.

En resumen pueden considerarse como características negativas que influyen en el no deseo de embarazo: la deprimida situación económica, la edad muy joven o la superior a 35 años, la paridad previa, el defectuoso intervalo intergenésico y la condición de soltera. Mientras mayor sea la coincidencia de estas condiciones en una misma embarazada mayor será el porcentaje que declara no haber deseado su embarazo. Pobre, soltera y embarazada sin apoyo familiar constituyen el más alto riesgo.

En cuanto a los hallazgos encontrados en el control prenatal y que a nuestro juicio justifican su existencia, el más frecuente fue la anemia que alcanzó al 14,4 por ciento (un 17,7% en las de muy bajo nivel económico y un 10,2% en las de nivel aceptable). Un total de 45,4 por ciento registraban un peso bajo lo normal igualmente relacionado con el nivel económico. De acuerdo con la reglamentación vigente, las afectadas tenían derecho a recibir alimentación suplementaria.

Otras patologías fueron encontradas en los siguientes porcentajes: sífilis 0,6 por ciento e infección urinaria 1,7 por ciento. Ellas fueron tratadas de manera ambulatoria junto a 0,8 por ciento de hipertensión. Un 0,4 por ciento fue diagnosticado como pre-eclampsia y un caso de eclampsia; un 2,1 por ciento amenaza de aborto y 3,0 por ciento de parto prematuro, todas ellas fueron referidas al hospital.

SEGUIMIENTO DEL NACIDO VIVO DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA

Para efectuar las dos entrevistas domiciliarias se seleccionaron enfermeras universitarias con experiencia pediátrica en trabajos previos. De las 2.485 embarazadas se eliminaron 19 mortinatos y 81 por haber sufrido aborto tardío. De las 2.485 quedaron 2.385 y 15 de ellas dieron nacimiento a mellizos quedando un total de 2.400 niños a seguir.

Las enfermeras entrevistadoras desconocían los resultados de la primera encuesta y su labor era efectuar una entrevista cuando el niño cumpliera seis meses y otra nueva entrevista al cumplir 12 meses. A los seis meses 25 madres rehusaron la encuesta (1,0%), tres niños habían sido entregados en adopción (0,1%), 239 no pudieron ser ubicados por cambio de dirección (10,0%) y 2.133 (88,9%) fueron encuestadas.

Al cumplir el niño 12 meses, de las 2.133 entrevistadas a los seis meses, otras 25 rehusaron ser encuestadas (1,2%) y 131 no pudieron ser ubicadas (6,1%), quedando así 1.977 niños nacidos vivos con encuesta en control prenatal y dos encuestas completas en el curso de su primer año de vida.

Entre las 50 madres que rehusaron la encuesta se encuentran 41 en las que el niño había fallecido. La mortalidad infantil de 41 sobre los 2.018 niños con dirección ubicada alcanzó a 20,3 por mil, igual a la registrada para todo el país en 1987 fecha de término de las entrevistas domiciliarias.

El peso al nacer registrado en el hospital no ofrece diferencia según los niveles de deseo de embarazo expresados en las encuestas prenatales. Pesos menores a 2.500 gramos fueron significativamente más frecuentes en nulíparas y en nacidos de grandes múltiparas (paridad previa de tres o más). Con ello puede concluirse que los posibles sufrimientos de las embarazadas sin deseo de haberlo estado no afectaron el peso del niño al nacer.

De acuerdo con la ley chilena el nacido vivo debe ser inscrito en el Registro Civil durante los primeros tres meses. Si los padres están legalmente casados el hijo es inscrito como legítimo, si no lo están el hijo es ilegítimo y puede ser reconocido por el padre. Si no lo reconoce debe inscribirlo sólo lo madre, este último caso es el que representa la mujer abandonada del progenitor y no recibe ayuda alguna de él, constituyendo alto riesgo para el niño. De las 2.133 entrevistadas, 72 (3,4%) aún no habían inscrito su

hijo; 132 (6,2%) aparecían inscritos sólo por la madre; 482 (22,7%) estaban inscritos como ilegítimos reconocidos por el padre y 1.447 (68,2%) estaban inscritos como legítimos (el ilegítimo reconocido por el padre tiene iguales derechos de herencias que el legítimo).

Para conocer los sentimientos de la mujer tanto a los seis como a los doce meses de haber nacido el niño, se le preguntó: Si pudiera elegir de nuevo, ¿preferiría el embarazo que tuvo? o ¿hubiera preferido no embarazarse? Algunas contestaron: "Me es indiferente", respuesta que se homologó a la de "no haberse embarazado" por cuanto ninguna mujer podría realmente ser indiferente al nacimiento de un hijo.

El Cuadro 12 muestra las respuestas obtenidas a los seis y doce meses. Ante la posibilidad de elegir de nuevo, un 58,4% expresa a los seis meses indiferencia o no haberse embarazado y un 42,0% lo

expresa a los doce meses. Este descenso porcentual bien pudiera representar conquista de cariño logrado por el niño.

En la búsqueda de antecedentes más objetivos que las respuestas o sentimientos de la madre, se estudió la concurrencia de ésta con su hijo a la clínica de niño sano. A los 6 meses de edad del niño, de las 2.133 madres 2.104 habían inscrito el hijo en la clínica respectiva donde recibirían atención médica y alimentación subsidiada. Once madres declararon que atenderían su hijo con médico privado y 18 no lo habían inscrito aún.

El Cuadro 13 muestra el grado de cumplimiento de las madres a las citaciones a la clínica según deseo de embarazo manifestado en la primera encuesta.

Quienes manifestaron deseo en la primera encuesta muestran mejor cumplimiento a las citaciones.

CUADRO 12
QUE ELIGIRIA SI PUDIERA DECIDIR DE NUEVO

Nivel de deseo	Nº	A los 6 meses		Nº	A los 12 meses	
		Elegiría embarazo	Indiferente o no embarazo		Elegiría embarazo	Indiferente o no embarazo
No deseo	620	258 (41,6)	362 (58,4)	573	332 (58,0)	241 (42,0)
Intermedio	798	591 (74,1)	207 (25,9)	752	633 (84,2)	119 (15,8)
Deseo	695	661 (95,1)	34 (4,9)	652	620 (95,1)	32 (4,9)
Total	2.113	1.510 (71,5)	603 (28,5)	1977*	1.595 (80,2)	392 (19,8)

* 20 madres rehusaron contestar estas preguntas

CUADRO 13

GRADO DE CUMPLIMIENTO A LA CLINICA DE NIÑO SANO DE 1.948 MADRES SEGUN DESEO DE EMBARAZO MANIFESTADO EN LA PRIMERA ENCUESTA

Nivel de deseo 1ª encuesta	Nº de Inscrit.	Nº y % cumplió toda citación		Nº y % que faltó a una		Nº y % faltó a más de una	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
No deseo	565	385	68,1	111	19,6	69	12,2
Intermedio	741	558	76,6	123	16,6	50	6,7
Deseo	642	521	81,1	91	14,2	30	4,7
Total	1948*	1474	75,7	325	16,7	149	7,6

p = < 0,0001

* En 29 casos el archivo de la clínica no tenía información.

Igual resultado se obtiene con el cumplimiento al programa de inmunizaciones que el Ministerio de Salud recomienda durante el primer año de vida, tal como lo indica el Cuadro 14 que muestra el número y porcentaje de cumplimiento al año de edad.

Sin duda el más objetivo de los índices es el estado nutricional del niño que fue obtenido de la

tarjeta que la madre debe conservar y que fue corroborado con la historia clínica del niño en el consultorio. Este antecedente fue estudiado según el nivel de deseo expresado en el control prenatal y según situación económica tal como lo muestra el Cuadro 15.

CUADRO 14

GRADODECUMPLIMIENTOCONELPROGRAMADEINMUNIZACIONESALAÑO DE EDAD SEGUN DESEO MANIFESTADO EN PRIMERA ENCUESTA

Deseo expresado 1ª Encuesta	Nº de Inscrit	Cumplió todo el programa	Faltó una o más
No deseo	570	514	90,2
Intermedio	751	685	91,2
Deseo	651	612	94,0
Total	1.972	1.775	91,8

CUADRO 15

ESTADO NUTRITIVO DIAGNOSTICADO EN CONSULTORIO A LOS 6 Y 12 MESES DE EDAD SEGUN NIVEL DE DESEO EXPRESADO EN CONTROL PRENATAL Y SEGUN SITUACION ECONOMICA DE LA MADRE
(En porcentajes)

	Deseo en encuesta Prenatal	6 meses		12 meses	
		Nº Encuest.	% Desnutr. *	Nº Encuest.	% Desnutr. *
Pobreza extrema	No deseo	250	16,4	228	28,9
	Mixto	271	11,1	251	17,6
	Deseo	172	10,5	162	17,3
		p = > 0,1		p = < 0,005	
Pobre	No deseo	202	7,9	193	16,1
	Mixto	231	4,3	219	9,6
	Deseo	222	7,7	205	12,7
		p = > 0,1		p = > 0,1	
Aceptable	No deseo	162	8,6	155	11,0
	Mixto	290	6,6	278	8,6
	Deseo	296	3,7	281	10,0
		p = > 0,05		p = > 0,7	

(*) El 88% de los desnutridos fueron grado I, el 12% grado II; sólo 4 casos fueron grado III.

Sólo cuando falta deseo previo y a él se une miseria hay diferencias significativas, en el resto el deseo previo de embarazo no influye en el estado nutritivo del niño durante su primer año de vida. Se aprecia en cada uno de los tres grupos de nivel económico que entre el 6° y 12° mes de vida hay deterioro más que probablemente atribuible al destete que mayoritariamente se produce en el segundo semestre. Ello reafirma el concepto de lo ventajoso que es el prolongar la lactancia.

Se analizó luego lo que ocurría al crear un índice de salud del niño a los 12 meses de edad. El índice fue construido considerando los factores: estado nutritivo, desarrollo psicomotor (7), morbilidad en el curso del primer año atendido en el consultorio y hospitalizaciones sufridas -en el curso del primer año. Cuando de estos cuatro indicadores dos o más fueron negativos se clasificó al niño como de mala salud, definición que fue ponderada a la comunidad y comparada en cada uno de los tres grupos de deseo

de embarazo conservando el nivel económico. El Cuadro 16 muestra el resultado.

Nuevamente el índice de salud al relacionarse con deseo de embarazo alcanza porcentajes significativos sólo en el grupo de extrema pobreza.

Finalmente se estudió en porcentajes ponderados el cuidado del niño por su madre considerando los siguientes factores: a) cumplimiento a citaciones a control (al no concurrir se pierde la alimentación suplementaria; b) cumplimiento al programa de inmunizaciones, c) higiene del niño; y d) higiene del hogar capaz de exponer al niño a infecciones.

Cuando tres o más factores son negativos se clasificó de mal cuidado. El análisis se efectuó separadamente para los tres niveles de situación económica.

El Cuadro 17 muestra que sólo en el grupo de extrema pobreza hay porcentajes de descuido significativamente más altos en madres que previamente habían manifestado su no deseo de embarazo.

CUADRO 16

PORCENTAJES PONDERADOS DE BUENA Y MALA SALUD SEGUN DESEO DE EMBARAZO MANIFESTADO EN CONTROL PRENATAL Y SEGUN NIVEL ECONOMICO

Indice de Salud	EXTREMA POBREZA		Total
	Deseo + Intermedio	No deseo	
Bueno	65,0	57,1	62,0
Malo	35,0	42,9	38,0
	p = 0,047 sig.		
	POBRE		
Bueno	75,1	77,7	75,6
Malo	24,9	28,3	24,4
	p = 0,482 no sig.		
	ACEPTABLE		
Bueno	79,2	28,1	79,1
Malo	20,8	7,8	20,9
	p = 0,891 no sig.		

CUADRO 17
CUIDADO DEL NIÑO SEGUN DESEO PREVIO DE EMBARAZO
Y SEGUN SITUACION ECONOMICA
 (En porcentajes ponderados)

Cuidado del niño	POBREZA EXTREMA		Total
	Mucho o regular	No deseo	
Bien cuidado	62,1	54,0	59,0
Mal cuidado	37,9	46,0	41,0
Total	100,0	100,0	100,0
	p = 0,044 sig.		
	POBRE		
Bien cuidado	76,3	72,5	75,6
Mal cuidado	23,7	27,5	24,4
Total	100,0	100,0	100,0
	p = 0,294 no sig.		
	ADECUADO		
Bien cuidado	86,9	81,5	86,4
Mal cuidado	13,1	18,5	13,6
Total	100,0	100,0	100,0
	p = 0,367 no sig.		

En el Cuadro 18 podemos observar el uso de anticonceptivos al momento del embarazo declarado en control prenatal y el uso de ellos 12 meses después del parto, según paridad previa y efectividad atribuida al método.

Por eficaces se incluyeron los dispositivos intrauterinos, los métodos hormonales (orales e inyectables), condón y diafragma vaginal. Menos eficaces la abstinencia periódica y el retiro pre eyaculación.

Es de notar que el parto ha inducido un significativo incremento del uso de anticonceptivos eficaces con disminución del uso de los métodos menos eficaces. En las grandes multíparas (3 o más) hay significativo aumento de uso, pero en un grado menor que el observado en las de menor paridad. Es este grupo el que concentra el mayor número de mujeres de pobreza extrema y menor escolaridad. Se excluyeron del cuadro a los 12 meses, 98 obser-

vaciones que estaban ya nuevamente embarazadas con menos de un año de intervalo intergenésico: 5,0% del total de encuestadas a los 12 meses después del parto, porcentaje alto si se considera el mayor riesgo para el niño del corto espacio intergenésico, hecho atribuible a la defectuosa o casi nula educación sexual escolar.

El Cuadro 19 muestra las razones dadas por las encuestadas (última encuesta a los 12 meses de edad del niño) para no usar anticonceptivos. Se incluyen en este Cuadro las 98 madres excluidas del Cuadro 18 por estar nuevamente embarazadas.

El Cuadro revela que el concepto machista de oponerse a que su compañera use anticonceptivos prácticamente ha desaparecido de las zonas urbanas. Muestra además que hay insuficiencia de servicios y reafirma la carencia de educación sexual en aquellas que temen a efectos secundarios o dan como excusa la indiferencia frente al riesgo de otro

CUADRO 18

USO DE ANTICONCEPTIVOS AL MOMENTO DEL EMBARAZO DECLARADO
EN CONTROL PRENATAL Y 12 MESES DESPUES DEL PARTO
SEGUN PARIDAD PREVIA Y SEGUN EFECTIVIDAD ATRIBUIDA AL METODO
(En porcentajes)

Efectividad del método	Uso declarado en control pre-natal			Uso declarado a los 12 meses después del parto		
	Paridad previa			Paridad previa		
	0	1 y 2	3 y +	1	2 y 3	4 y +
Eficaz	1,4	21,2	14,8	80,3	83,7	68,5
Menos eficaz	5,0	3,4	6,6	0,7	1,5	3,2
Total uso	6,4	24,6	21,4	81,0	85,2	71,7
No uso	93,6	75,4	61,6	19,0	14,8	28,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
N	791	1.152	542	590	889	400
	Total obs. 2.485 % de no uso: 54,9			Total obs. 1.879* % de no uso: 14,1		

* 83 excluidas del Cuadro por esterilización después del tercer parto o más (4,2%).

CUADRO 19
RAZONES DADAS POR 464 MADRES PARA NO USO DE
ANTICONCEPTIVOS 12 MESES DESPUES DEL PARTO ANTERIOR

Razón	Nº	%
Está embarazada	98	21,6
Miedo a efectos secundarios	55	11,8
Mala experiencia anterior	7	1,5
No tiene relaciones sexuales	90	19,4
Compañero se opone	3	0,6
No ha podido obtener consulta	66	14,2
Deseo de otro embarazo	7	1,5
Indiferencia	55	11,8
Esterilizada	83	17,6
Total	464	100,0
	N= 1.879	
En uso	1.415	75,3
No uso	464	24,7
Total	1.879	100,0

embarazo.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Altos porcentajes de no deseo de embarazo justifican la educación sexual y ante el fracaso de la prédica de abstinencia sólo cabe intensificar las medidas preventivas del embarazo no deseado promoviendo y facilitando el uso de métodos eficaces, especialmente en las edades adversas (menores de 20 y de 30 o más años de edad en especial en los grupos incapaces de pagar por tales servicios).

Al seguir los nacidos vivos durante su primer año de edad no se observan diferencias del grado de deseo previo excepto en los grupos de extrema pobreza. Tales resultados coinciden con lo encontrado por el Dr. David y colaboradores en Checoslovaquia. Los resultados obtenidos por este investigador en un seguimiento que llega hasta los 30 años de edad hacen temer que ese grupo de extrema pobreza, en el cual se nace para vivir sin probabilidades de progreso, el mal cuidado del niño sea el que constituya el grupo que al llegar a la adolescencia caiga en la delincuencia y la drogadicción. Sin duda en Checoslovaquia no existen grupos de extrema pobreza que se observan en el subdesarrollo y por ello este autor no señala lo que ocurre cuando a la falta de deseo de ser madre se une la pobreza extrema.

Lo que se ha demostrado que ocurre en Santiago

y que es propio en las grandes ciudades, debe ser aún peor en otros países de América Latina en las que no existen programas de alimentación subsidiados ni participación de los Gobiernos en programas de planificación familiar.

BIBLIOGRAFIA

1. Dr. Zeidenstein (Presidente de Population Council). Fecundidad en Adolescencia. Reunión patrocinada por Pathfinder Fund y Population Council, celebrada en Oaxaca (México), 1989.
2. M. Vivar A. y R. Rios E. Liceo de Niñas de Copiapó. Monografía Histórica. Impresora C. Henríquez, Santiago, 1977.
3. 29 diversas encuestas efectuadas a escolares, alumnos universitarios y profesores de Educación Media efectuadas en diversas ciudades de Chile por distintos autores (archivo APROFA).
4. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (INE). Datos de 1952 y 1982.
5. Consultorio de Adolescentes "Dr. Hernán Romero" (Universidad de Chile y APROFA). Comunicación personal de su director y fundador, Prof. Ramiro Molina.
6. David, H.P.; Dytrych, Z.; Matejeck, Z.; Schuller, V. Avicenum, Checoslovaquia Medical Press, Praga; y Springer Publishing Co., New York 1988.
7. Rodríguez, S.; Arancibia, V.; Undurraga, C. Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor del Niño de 0 a 24 meses. Buenos Aires, 1979.