

Causas de necesidad insatisfecha en planificación familiar en mujeres con embarazo no deseado del Instituto Nacional Materno Perinatal

Causes of family planning unmet need in women with unwanted pregnancy at the Instituto Nacional Materno Perinatal

Elia Ku^A

RESUMEN

Objetivo: Determinar las causas de la necesidad insatisfecha en planificación familiar asociadas al embarazo no deseado, en mujeres hospitalizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2006. **Material y métodos:** Estudio transversal, correlacional. Realizamos una entrevista semiestructurada a 102 mujeres hospitalizadas en el Servicio 4 del Instituto Nacional Materno Perinatal. Estudiamos la dificultad en el acceso a los métodos anticonceptivos (MAC), el temor por sus efectos secundarios, la oposición de la pareja al uso de MAC, la falta de información sobre los MAC y la subestimación del riesgo de embarazo en mujeres cuyo embarazo fue no deseado por no uso de MAC. El análisis se realizó mediante Chi-cuadrado (significativo $p < 0.05$) y OR con sus intervalos de confianza al 95%. **Resultados:** El temor por los efectos secundarios de los MAC fue la primera causa que determinó la necesidad insatisfecha en planificación familiar (92.2%) y su presencia fue un factor de riesgo para que la mujer no utilice la anticoncepción y acabe teniendo un embarazo no deseado (OR: 11.1, IC 95%: 2.1 - 59.3). La subestimación del riesgo de embarazo fue la segunda causa que determinó la necesidad insatisfecha en planificación familiar (71.6%), mas no tuvo influencia en el embarazo no deseado. La oposición de la pareja al uso de MAC determinó la necesidad insatisfecha en un 22.5%, su presencia fue riesgo para que la mujer no utilice la anticoncepción y tenga embarazo no deseado (OR: 6.4, IC95%: 2.3 - 18.2). La dificultad en el acceso y la falta de información no fueron estadísticamente significativas. **Conclusiones:** Las causas de necesidad insatisfecha en planificación familiar que determinan el embarazo no deseado son: el temor por los efectos secundarios y la oposición de la pareja.

PALABRAS CLAVE: Necesidad insatisfecha, Planificación familiar, Embarazo no deseado.

INTRODUCCIÓN

De los mil millones de mujeres en edad reproductiva en todo el mundo, más de la mitad usa alguna forma de anticoncepción.¹ En los países en desarrollo la proporción de parejas que usan métodos anticonceptivos ha aumentado de un 10% en la década de 1960 a aproximadamente un 60% en la actualidad; y el promedio del tamaño de la familia en dichos países se ha reducido de alrededor de seis o siete hijos/mujer a unos tres.² Así, durante los primeros años de 1950, veinte países latinoamericanos exhibían tasas globales de fecundidad de seis hijos o más por mujer, entre ellos: Perú (6.9), Ecuador (6.9), Bolivia (6.7) y Brasil (6.1). Hacia 1993, en cambio, se observó una disminución general de la tasa de fecundidad entre los países de la región, como fue el caso de Perú (3.5), Ecuador (3.8), Bolivia (4.8) y Brasil (2.7). Sin embargo, para ese año, todavía existían países con altas tasas de fecundidad, principalmente Haití (6.4), Guatemala (5.6) y Honduras (5.2).³

En 1994, representantes de 179 naciones se reunieron en El Cairo, en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo y se comprometieron a proporcionar servicios de salud reproductiva a todas las personas para el año 2015, para lo cual se pedía a todos los países satisfacer las necesidades de planificación familiar de su

población y brindar acceso a una variedad de métodos anticonceptivos inocuos y fiables.² El Estado Peruano intervino mediante agresivas campañas de planificación familiar para regular el crecimiento poblacional. Fue entonces que en el año 2000 el porcentaje de mujeres casadas o unidas usuarias de métodos anticonceptivos se incrementó en un 9% con respecto a los años 1991 y 1992, y en un 4% en relación al año 1996; alcanzando un 68% (50% utilizaban métodos modernos y 18%, métodos tradicionales).^{4,5}

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES 2004), el porcentaje de usuarias de métodos anticonceptivos alcanzó el 69%, pero hubo una disminución de 3 puntos porcentuales en el uso de métodos anticonceptivos modernos (47%) y un incremento de cuatro puntos porcentuales en el uso de métodos anticonceptivos tradicionales (22%), con respecto al año 2000. Al mismo tiempo, la

(A) Clínica Maison de Santé.

Correspondencia a Elia Ku: eliaku@gmail.com

Recibido el 29 de julio de 2010 y 24 de agosto de 2010.

Cita sugerida: Ku E. Causas de necesidades insatisfechas en planificación familiar en mujeres con embarazo no deseado del Instituto Nacional Materno Perinatal. Rev. peru. epidemiol. 2010; 14 (2) [9 p.]

tasa global de fecundidad ha ido en descenso de 3.5 (año 1996) a 2.9 (año 2000) y a 2.4 (año 2004). No obstante, el número de hijos deseados es menor al promedio de hijos que tienen las mujeres; por ejemplo, en 2004, la fecundidad deseada fue de 1.5; en contraste, la fecundidad observada que fue de 2.4 hijos/mujer.⁶

Muchas mujeres aún no logran regular su fecundidad. Prueba de ello son los embarazos no deseados, definidos como aquellos que ocurren en un momento poco favorable, inoportuno o que se dan en una persona que ya no quiere reproducirse.⁷ En algunas regiones en desarrollo por lo menos tres de cada diez embarazos son no intencionales y millones de parejas siguen imposibilitadas de elegir el momento de tener hijos y el número que desean tener.⁷ En el Perú, el 40% de embarazos terminan en nacimientos deseados; el 30%, en nacimientos indeseados y el 30% en abortos inducidos.⁸

La reproducción y el ejercicio de la sexualidad deberían ser siempre actos deseados y planificados. Cabe preguntarse ¿por qué, en una época en la que, al menos en teoría, existen los medios para regular la fecundidad, las mujeres aún siguen teniendo embarazos no deseados? Ana Langer ensaya algunas respuestas: porque las expectativas reproductivas de las mujeres están influenciadas por la cultura y la ideología y difieren según el grupo social y el contexto histórico; porque existen relaciones sexuales que no son voluntarias ni deseadas (violación y violencia sexual); porque los métodos anticonceptivos fallan y no hay ninguno que sea 100% seguro, y porque aún no todas las mujeres pueden controlar su fecundidad.⁷ Nosotros nos centraremos en este último punto, motivo del presente estudio.

En la práctica existen mujeres que no desean reproducirse, pero que están expuestas al riesgo de quedar embarazadas por estar en edad reproductiva y llevar una vida sexual activa sin usar método anticonceptivo alguno o porque utilizan métodos tradicionales como el ritmo o el coito interrumpido, de escasa eficacia para evitar el embarazo. Se considera que estas mujeres tienen una "necesidad insatisfecha" de planificación familiar.^{7,9,10}

A nivel mundial, la proporción de mujeres casadas con esta necesidad insatisfecha pasó de 19% a 17% en la década comprendida entre 1990 y el año 2000; sin embargo el número de mujeres con necesidad insatisfecha ha permanecido casi constante debido al crecimiento de la población.^{11,12} En los países en desarrollo, más de 100 millones de mujeres casadas o en unión tienen la necesidad insatisfecha de espaciar o limitar los nacimientos, que en promedio es de un 20% para estos países.¹³ Para medir la necesidad insatisfecha se han realizado diversas clases de encuestas en diferentes partes del mundo; una de ellas son las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) en las cuales se les preguntaba a las mujeres si sus embarazos actuales eran intencionales, inoportunos o no deseados, y también si estaban usando un método anticonceptivo en el momento de la concepción. Así, tenemos que, en los 10 países que llevaron a cabo dos EDS desde 1985, el porcentaje de mujeres con necesidad insatisfecha declinó entre las encuestas. En siete de ellos (Colombia, Egipto, Ghana, Indonesia, Kenya, Marruecos y la República Dominicana) la declinación fue leve. En los otros tres fue considerable; de 12% en Perú y Bolivia, y de 7% en Zimbabue.¹³

En América Latina y el Caribe (años 1991 y 1992), en seis de los 11 países encuestados por las EDS, la necesidad insatisfecha fue inferior al 20%. En Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala y México, sin embargo, el nivel se halló entre el 24% y 29%.¹¹ En Perú, la necesidad insatisfecha fue de 16% y para 1996 fue de sólo 12% (un 3% para espaciar el nacimiento de sus hijos y el restante 9% para limitar su número).^{3,13} Si bien en la última década el incremento en el uso de la anticoncepción ha reducido esta necesidad en la mayoría de países, aún prevalece muy alta en algunos países e

incluso muestra una tendencia a aumentar. Por lo cual, es necesario realizar un gran esfuerzo para entender y abordar las causas de esta necesidad insatisfecha.

Varios estudios revelan que, además del acceso físico a los servicios, hay una diversidad de factores que impiden a las mujeres actuar sobre sus preferencias de maternidad.¹¹ Por ejemplo, a muchas mujeres les preocupa los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos, pues han escuchado rumores sobre ellos o los han experimentado ellas mismas. Otras temen la desaprobación de la pareja o su reacción en caso de que ellas utilicen algún método de planificación familiar; otras se oponen por razones religiosas o personales. Algunas mujeres se sienten inseguras o experimentan un sentimiento ambivalente ante la posibilidad de quedar embarazadas. Otras, por ejemplo, no saben nada sobre métodos anticonceptivos o dónde obtenerlos, o puede ser que no tengan acceso al método que desean por las limitaciones que presentan los servicios y materiales.¹¹ Estudios cualitativos realizados entre los años 1993 a 1996 investigaron las causas de la necesidad insatisfecha, encontrando que: En Filipinas,¹⁴ el temor por los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos que tenían las mujeres y sus parejas explicaban gran parte de la necesidad insatisfecha. En Nepal,¹⁵ muchas mujeres expresaron inquietud por la salud y dijeron que sus parejas se oponían a la planificación familiar; también dijeron que esperaban recibir un trato deficiente de los dispensarios o que tenían miedo de los efectos secundarios que les produciría el uso de anticonceptivos. En Guatemala,¹⁶ las mujeres manifestaron que la incertidumbre acerca de las características y seguridad de los anticonceptivos, el temor por los efectos secundarios y la insatisfacción con ciertos métodos en particular les impediría practicar la anticoncepción. Finalmente, en la India,¹⁷ la necesidad insatisfecha era generalmente resultado de la falta de anticonceptivos, sólo estaba disponible la esterilización. Además, las mujeres decían que sus parejas las disuadían de usar anticonceptivos por temor de los daños a la salud que podrían causarle su uso.

También, los últimos cuestionarios de las EDS exploraron más a fondo las causas de la necesidad insatisfecha. A las mujeres se les preguntó específicamente por qué no utilizaban métodos anticonceptivos a pesar de que decían que deseaban retardar o limitar la maternidad. En 13 encuestas realizadas en 1999 y en el 2000, las mujeres dieron una o más de las siguientes respuestas:¹⁸

- La razón más citada fue que no se piensa en la posibilidad de quedar embarazada: entre uno y dos tercios de las mujeres con necesidad insatisfecha dijeron que nunca o muy pocas veces tenían relaciones sexuales, o creían que no quedarían embarazadas debido a la menopausia, la lactancia u otra razón.

- La oposición a la planificación familiar (por parte de las mujeres, sus esposos u otras personas) fue la respuesta de un 20% a 30% de las personas encuestadas en el África subsahariana; pero en otras regiones este porcentaje fue más bajo.

- Los problemas relacionados con el método fue la razón que dio un tercio de las mujeres con necesidad insatisfecha. Los efectos secundarios y las consideraciones acerca de la salud ocuparon un lugar preponderante, sobre todo en los países donde la necesidad insatisfecha es relativamente alta. También se mencionaron el costo y el acceso, aunque en menor grado.

- La falta de conocimiento sobre los métodos o el lugar donde estos se pueden obtener parece ser una razón importante en apenas uno de los 13 países (Etiopía).

Otros estudios realizados recientemente no difieren mucho de los hallazgos ya mencionados. Por ejemplo: En El Salvador (2002),¹⁹ utilizando una combinación de técnicas para recopilar datos,

investigadores hallaron tres obstáculos principales que impedían el uso del DIU: los rumores y mitos acerca del método, la atención insuficiente que se le presta durante las sesiones de consejería, y la experiencia insuficiente de los proveedores con el método. En México (2003),²⁰ se logró identificar como causas de necesidad insatisfecha, la oferta limitada de anticonceptivos, métodos no deseados e información insuficiente y distorsionada sobre sus efectos secundarios. En Filipinas, en 2003,²¹ se concluyó que la calidad de atención recibida en el momento en que la mujer adoptó un método anticonceptivo influyó en que esta continuara usándolo. Además el uso aumentó sostenidamente con la calidad. En un estudio realizado en la selva del Perú (2003),²² se llegó a la conclusión que la aceptación masculina constituía un factor necesario, importante y de gran influencia en la promoción y práctica de la planificación.

Es así, que para el presente estudio, se han considerado cinco principales causas de necesidad insatisfecha:

Oposición de la pareja al uso de anticonceptivos

Puesto que la mayoría de métodos anticonceptivos han sido diseñados para el uso de la mujer, los programas de planificación familiar van dirigidos a las mujeres en edad fértil, sin tomar en cuenta que ellas no son las únicas que toman decisiones relativas al uso de anticonceptivos; sino que, los padres, los parientes o la pareja – sobre todo esta última – pueden influir significativamente en su decisión o simplemente decidir por ellas.^{23,24} Teniendo la mujer que aceptar por temor a la violencia, al abandono, el divorcio o el rechazo por parte de su pareja y a la exclusión social.^{25,26} Esto, sumado a la dependencia económica del varón,^{23,27} hace que la mujer se vea limitada en su derecho de planificación familiar. Existe pues, un desequilibrio de poder entre la mujer y el varón, a predominio de este último que hace prevalecer sus decisiones.²⁸ Así, las razones de los hombres para oponerse a la planificación familiar varían. Algunos quieren tener más hijos. Otros se oponen a la anticoncepción, incluso si no quieren tener más hijos porque temen que sus mujeres les sean infieles si están protegidas contra el embarazo. Otros tienen celos de que la esposa sea examinada por un médico. Aun otros quieren controlar el comportamiento de la esposa o tienen objeciones religiosas.¹³

Temor por los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos

Los efectos secundarios son la razón por la cual muchas parejas dejan de usar la anticoncepción o se niegan a usarla. Aun cuando consideran la anticoncepción un elemento importante en la calidad de vida, las mujeres resaltan sus consecuencias “negativas” sobre la salud: dolor de cabeza, aumento o pérdida de peso, amenorrea, sangrado menstrual irregular o prolongado, pérdida del deseo sexual, entre otros. Esta preocupación por los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos se fundamenta en:^{11,23,29,31,32}

- La información incorrecta o engañosa proveniente de la experiencia de otras mujeres y de los rumores que resultan de los reiterados relatos de estas experiencias en la comunidad; y

- La propia experimentación de los efectos secundarios con el uso de los métodos anticonceptivos.

A veces, los rumores suelen tener una base en la realidad. Varias razones pueden combinarse para contribuir a la necesidad insatisfecha, como los servicios o métodos de calidad deficiente, que llevan a problemas reales de salud, los que a su vez, forman la base de rumores exagerados que llegan a oídos de muchas personas que los creen pero tienen escaso conocimiento de la anticoncepción.

Falta de información sobre los métodos anticonceptivos

Los proveedores de salud, a pesar de que han sido capacitados para

adquirir las aptitudes técnicas necesarias para prestar servicios en el programa de planificación familiar tal vez no sepan cuánta información o qué tipo de información deben proporcionar. A menudo, la información que proporcionan es incompleta.^{30,32} De otro lado, la Federación Internacional de Planificación de la Familia y la Organización Mundial de la Salud avalan la decisión informada y el asesoramiento como derechos fundamentales de los usuarios de planificación familiar. La decisión informada es un proceso continuo en el que las mujeres y los hombres toman decisiones relativas a los métodos anticonceptivos, prueban nuevos métodos o dejan de usar métodos, según sus preferencias personales. Para ello es de suma importancia el asesoramiento. Mediante el asesoramiento, los proveedores de salud pueden ayudar a los usuarios a elegir dándoles información relativa a una serie de métodos anticonceptivos, y luego proporcionándoles detalles pertinentes al método que solicita el usuario, sin dejar de mencionar qué debe hacerse si surgen problemas.^{30,32,34,35} Sin embargo, la realidad nos ofrece un panorama distinto. Muchas de las usuarias de planificación familiar al ser interrogadas manifiestan no conocer el mecanismo de acción del método, lo usan de manera incorrecta, desconocen sus efectos secundarios o cuándo deben regresar por algún problema causado por el anticonceptivo.^{31,33,34} Por lo tanto, una asesoría integral podría ayudar a las mujeres a tomar una decisión informada sobre el uso de anticoncepción; brindando una información franca sobre los efectos secundarios de los métodos, de cuándo deben regresar por razones de seguimiento, re-suministro o problemas; propiciando un diálogo y una relación de confianza proveedor – usuaria.

Dificultad con el acceso a los métodos anticonceptivos

La falta de acceso a los métodos y servicios preferidos por el público, así como la insatisfacción con los métodos disponibles, pueden ser causa importante de la necesidad insatisfecha.^{31,33,30} En el Perú muchos centros de salud se encuentran desabastecidos de anticonceptivos, insumos y equipos, y/o carecen de profesionales de salud reproductiva, lo cual impide que los usuarios de estos servicios sean atendidos de manera adecuada.^{31,34} Son muchas las críticas que reciben los servicios de salud existentes, sobre todo debido a la insensibilidad o a la incompetencia del personal encargado, así como a la mala calidad y accesibilidad de los servicios. Es así que el temor o miedo de las pacientes respecto a los métodos anticonceptivos se alimenta, entre otras cosas, por el mal trato del personal que provee el servicio.³ Para satisfacer las diversas necesidades anticonceptivas del público se requiere una variedad de métodos anticonceptivos así como la disponibilidad del método requerido³⁶⁻³⁸ y un trato con calidad y calidez de parte del proveedor del servicio.

Subestimación del riesgo de embarazo

Si una mujer no cree probable que vaya quedar embarazada, no es probable que esté interesada en la anticoncepción. Este grupo de mujeres reconoce que existe cierto riesgo de embarazarse pero lo consideran muy pequeño como para justificar los costos e inconvenientes de la anticoncepción y esgrimen argumentos como la poca actividad sexual, y la llegada de la premenopausia para no usar método anticonceptivo alguno.¹³

Ante lo expuesto, planteamos el siguiente problema de investigación: ¿Cuáles son las causas de necesidad insatisfecha en planificación familiar que determinan el embarazo no deseado en mujeres hospitalizadas en el INMP? Pues, el determinar las causas de necesidad insatisfecha en estas mujeres con embarazo no deseado permitirá tomar medidas para incrementar el uso de los métodos de planificación familiar. Así se reducirá la fecundidad, se evitarán los embarazos no deseados, disminuirán las muertes maternas por complicaciones del embarazo y se prevendrán los abortos en

condiciones de riesgo permitiendo a la mujer el empoderamiento y la toma de decisión sobre cuándo y cuántos hijos tener, teniendo mayor acceso a la educación, al empleo y la participación comunitaria, pudiendo brindarle a sus hijos una mejor calidad de vida. Además, a nivel del país, permitirá ahorrar recursos para invertir en la satisfacción de otras necesidades de la atención de salud, la educación y el desarrollo.

Nuestro objetivo general fue determinar las causas de la necesidad insatisfecha en planificación familiar asociadas al embarazo no deseado en mujeres hospitalizadas en el INMP de setiembre a noviembre de 2006.

De manera específica nos propusimos demostrar si la dificultad con el acceso a los métodos, el temor por los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos, la oposición de la pareja al uso de métodos anticonceptivos, la subestimación del riesgo de embarazo y la falta de información sobre los métodos anticonceptivos están asociados al embarazo no deseado en el grupo estudiado.

MATERIAL y MÉTODOS

Se trata de un estudio transversal y correlacional donde se entrevistó a 102 puérperas del Servicio N° 4 del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) cuyo embarazo fue no deseado por no uso de método anticonceptivo moderno alguno. Se aplicó una encuesta precodificada con preguntas cerradas y abiertas con la finalidad de indagar las causas de necesidad insatisfecha en planificación familiar asociadas al embarazo no deseado.

Criterios de inclusión:

- Mujeres que aceptaron participar en el estudio.
- Mujeres en edad fértil.
- Puérpera cuyo embarazo fue no deseado.
- Mujeres sin uso de método anticonceptivo moderno antes de quedar embarazada.

Criterios de exclusión:

- Mujer víctima de violación sexual.
- Mujeres con retardo mental.
- Mujeres con problemas psiquiátricos.
- Mujeres con algún impedimento físico para responder a la encuesta.

Tamaño de la muestra: De la prueba piloto se estimó que la prevalencia de necesidades insatisfechas por planificación familiar y embarazo no deseado fue del 30%. Con una confianza del 95% y un error de muestreo del $\pm 5\%$, la muestra mínima requerida fue de 102 pacientes. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

Instrumento: Se utilizó un formulario precodificado que contenía 20 ítems; de los cuales, nueve tenían respuestas abiertas. Estos ítems fueron divididos en tres áreas: la primera, contenía los datos generales; la segunda, los antecedentes obstétricos de la paciente; y la tercera, indagaba las causas de necesidad insatisfecha en planificación familiar (dificultad con el acceso, temor por los efectos secundarios, oposición de la pareja, subestimación del riesgo de embarazo y falta de información) asociadas al embarazo no deseado.

Variable dependiente:

Necesidad insatisfecha en planificación familiar.

Variable independiente:

Causas de la necesidad insatisfecha

- Dificultad con el acceso a los métodos.
- Temor por los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos.
- Oposición de la pareja al uso de métodos anticonceptivos.
- Subestimación del riesgo de embarazo.
- Falta de información.

Variables intervinientes:

Edad, grado de instrucción, estado civil, número de parejas sexuales, número de hijos vivos, periodo internatal, número de abortos.

Primero se pidió autorización a la jefa del servicio de hospitalización de puérperas normales, Servicio N° 4 del Instituto Nacional Materno Perinatal. Luego, se preguntó a aquellas puérperas hospitalizadas en el Servicio N° 4 si su embarazo fue deseado y si usaron algún método anticonceptivo antes de ese último embarazo. Se tomaron aquellas cuyo embarazo fue no deseado y no habían usado ningún método anticonceptivo moderno. Si cumplían con los criterios de selección se les invitaba a participar del estudio, previo consentimiento informado. La entrevista fue realizada en el Servicio N° 4 por la investigadora y tuvo una duración promedio de diez minutos.

Análisis de Datos

Todas las variables se analizaron de forma porcentual, en las variables cualitativas (estado civil, grado de instrucción, dificultad con el acceso, falta de información, temor por los efectos secundarios, oposición de la pareja y subestimación del riesgo de embarazo) se utilizó el Chi-cuadrado, significativo con $p < 0.05$. Para la determinación de asociaciones entre las causas de necesidad insatisfecha (dificultad con el acceso, falta de información, temor por los efectos secundarios, oposición de la pareja y subestimación del riesgo de embarazo) con el embarazo no deseado se utilizó la razón de momios (OR) con sus intervalos de confianza al 95% (IC95%). La información recogida se tabuló en una base de datos Microsoft Excel y se procesó con el programa estadístico SPSS versión 10.0.

RESULTADOS

Los resultados del análisis de los datos se presentan organizados en tres grandes áreas: la primera, constituida por los datos generales y antecedentes obstétricos de las entrevistadas; la segunda, consta de cómo determinan las causas de necesidad insatisfecha el embarazo no deseado; y la tercera, de cómo determinan los factores de la necesidad insatisfecha el embarazo no deseado.

Datos generales y antecedentes obstétricos

De las 102 mujeres encuestadas, el promedio de edad fue de 28.6 años. La mujer más joven tenía 18 años y la más añosa 43 años; siendo el 3.9% adolescentes y el 23.5% añosas. El 71.6% eran convivientes y el 73.5% tenían instrucción secundaria, hubo una persona analfabeta (Tabla 1).

El número de hijos vivos promedio de estas mujeres fue de 2.9; el promedio de abortos fue de 0.2; el número de parejas sexuales promedio fue de 1.5. El periodo internatal (PIN) promedio fue de 3.8 años, teniendo el 36.3% de ellas un PIN corto, el 29.4% un PIN adecuado y el 17.6% un PIN largo; asimismo el 16.7% manifestó ser primípara al momento de la entrevista (Tabla 2).

Causas de necesidad insatisfecha en planificación familiar que determinan el embarazo no deseado

Las causas de necesidad insatisfecha en planificación familiar son aquellas razones que manifiestan las mujeres para no usar método anticonceptivo moderno alguno, pese a que no desean reproducirse; pero que están expuestas al riesgo de embarazo por estar en edad reproductiva y llevar una vida sexual activa.

De las 102 mujeres encuestadas, el 74.5% tenía necesidad insatisfecha en planificación familiar por alguna de las cinco causas estudiadas. La mayoría (92.2%) manifestó temor por los efectos secundarios de los MAC, el 71.6% subestimó el riesgo de embarazo y un 22.5% expresó que su pareja se oponía al uso de MAC. Todos estadísticamente significativos ($p < 0.05$). La dificultad con el acceso

TABLA 1. Características generales de mujeres con necesidad insatisfecha que tuvieron un embarazo no deseado. INMP – 2006

Datos Generales	n = 102	%
Edad		
18 - 25 años	42	41.2
26 - 34 años	36	35.3
35 años o más	24	23.5
Estado civil		
Soltera	14	13.7
Conviviente	73	71.6
Casada	15	14.7
Grado de instrucción		
Analfabeta	1	1
Primaria	17	16.6
Secundaria	75	73.5
Superior técnico	7	6.9
Superior universitario	2	2

a los MAC y la falta de información sobre MAC no fueron estadísticamente significativos ($p < 0.05$). Ver Figura 1.

Aquellas mujeres que tienen temor por los efectos secundarios de los MAC, tienen 11.1 mayor probabilidad de tener un embarazo no deseado por no uso de MAC. También, cuando la pareja se opone al uso de MAC, las mujeres tienen 6.4 mayor probabilidad de tener un embarazo no deseado por no uso de MAC. Estos datos fueron estadísticamente significativos ($p < 0.05$). Ver Tabla 3.

Factores de necesidad insatisfecha en planificación familiar que determinan el embarazo no deseado

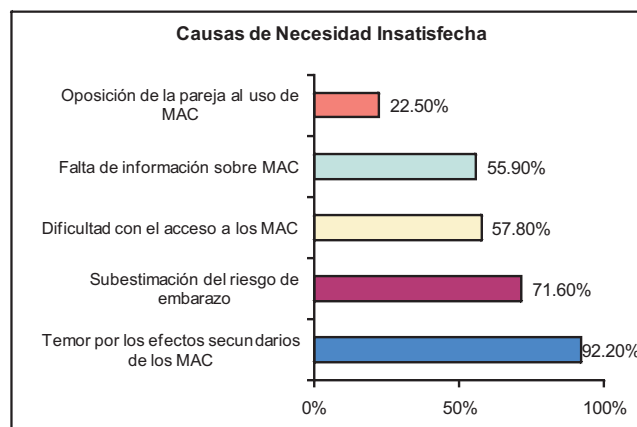
Los factores de necesidad insatisfecha en planificación familiar son subvariables de las causas de necesidad insatisfecha; y son los que se muestran en la Tabla 4.

Los factores de la necesidad insatisfecha en planificación familiar asociados al embarazo no deseado fueron, en orden descendente; creencias y rumores sobre los riesgos para la salud que tienen los

TABLA 2. Antecedentes obstétricos de mujeres con necesidad insatisfecha que tuvieron un embarazo no deseado. INMP – 2006

Antecedentes Obstétricos	n = 102	%
Nº hijos vivos		
1 - 2 hijos	48	47.1
3 - 4 hijos	31	30.4
4 hijos o más	23	22.5
Nº abortos		
0 abortos	81	79.4
1 aborto	20	19.6
2 abortos	1	1
Nº parejas sexuales		
1 pareja	62	60.8
2 - 3 parejas	38	37.2
4 parejas o más	2	2
Período in tematal		
1 - 2 años	37	36.3
3 - 5 años	30	29.4
5 años o más	18	17.6
0 años	17	16.7

FIGURA 1. Distribución de las causas de necesidad insatisfecha al embarazo no deseado. INMP – 2006



MAC: Métodos anticonceptivos

MAC (83.3%), falta de variedad de MAC y falta de información sobre el mecanismo de acción (52%), experimentación de los efectos secundarios y falta de información sobre los signos de alarma (44.1%), falta de información sobre los efectos secundarios y el modo de uso (17.6% y 7.8%, respectivamente), y el trato inadecuado del proveedor de salud (1%). Todos estadísticamente significativos ($p < 0.05$). El factor agotamiento del stock de MAC no fue estadísticamente significativo ($p < 0.05$).

El embarazo no deseado fue determinado, en su amplia mayoría, por más de un solo factor de necesidad insatisfecha en planificación familiar. Lo cual refleja que la necesidad insatisfecha es multifactorial o multicausal.

DISCUSIÓN

En el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) Continua 2004,^{39,50} el 9% de las mujeres casadas o unidas estarían con necesidad insatisfecha de planificación familiar (10% en el año 2000). La necesidad insatisfecha para espaciar los nacimientos se estima en 3%, mientras que la necesidad para limitar los nacimientos alcanza el 6% de las mujeres en unión. Siendo para Lima Metropolitana 8.1% el total de necesidad insatisfecha, 3.9% para espaciar y 4.2% para limitar los nacimientos. Es así, que en el presente estudio se encuestaron –durante el periodo de setiembre a noviembre del 2006– aquellas pacientes que tenían necesidad insatisfecha de planificación familiar y que culminaron con un embarazo no deseado. Estas mujeres tuvieron un número de hijos promedio de 2.9, mayor a la tasa global de fecundidad observada a nivel nacional por la ENDES 2004^{4,51} que fue de 2.4 y casi el doble de la tasa de fecundidad deseada (1.5) para ese mismo año. Lo cual demuestra que por más que el uso de la anticoncepción se halla incrementado en nuestro país, las mujeres siguen teniendo necesidad insatisfecha de planificación familiar debido a que cada vez más aumenta el número de mujeres que quieren regular su fecundidad pero no saben cómo proceder o presentan barreras que le impiden usar la anticoncepción o, peor aun cuando no tienen una decisión firme de adoptar una medida anticonceptiva.

El intervalo entre nacimientos tiende a acortarse en mujeres que presentan necesidad insatisfecha de planificación familiar. En la Encuesta Demográfica y de Salud (EDS) de 1993, llevada a cabo en Kenya,¹³ la mayoría de mujeres que tenían necesidad insatisfecha habían dado a luz en el último año o dos años y sólo unas pocas

TABLA 3. Asociación entre la necesidad insatisfecha en planificación familiar y sus causas INMP – 2006

Causas de Necesidad Insatisfecha	Necesidad Insatisfecha en Planificación Familiar		OR (IC 95%)	Valor p
	SI	NO		
Dificultad con el acceso a los MAC	SI	59	-	<0.001
	NO	17		
Falta de información sobre MAC	SI	57	-	<0.001
	NO	19		
Temor por los efectos secundarios de los MAC	SI	74	11.1 (2.08-59.25)	0.001
	NO	2		
Oposición de la pareja al uso de MAC	NO	65	6.4 (2.28-18.20)	0.000
	SI	11		
Subestimación del riesgo de embarazo	NO	19	0.53 (0.21-1.37)	0.189
	SI	57		

tenían un periodo internatal (PIN) mayor a dos años. Para el presente estudio resultó que, el 36.3% tenía un PIN corto (menor de 2 años), el 29.4% un PIN adecuado y un 17.6% tenía un PIN largo (mayor de cinco años). Probablemente, las mujeres con necesidad insatisfecha y PIN largo desde el último nacimiento sean menos fértiles y sexualmente menos activas que las otras con necesidad insatisfecha además de tener mayor edad e hijos más grandes.

Al investigar los factores de la necesidad insatisfecha en planificación familiar, se encontró que el 83.3% de mujeres tenían creencias o habían escuchado rumores sobre los riesgos para la salud que podría causarles el uso de métodos anticonceptivos (MAC). Por ejemplo, decían haber oído que la T de cobre podía causar cáncer o que se podía incrustar en el útero o provocar alguna infección; el inyectable trimestral les podía causar infertilidad, aumento de peso, dolor de cabeza, alteración de los nervios o que la sangre podía acumularse dentro de su organismo; y que las pastillas daban dolor de cabeza.

La falta de variedad de MAC y la falta de información sobre el mecanismo de acción de los mismos obtuvieron el 52%, ocupando el segundo lugar. Varias mujeres manifestaron que no había el método que ellas deseaban cuando acudieron al establecimiento de salud de su localidad, a pesar de que el Ministerio de Salud proporciona en forma gratuita el inyectable trimestral, la T de cobre, los anticonceptivos orales combinados y los preservativos; tal vez esta

situación podría explicarse por los prejuicios tan arraigados que tienen las mujeres sobre los efectos colaterales de los MAC y los riesgos que podrían traer para su salud, que les hacen pensar que no hay un método adecuado para ellas. Asimismo, los proveedores de salud no les explicaban cómo es que el anticonceptivo actúa en su organismo para impedir la concepción, sólo les hablaban acerca del modo de uso (92.3%) y de los efectos secundarios que podían tener (82%); y en otros casos sólo les brindaban el método y las citaban para reabastecerlas.

En tercer lugar, encontramos la falta de información sobre los signos de alarma de los MAC y la experimentación de los efectos secundarios, con un 44.1%. Muchos proveedores no advierten de las señales de peligro que pueden presentarse por el uso de MAC o tocan el tema someramente porque tienen temor de que la paciente se desanime en la elección del método y prefieren reservarse la información. Además, muchas pacientes han experimentado ellas mismas los efectos secundarios de la anticoncepción: dolor de cabeza, sangrado abundante o irregular, amenorrea, aumento de peso y como consecuencia abandonan el método. Así lo ejemplifica un estudio en el que el inyectable trimestral resultó ser el método más utilizado y a la vez el de mayor abandono por sus efectos colaterales, en especial el incremento de peso, conllevando a embarazos no deseados.⁴⁰

Casi todas las mujeres encuestadas (99%) respondieron que no

TABLA 4. Distribución de los factores de la necesidad insatisfecha al embarazo no deseado, INMP – 2006

Factores de la Necesidad Insatisfecha	n	%
Creencias y rumores sobre los riesgos para la salud que tienen los MAC	85	83.3%
Falta de variedad de MAC	53	52.0%
Falta de información sobre mecanismo de acción de los MAC	53	52.0%
Experimentación de efectos secundarios de los MAC*	45	44.1%
Falta de información sobre los signos de alarma	45	44.1%
Agotamiento del stock de MAC**	28	27.5%
Falta de información sobre los efectos secundarios de los MAC	18	17.6%
Falta de información sobre el modo de uso	8	7.8%
Trabaja inadecuado del proveedor de salud***	1	1.0%

* 35 mujeres no respondieron este ítem, pues manifestaron que nunca habían utilizado método anticonceptivo moderno alguno. ** De las 41 mujeres que no respondieron este ítem; 39 manifestaron que nunca habían ido a un establecimiento de salud en busca de MAC, mientras que 2 sí acudieron a un establecimiento de salud en busca de MAC pero no volvieron más. *** De las 102 mujeres entrevistadas, sólo 63 respondieron a las preguntas que hace referencia esta tabla, las otras 39 no respondieron, ya que manifestaron nunca haber ido a un establecimiento de salud en busca de un método anticonceptivo.

Ku E. Causas de necesidad insatisfecha en planificación familiar en mujeres con embarazo no deseado del Instituto Nacional Materno Perinatal

habían recibido ningún mal trato del proveedor de salud y el agotamiento del stock de MAC no influyó en la necesidad insatisfecha.

La sumatoria de estos factores da como resultado las causas de necesidad insatisfecha. En el presente estudio, se encontró que el temor por los efectos secundarios fue la principal causa de necesidad insatisfecha en planificación familiar (92.2%), siendo determinada por un factor (59%) y por dos factores (34%), estadísticamente significativos ($p < 0.05$). También se observó que las mujeres que tienen temor por los efectos secundarios de los MAC, tienen mayor probabilidad de tener un embarazo no deseado por no uso de MAC moderno alguno (OR: 11.1, IC 95%: 2.08, 59.25). Este dato fue estadísticamente significativo ($p < 0.05$). Difiere de los resultados de las últimas EDS¹⁸ de 13 países realizadas en 1999 y en el 2000, donde los problemas relacionados con el método, como los efectos secundarios y las consideraciones acerca de la salud fue la razón que dio un tercio de encuestadas.

En segundo lugar, en la determinación de la necesidad insatisfecha, se ubicó la subestimación del riesgo de embarazo con el 71.6% ($p < 0.05$); es decir, las mujeres no creían que podían quedar embarazadas a pesar de no utilizar ningún MAC moderno, pues manifestaban “cuidarse” con métodos naturales (el ritmo y el coito interrumpido), otras habían estado amamantando por más de seis meses y creían que el método de la lactancia materna las seguiría protegiendo pues no “veían” la menstruación y no habían sido informadas o no les habían dado una información correcta sobre la lactancia materna como método anticonceptivo, y otras – las más añosas – decían que estaban en la menopausia porque no “veían” ya casi la menstruación o esta era muy alejada. Similares fueron los resultados de las últimas EDS¹⁸ de 13 países realizadas en 1999 y en el 2000, donde la razón más citada fue que no se piensa en la posibilidad de quedar embarazada (subestimación del riesgo de embarazo) en casi dos tercios de las personas encuestadas.

La dificultad con el acceso y la falta de información sobre MAC alcanzaron el tercer y cuarto lugar, con el 57.8% y el 55.9%, respectivamente; pero no resultaron significativos.

La oposición de la pareja al uso de MAC (22.5%) alcanzó el quinto lugar. Las mujeres encuestadas dijeron que su pareja se oponía porque deseaba tener otro hijo, temía que ella le fuera infiel, tenía temor de los efectos secundarios que podría presentar por el uso de MAC, o simplemente, nunca habían conversado del tema. Este resultado fue significativo ($p < 0.05$). Además se observó que cuando la pareja se opone al uso de métodos anticonceptivos, las mujeres tienen mayor probabilidad de tener un embarazo no deseado por no usar MAC modernos (OR: 6.4, IC95%: 2.28-18.2), siendo estadísticamente significativo ($p < 0.05$). Existen varios estudios que concuerdan con este resultado. Un estudio llevado a cabo en el Perú investigó la asociación entre los conocimientos y actitudes, y la práctica de planificación familiar en parejas de la selva, obteniendo que las parejas en las que el varón tuvo un nivel de aceptación medio hacia la planificación familiar tuvieron una probabilidad mayor de no practicarla que aquellas en las que el hombre tuvo un nivel de aceptación alto (OR: 1.9, IC95%: 1.03-3.48). Esta probabilidad fue aún mayor cuando el hombre tuvo un nivel de aceptación bajo hacia la planificación familiar (OR: 2.2, IC95%: 1.10-4.51). Lo cual indica, que la aceptación masculina constituye un factor necesario, importante y de gran influencia en la promoción y práctica de la planificación familiar.²² En Uganda,⁴¹ de un análisis de los resultados de 34 charlas de grupos de enfoque y una encuesta de 1356 mujeres y sus compañeros, se calculó que la oposición masculina representaba aproximadamente 15% de la necesidad insatisfecha total de anticoncepción, e hizo que las mujeres que usaban la planificación familiar dependieran de métodos tradicionales menos eficaces que

puedan ocultarse fácilmente. El uso de métodos modernos notificado por las mujeres que deseaban dejar de tener hijos disminuyó en más de la mitad (26% a 11%) cuando sus compañeros se oponían al uso. La pareja desempeña una función esencial en el uso y la continuación del uso de la planificación familiar,^{28,42,49} y es posible que las mujeres afronten graves consecuencias como: divorcio, abandono o violencia al no seguir la voluntad del compañero.²⁸ El estudio ya mencionado realizado en Uganda, reveló que sólo 19% de las mujeres creían que sus cónyuges no querían tener más hijos, mientras que 30% de los hombres dijeron que no querían tener más hijos. A la inversa, sólo una cuarta parte de los hombres creían que sus compañeras querían dejar de tener hijos, aunque más de la tercera parte de las mujeres dijeron que no deseaban tener más hijos. Al mismo tiempo, un número considerable de hombres y mujeres reconocieron que simplemente no sabían lo que deseaba su compañero;⁴¹ había una falta de comunicación. Las investigaciones indican que la comunicación conyugal ayuda a la pareja a llegar a un acuerdo respecto a sus metas de reproducción y a lograr dichas metas.⁴⁷ Así lo demuestra un estudio realizado en Ghana, pues las mujeres que habían hablado de anticonceptivos con su esposo tenían el doble de probabilidades de ser usuarias de planificación familiar que las que no lo habían hecho.⁴⁰ En Burkina Faso, al oeste de África, cuya sociedad se caracteriza por ser patriarcal; la carencia de comunicación entre esposos era un factor explicativo importante en el bajo nivel de uso anticonceptivo de los esposos.⁴²

Existen diversas explicaciones para la falta de comunicación entre las parejas sobre la planificación familiar. Algunas mujeres dicen ser demasiado tímidas o que están demasiado ocupadas para iniciar una conversación al respecto con el esposo, a otras les da miedo la reacción que pueda tener él o les preocupa que sus conocimientos acerca de cuestiones sexuales puedan interpretarse como promiscuidad o infidelidad²⁸ y que el varón quiera tener hijos fuera del matrimonio o dependen económicamente del varón. Para algunas parejas, el tema del sexo es demasiado vergonzoso para abordarlo. En muchos entornos, se supone que las mujeres sepan poco acerca del sexo e incluso es posible que no tengan el vocabulario para hablar de ello. Los hombres que tienen pocos conocimientos relativos a temas sexuales posiblemente eviten hablar al respecto por miedo a revelar su ignorancia.⁴¹ Los estereotipos de género de mujeres sumisas y hombres poderosos pueden restringir el acceso a la información y entorpecer la comunicación. Muchas sociedades enseñan a las jovencitas a ser buenas esposas y las socializan para que sean sumisas con los hombres. Las familias, los maestros y los compañeros refuerzan la suposición de que las niñas son inferiores los niños, hasta tal punto que muchas jóvenes llegan a creer que su situación de desigualdad está justificada. El desequilibrio de poder entre hombres y mujeres puede hacer que para las mujeres sea imposible negarse a tener relaciones sexuales no deseadas o sin protección, negociar el uso del condón o usar la anticoncepción en contra de los deseos del varón.⁴⁴

Sin embargo, hay estudios que presentan hallazgos diametralmente opuestos a los ya presentados. Por ejemplo, en Kwazulu-Natal (al sur de África) se realizó un estudio para examinar la influencia relativa del marido y de la esposa en la práctica anticonceptiva. Se encontró que el conocimiento de métodos anticonceptivos era virtualmente universal y las actitudes respecto a la anticoncepción eran favorables en hombres y mujeres. La aprobación o no de la planificación familiar por parte del marido y su preferencia por la maternidad futura no fueron relacionadas con el uso de anticonceptivos. Más bien, la preferencia de la fertilidad de la esposa fue encontrada para ser un determinante dominante del uso.⁴⁵ En otro estudio los investigadores concluyeron que las mujeres desempeñan una función más importante en las decisiones que lo que se

reconoce.²⁸ También, en otro estudio realizado en cinco países asiáticos, no hubo evidencia de que el género tenga influencia sobre el acuerdo de las parejas en el número de hijos a tener, pero sí tuvo una influencia relativa sobre las preferencias de los esposos y esposas para adoptar un método anticonceptivo.⁴⁶

Vemos que la necesidad insatisfecha de planificación familiar es multicausal, pueden presentarse una o varias barreras al uso de la anticoncepción al mismo tiempo. Existen barreras culturales, de género, de acceso y calidad de los servicios que, unas en mayor o menor medida que otras, contribuyen a la necesidad insatisfecha total. Mejorar todos estos aspectos, implica en muchos casos un cambio de conducta no sólo de las parejas sino también del proveedor de salud; lo cual puede ser una tarea ardua y sus resultados no ser inmediatos. Por ello, se deben crear estrategias en base a toda la información recogida en nuestro país y en otras realidades similares a la nuestra que permitan adaptar los servicios a las necesidades del cliente sin batallar contra sus costumbres, sino tratar de comprender su cultura y buscar que atender sus necesidades.

La herramienta más importante para la solución de este problema es la educación. En este caso, el proveedor de salud, juega un rol importante a través de la consejería en salud reproductiva y planificación familiar. Debe brindar orientación e información adecuada y completa en metodología anticonceptiva no sólo a la mujer sino también a al varón, debe preocuparse por la vida sexual de la pareja, darle confianza y apoyo a la mujer absolviendo sus dudas y mostrando verdadero interés por sus problemas. Pero, para que pueda haber una buena consejería, debe haber primero una buena capacitación,⁴⁸ que ayude al profesional de salud a incorporar conocimientos y a desarrollar sus habilidades y destrezas en este ámbito para con buen criterio dar solución a cada caso que pudiera presentarse.

La labor comunitaria también es un punto importante. Las visitas domiciliarias llevando la planificación familiar a los hogares, la difusión de la planificación familiar y la educación sexual a niños, jóvenes y adultos de ambos sexos puede influir muy favorablemente en la salud de la población.

Al reducir la necesidad insatisfecha en planificación familiar no sólo se contribuirá a disminuir el crecimiento poblacional y a alcanzar el objetivo reproductivo de muchas parejas. Si no que con el uso de la anticoncepción se evitarán los embarazos no deseados y, por ende, los abortos provocados y sus consecuencias. Habrá más oportunidad para educar a los hijos y de que la mujer participe en su comunidad. Mejorará la calidad de vida de la población, disminuirán la mortalidad materna e infantil y se ahorrarán recursos que podrán ser invertidos en otros rubros que impulsen el desarrollo del país.

Conclusiones

- La necesidad insatisfecha en planificación familiar en mujeres con embarazo no deseado obedece a múltiples factores.
- El temor por los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos fue la primera causa que determinó la necesidad

insatisfecha en planificación familiar (92.2%) y su presencia fue un factor de riesgo para que la mujer no utilice la anticoncepción y acabe teniendo un embarazo no deseado (OR: 11.1, IC 95%: 2.08-59.25).

- La subestimación del riesgo de embarazo fue la segunda causa que determinó la necesidad insatisfecha en planificación familiar (71.6%), mas no tuvo influencia en el embarazo no deseado.

- La dificultad con el acceso y la falta de información no fueron determinantes de la necesidad insatisfecha en planificación familiar.

- La oposición de la pareja al uso de MAC determinó la necesidad insatisfecha en un 22.5% y su presencia fue un factor de riesgo para que la mujer no utilice la anticoncepción y acabe teniendo un embarazo no deseado (OR: 6.4, IC95%: 2.28-18.2).

- Así, las causas de necesidad insatisfecha que determinaron el embarazo no deseado fueron: el temor por los efectos secundarios y la oposición de la pareja.

Recomendaciones

- La capacitación de los proveedores de salud que ofertan sus servicios en esta área en temas de salud sexual y reproductiva, incluyendo la planificación familiar debe ser prioridad para el MINSA; y así satisfacer las necesidades de la usuaria, de acuerdo a las características específicas de cada grupo (adolescentes, mujeres solteras sexualmente activas, mujeres que están en periodo de lactancia, mujeres añasas, mujeres post aborto). Asimismo se debe mejorar las técnicas de orientación y consejería sobre metodología anticonceptiva.

- Es necesario promover la participación masculina en las sesiones de consejería en planificación familiar, animar a los varones a discutir los métodos de planificación familiar con sus esposas, propiciar la comunicación, de tal manera que sus dudas sean absueltas y puedan elegir el MAC más adecuado.

- Se debe procurar el abastecimiento periódico de los insumos de planificación familiar para garantizar la continuidad en el uso de anticonceptivos y en lo posible, añadir nuevos métodos de planificación familiar que atraigan nuevas usuarias, como por ejemplo los anticonceptivos orales de sólo progestágeno para las madres que están amamantando.

- Realizar estudios sobre la calidad de la consejería en planificación familiar que se brinda en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, que permita la autoevaluación y mejora del servicio brindado.

- Realizar investigaciones cualitativas que puedan mostrar con mayor profundidad las barreras hacia la planificación familiar que tienen tanto hombres como mujeres.

- Tomar siempre en cuenta la opinión, las observaciones y sugerencias del público usuario del servicio en aras del mejoramiento continuo de la calidad del servicio brindado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PATH (PROGRAMA PARA UNA TECNOLOGÍA APROPIADA EN SALUD). ANÁLISIS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS: DIU, IMPLANTES Y ANTICONCEPTIVOS ORALES. OUTLOOK JULIO 2004; 21(1): 1-2.
2. POPULATION REFERENCE BUREAU. UN OBJETIVO POR ALCANZAR: SATISFACER LA NECESIDAD DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LOS PAÍSES EN DESARROLLO(WASHINGTON, DC: 2005).
3. BELTRÁN A. UTILIZACIÓN DE LO SERVICIOS DE

- PLANIFICACIÓN FAMILIAR: EL CASO PERUANO. INFORME SOBRE INVESTIGACIONES APLICADAS SECUNDARIAS NO. 9 DICIEMBRE 1999.
4. MOSTAJO P, ESPEJO T. FECUNDIDAD, NUPCIALIDAD Y ANTICONCEPCIÓN. ENDES 2004.
5. INEI. RESUMEN DE RESULTADOS. ENDES CONTINUA 2004.
6. HURTADO R, RAMOS M. PERFIL DE SALUD DE LAS MUJERES Y LOS HOMBRES EN EL PERÚ 2005.

OPS/OMS/MINSA-PERÚ.

7. LANGER A. EL EMBARAZO NO DESEADO: IMPACTO SOBRE LA SALUD Y LA SOCIEDAD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. REVISTA PANAMERICANA DE SALUD PÚBLICA 2002; 11(3): 192-204.
8. INEI-FNUAP. ESTADO DE LA POBLACIÓN PERUANA: 1997. SALUD REPRODUCTIVA.
9. ZLIDAR V, GARDNER R, RUTSTEIN S, MORRIS L, GOLDBERG H, JOHNSON K. NUEVOS HALLAZGOS DE LAS

Ku E. Causas de necesidad insatisfecha en planificación familiar en mujeres con embarazo no deseado del Instituto Nacional Materno Perinatal

- ENCUESTAS: LA REVOLUCIÓN REPRODUCTIVA CONTINÚA. POPULATION REPORTS, SERIE M, No. 17. BALTIMORE: JOHNS HOPKINS UNIVERSITY SCHOOL OF PUBLIC HEALTH, POPULATION INFORMATION PROGRAM; 2003.
10. CONAPO. PLANIFICACIÓN FAMILIAR. [EN LÍNEA]. DIRECCIÓN DE URL (PÁGINA WEB) DISPONIBLE EN <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/1997/pdf/09.pdf>. ACCESO 24-04-06.
11. ASHFORD L. NECESIDAD INSATISFECHA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR: ENFOQUES RECIENTES E IMPLICACIONES PROGRAMÁTICAS (WASHINGTON, DC: PRB, 2003).
12. ROSS J, WINFREY W. UNMET NEED FOR CONTRACEPTION IN THE DEVELOPING WORLD AND THE FORMER SOVIET UNION: AN UPDATED ESTIMATE. INTERNATIONAL FAMILY PLANNING PERSPECTIVES 2002; 28(3): 138-143.
13. ROBEBY B, ROSS J, BRUSHAN I. CÓMO ATENDER LA NECESIDAD INSATISFECHA: NUEVAS ESTRATEGIAS. POPULATION REPORTS, SERIE J, No. 43. BALTIMORE: JOHNS HOPKINS UNIVERSITY SCHOOL OF PUBLIC HEALTH, POPULATION INFORMATION PROGRAM; 1996.
14. CASTERLINE J, PÉREZ A, BIDDLECOM A. FACTORS UNDERLYING UNMET NEED FOR FAMILY PLANNING IN THE PHILIPPINES. POPULATION COUNCIL, NEW YORK, 1996.
15. STASH S. REASONS FOR UNMET NEED IN NEPAL: AN ATTEMPT TO PICK UP WHERE FERTILITY SURVEYS LEAVE OFF. 1995.
16. ASTURIAS DE BARRIOS L, NIEVES I, DE RODAS I, MATUTE J. THE UNMET NEED FOR FAMILY PLANNING SERVICES IN A MARGINAL COMMUNITY OF GUATEMALA CITY. INTERNATIONAL CENTER FOR RESEARCH ON WOMEN. WASHINGTON DC.
17. RAVINDRAN T. USERS' PERSPECTIVES ON FERTILITY REGULATION METHODS. ECONOMIC AND POLITICAL WEEKLY, Nov. 1993.
18. WESTOFF C. UNMET NEED AT THE END OF THE CENTURY. DHS COMPARATIVE REPORTS 1 (CALVERTON, MARYLAND: ORC MACRO, 2001).
19. KATZ K, JONSON L, JANOWITZ B, CARRANZA J. FACTORES QUE INCIDEN EN EL USO LIMITADO DEL DIU EN EL SALVADOR. INTERNATIONAL FAMILY PLANNING PERSPECTIVES NÚMERO ESPECIAL 2002, 3-9.
20. LEE I. CAUSAS DE NECESIDADES INSATISFECHAS EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR. REV MED IMSS 2003; 41(4): 313-19.
21. RAMARAO S, LACUESTA M, COSTELLO M, PANGOLIBAY B, JONES H. THE LINK BETWEEN QUALITY OF CARE AND CONTRACEPTIVE USE. INTERNATIONAL FAMILY PLANNING PERSPECTIVES 2003; 29(2): 76-83.
22. DE LA CRUZ D, LANGER A, HERNÁNDEZ B, GONZALEZ G. CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LA PAREJA HACIA LA PRÁCTICA DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA SELVA DEL PERÚ. SALUD PÚBLICA DE MÉXICO 2003; 45(6): 461-469.
23. CREEL L, SASS J, YINGER N. LA CALIDAD CENTRADA EN EL CLIENTE: PERSPECTIVAS DE LOS CLIENTES Y OBSTÁCULOS PARA RECIBIR ATENCIÓN. POPULATION REFERENTE BUREAU DICIEMBRE 2002.
24. GREENE M, BIDDLECOM A. ABSENT AND PROBLEMATIC MEN: DEMOGRAPHIC ACCOUNTS OF MALE REPRODUCTIVE ROLES. POPULATION AND DEVELOPMENT REVIEW 2000, 26(1): 81-115.
25. BARNETT B. LAS NORMAS DE GÉNERO INFLUYEN EN LA DISTRIBUCIÓN. NETWORK EN ESPAÑOL PRIMAVERA 1999, 19(3).
26. BARNETT B. LO QUE LA GENTE ESPERA DE LOS SERVICIOS. NETWORK EN ESPAÑOL VERANO 1998, 18(4).
27. FINGER W. LA NECESIDAD DESATENDIDA AFECTA A MILLONES. NETWORK EN ESPAÑOL VERANO 1999, 19(4).
28. BARNETT B. EL USO DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR ES A MENUDO UNA DECISIÓN FAMILIAR. NETWORK EN ESPAÑOL VERANO 1998, 18(4).
29. BARNETT B. LA VARIEDAD DE MÉTODOS MOTIVA A LOS CLIENTES. NETWORK EN ESPAÑOL PRIMAVERA 1998, 19(1).
30. BEST K. LOS CONTACTOS SOCIALES INFLUYEN EN EL MÉTODO. NETWORK EN ESPAÑOL VERANO 1999, 19(4).
31. LANTIS K, GREEN C, JOYCE S. LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y LOS PROVEEDORES DEL SERVICIO. POPULATION REFERENTE BUREAU DICIEMBRE 2002.
32. LEÓN F. DIGA A LAS USUARIAS CÓMO USAR EL MÉTODO ESCOGIDO. POPULATION COUNCIL MARZO 2001.
33. LEÓN F. LOS ADMINISTRADORES DEBEN SUPERVISAR RUTINARIAMENTE LA CALIDAD DE ATENCIÓN. POPULATION COUNCIL FEBRERO 2000.
34. UNFPA (FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS). [EL ESTADO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL 2004: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA](http://www.unfpa.org/swp/2004/ESPAÑOL/CH6/PAGE3.HTM). [EN LÍNEA]. DIRECCIÓN URL DISPONIBLE: <http://www.unfpa.org/swp/2004/ESPAÑOL/CH6/PAGE3.HTM>. ACCESO 24-04-06.
35. UPADHYAY U. CÓMO AYUDAR A LA GENTE A DECIDIR. POPULATION REPORTS, SERIE J, No. 50. BALTIMORE: JOHNS HOPKINS UNIVERSITY SCHOOL OF PUBLIC HEALTH, POPULATION INFORMATION PROGRAM; 2001.
36. ASSOCIATION FOR VOLUNTARY SURGICAL CONTRACEPTION (AVSC). INFORMED CHOICE. NEW YORK, AVSC INTERNATIONAL, FOLDER. 1998.
37. BONGAARTS J, JOHANSSON E. FUTURE TRENDS IN CONTRACEPTIVE PREVALENCE AND METHODS MIX IN THE DEVELOPING WORLD. *STUDIES IN FAMILY PLANNING* 2002, 33(1): 24-36.
38. ROSS J, HARDEE K, MUMFORD E, EID S. OPCIONES DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LOS PAÍSES EN DESARROLLO. PERSPECTIVAS INTERNACIONALES EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR, NÚMERO ESPECIAL 2002, 20-28.
39. INEI. PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y NECESIDAD INSATISFECHA. INFORME PRELIMINAR ENDES CONTINUA 2004.
40. FERNÁNDEZ L. CARACTERÍSTICAS DE MUJERES CON EMBARAZO NO DESEADO POR ABANDONO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS – INSTITUTO ESPECIALIZADO MATERNO PERINATAL 2005. TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA. UNMSM, LIMA, PERÚ.
41. BEST K. CUANDO LA PAREJA DIALOGA, DISMINUYE EL RIESGO. NETWORK EN ESPAÑOL: 2002, 21(4).
42. LEÓN S. COSTUMBRES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL C.S. SAN FERNANDO, 2005. TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA. UNMSM, LIMA, PERÚ.
43. KLOMEGAH R. SPOUSAL COMMUNICATION, POWER, AND CONTRACEPTIVE USE IN BURKINA FASO, WETS AFRICA. MARRIAGE & FAMILY REVIEW. NEW YORK: 2006. TOMO 40, N° 2/3; PG. 89.
44. HENRY K. ESTEREOTIPOS PONEN EN PELIGRO LA SALUD SEXUAL. NETWORK EN ESPAÑOL: 2002, 21(4).
45. MAHARAJ P, CLELAND J. WOMEN ON TOP: THE RELATIVE INFLUENCE OF WIVES AND HUSBANDS ON CONTRACEPTIVE USE IN KWAZULU-NATAL. *WOMEN & HEALTH*. OLD WESTBURY: 2005. TOMO 41, N°2; PG. 31.
46. OPPENHEIM K., SMITH H. HUSBAND'S VERSUS WIFE'S FERTILITY GOALS AND USE OF CONTRACEPTION: THE INFLUENCE OF GENDER CONTEXT IN FIVE ASIAN COUNTRIES. DEMOGRAPHY. WASHINGTON: AUG 2000. TOMO 37, N°3; PG. 299, 13 PGS.
47. MCCAULEY A, SALTER C. SALUD REPRODUCTIVA: NUEVAS PERSPECTIVAS SOBRE LA PARTICIPACIÓN DE LOS HOMBRES. POPULATION REPORTS, SERIE J, No. 46. BALTIMORE: JOHNS HOPKINS UNIVERSITY SCHOOL OF PUBLIC HEALTH, POPULATION INFORMATION PROGRAM; 1998.
48. JHPIEGO. ¡LA CAPACITACIÓN SÍ SIRVE! [EN LÍNEA]. DIRECCIÓN URL DISPONIBLE EN <http://www.reproline.jhu.edu/spanish/6read/TRAININGWORKSSP.pdf>. ACCESO 23-04-06.
49. ROY K. THE IMPACT OF PARTNER-TO-PARTNER COMMUNICATION ON REPRODUCTIVE HEALTH AND FAMILY PLANNING. *POPULI* 1999, 26(4).
50. DEL CARPIO L. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA ENDES CONTINUA 2004-2005. INEI-USAID.
51. RUTSTEIN S. ENDES CONTINUA CICLOS I Y II, RESULTADOS PRELIMINARES. LIMA, MARZO DEL 2006. INEI-USAID.

ABSTRACT

CAUSES OF FAMILY PLANNING UNMET NEED IN WOMEN WITH UNWANTED PREGNANCY AT THE INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Objective: To identify the reasons for unmet need for family planning in women with unwanted pregnancy, at Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), 2006. **Methods:** Descriptive and prospective study. We undertook semistructured interviews to 102 women hospitalized in the four INMP departments. We studied difficulties related to access to birth control methods (BCM), fear of their side effects, couple's opinion against the use of BCM, lack of information about BCM and underestimation of pregnancy risk, in women whose pregnancies were not desired and were not using a BCM. We used chi-square test (significant p value <0.05). **Results:** The fear of BCM side effects was the main reason for family planning unmet needs (92.2%), mainly due to inadequate beliefs and rumors about health risks (83.3%) and having experienced BCM side effects (44.1%). The second reason was the underestimation of the risk for pregnancy (71.6%), followed by the couple's opposition to the use of BCM (22.5%). Difficulty with access and lack of information were not statistically significant associated. **Conclusion:** Reasons for family planning unmet need in women with unwanted pregnancy were: fear of side effects, underestimation of the risk for pregnancy and opposition of the couple.

KEY WORDS: Unmet need, Family planning, Unwanted pregnancy.

