



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

*Algunos aspectos del funcionamiento del  
Programa de Planificación de Familia en la  
Región de Occidente*

Tesis Sustentada por el Bachiller

*Jorge Adán Enamorado Coello*

Previa Opción al Título de

*Médico y Cirujano*

613.94  
E 35  
C.3

Tegucigalpa, Octubre 1979

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS  
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS MÉDICAS  
BIBLIOTECA MEDICA NACIONAL  
Tegucigalpa, D. C., Honduras C. A.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

*Algunos aspectos del funcionamiento del  
Programa de Planificación de Familia en la  
Región de Occidente*

Tesis Sustentada por el Bachiller

*Jorge Adán Enamorado Coello*

Previa Opción al Título de

*Médico y Citujano*

Tegucigalpa, Octubre 1979

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

RECTOR: Dr. Juan Almendarez B.  
SECRETARIO GENERAL: Ing. Bayardo Altamirano

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO: Dr. Nelson Velásquez  
VICE-DECANO: Dr. Mario A. Zambrana  
SECRETARIO: Dr. Pedro R. Portillo  
PRO-SECRETARIO: Dr. César Cáceres  
VOCAL: Dr. Danilo Alvarado  
VOCAL: Dr. Gabino Córdova  
VOCAL: Dr. Marco Tulio Carranza  
VOCAL: Br. Enrique Samayoa  
VOCAL: Br. José E. Zelaya  
VOCAL: Br. Mario Rivera  
VOCAL: Br. Erick Fajardo

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ASESOR DE TESIS

LICENCIADO HOSTILIO TEJEDA

TERNA EXAMINADORA

DOCTOR: RUBEN LOPEZ CANALES

DOCTOR: JOSE PABLO FIGUEROA

DOCTOR: ERNESTO ANTONIO PINTO

SUSTENTANTE

Bachiller JORGE ADAN ENAMORADO COELLO

PADRINOS

Dra. Magda de Rocha

Dr. Antonio Leva

T.M.C. Gilberto Padilla

D E D I C A T O R I A

Dedico el presente trabajo de Tesis a mi madre,  
Doña Faustina Coello de Enamorado

INDICE

	<b>Pág.</b>
I. INTRODUCCION .....	
II. ANTECEDENTES DEL TEMA.....	1
III. OBJETIVOS .....	5
IV. HIPOTESIS .....	6
V. MATERIAL Y METODO .....	7
VI. ORGANIZACION DE LA CLINICA DE PLANIFICACION .....	10
VII. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION REALIZADAEN EL ARCHIVO DE LA CLINICA DE PLANIFICACION.....	13
VIII. DISCUSION DE LOS RESULTADOS ANTERIORES .....	17
IX. RESULTADOS DE LA ENCUESTA A CIEN USUARIAS .....	27
X. DISCUSION DE LOS RESULTADOS ANTERIORES .....	32
XI. PESULTADOS DE LA ENCUESTA A CIEN PACIENTES DE CONSULTA GENERAL.....	42
XII. DISCUSION DE LOS RESULTADOS ANTERIORES .....	46
XIII. PESULTADOS DE LA INVESTIGACION REALIZADAEN EL HOSPITAL DE OCCIDENTE.....	48
XIV. DISCUSION DE LOS PESULTADOS ANTERIORES .....	50
XV. CONCLUSIONES .....	52
XVI. RECOMENDACIONES .....	53
XVII. BIBLIOGRAFIA .....	54

## INTRODUCCION

Por medio del presente trabajo, realizado en la ciudad de Santa Rosa de Corán en el segundo semestre del año de 1973, pretendo hacer un análisis del funcionamiento del Programa de Planificación de Familia en la Región de Salud NO 5, que comprende los Departamentos de Copán, Ocotepeque y - Lempira, tomando como base las actividades desarrolladas por la Clínica de Planificación de Familia instalada en la ciudad de Santa Rosa de Corán y la cual funciona como Clínica Piloto para toda esa área.

Al decidirme por este tema, me ha movido el Interés por ahondar en un problema siempre vigente y conflictivo, que toma carácter más interesante en un país en vías de desarrollo como el nuestro y que trasciende en alto grado los meros límites de la técnica médica, para convertirse en motivo de polémica en casi todos los aspectos de la vida humana.

Al hablar de Planificación de Familia, nos encontramos con toda una gama de criterios, opiniones y puntos de vista, que van desde la total aceptación por parte de algunos, generalmente los que dirigen o están más en contacto con esos programas, hasta el completo rechazo por parte de otros ya sea por razones políticas, sociales, médicas o de otra índole.

En este trabajo he tratado de concretarme al análisis de algunos aspectos relacionados con las características socio-culturales de las usuarias, la forma de distribución de los anticonceptivos y el grado de aceptación que ha tenido el Programa, tratando de analizar hasta donde me es posible el grado de pertinencia del mismo.



#### ANTECEDENTES DEL TEMA:

En Honduras, el problema de la planificación de familia adquirió carácter más formal con la creación, hace más o menos trece años, de la Asociación Hondureña de Planificación de Familia, bajo el patrocinio de organismos internacionales que, directa o indirectamente, han presionado, con buenas o malas intenciones, para que nuestro país se sume al bloque de países subdesarrollados o del Tercer Mundo, que luchan, a veces contra su voluntad, para frenar la expansión demográfica.

Esta organización poco a poco ha ido extendiéndose al interior del país, a través de la creación de Clínicas Piloto en las ciudades más importantes del país. Basada en una Filosofía importada y aplicable a la mayoría de los países pobres del mundo, amparada en el lema de planificar para la salud, poco a poco ha ido ganando terreno, con la implementación de programas a nivel comunal y con la distribución, muchas veces incontrolada, de anticonceptivos y con la esterilización quirúrgica en clínicas y hospitales.(7).

Esto ha sido así, porque nuestro Gobierno, a través del Ministerio de Salud Pública, no se ha trazado una política definida en materia de planificación familiar y ha jugado un papel muy ambiguo en cuanto a la regulación, de acuerdo a los intereses nacionales, del Programa de Planificación de Familia, y se ha dejado influir en alto grado, por las experiencias cosechadas en otros países, donde la planificación familiar ha echado sus raíces.

A nivel de nuestra Universidad, y más específicamente, de nuestra Facultad de Medicina, existe el consenso general de que la planificación no aporta ningún beneficio al país, pues el progreso de éste está supeditado a un cambio de estructuras y el programa de planificación familiar no llena ni los requisitos mínimos de seriedad, pues no obedece a un análisis de la realidad socio-económica del país. Además, un progra-

ma de esta índole debería responder a una política nacional de población, definida y clara, y debe englobarse dentro del contexto nacional de desarrollo y ser un instrumento de liberación y de progreso.

A nivel internacional, la planificación familiar se ha convertido en un problema candente, por la tendencia de algunas potencias capitalistas a usarla como medio de frenar la presión demográfica de los países pobres.

Se han dado casos como en la India, en que se ha llegado al extremo de menospreciar la dignidad humana, al ofrecer baratijas a los que aceptan que se les practique la vasectomía. También se han implantado medidas condenatorias a las parejas que sobrepasan el número de hijos establecido arbitrariamente por el gobierno, como la sobrecarga en las tasas de impuestos y la exclusión de los sistemas de protección social. (2).

Por otra parte, en países con estructura socialista, como en China Continental, también se ha implantado la planificación familiar como una medida más del conjunto de normas trazadas por el gobierno para el control estatal de todos los puntos estratégicos del desarrollo. Aunque los métodos y los resultados pueden ser muy discutibles, podría hallarse un poco más de justificación en ello se comprende que en este caso la planificación de familia está englobada en los planes quinquenales de desarrollo.

En países en vías de desarrollo, como los de Latinoamérica, las ayudas internacionales muchas veces se han visto condicionadas a la existencia en ellos de programas de planificación de familia en marcha, y la inestabilidad política, lo mismo que la vigencia de muchos regímenes corruptos, como el nuestro, no tienen otra alternativa que satisfacer su codicia a expensas de la dignidad del pueblo. Es así como se han venido implantando estos programas, tomando pautas extranjeras, con un control gubernamental muy deficiente y con resultados muy desalentadores para ellos, pero que sus publicaciones se encargan de distorsionarlos y convertirlos en triunfos internacionales. (6)

A nivel nacional, el personal del área de la salud, muchas veces en contra de su voluntad, se ve convertido en instrumento de difusión de un programa cuya pertinencia aún no ha sido establecida en base al análisis de la realidad nacional. Para ello se ha pretendido cambiar la mentalidad del médico y de la enfermera, pintándole un panorama sombrío ocasionado por la multiparidad, formándole una aversión inconsciente hacia la mujer que ha engendrado muchos hijos y en suma, creándole una mentalidad distorsionada sobre el significado del embarazo.

El verdadero objetivo de esta campaña silenciosa es crear individuos condicionales, supuestamente convencidos del papel "insustituible" de la planificación familiar como instrumento salvador del bienestar del país.

Creo que para formarse un juicio claro sobre el significado de la planificación familiar para nuestro país, hay que tratar de responder primero a las siguientes interrogantes

1. ¿Tendrá alguna utilidad para nuestro pueblo el desarrollo compulsivo de los programas de planificación familiar?
2. ¿Qué se ha logrado hasta ahora con la distribución bastante incontrolada de anticonceptivos a lo largo y ancho del país?
3. ¿Hasta qué punto un programa de planificación familiar bien conducido puede influir favorablemente en las condiciones de vida y salud del pueblo hondureño?
4. ¿Cuál debe ser la actitud del médico y del resto del equipo de salud ante la situación actualmente imperante en el campo de la planificación familiar en Honduras?

Estas preguntas hasta el momento se encuentran sin respuesta, pues no se ha hecho ningún estudio serio analizando con profundidad este problema. Han aparecido muchos artículos y ensayos refutando las opiniones favorables a la planificación familiar.

La misma Asociación Hondureña de Planificación. De Familia, por lo general se limita a la publicación de sus informes anuales haciendo un recuento de sus actividades, pero desde luego que no hace un análisis crítico del problema.

Por otra parte el Ministerio de Salud Pública a través de la Dirección General de Salud Materno Infantil, no tiene ni siquiera una política de finida en materia de planificación de familia.

En la región de Occidente se ha hecho un estudio muy bueno sobre las condiciones socio económicas del área, por medio de PRODFRO (Proyecto de Desarrollo de la Región de Occidente), la cual es patrocinada por la OEA, y es el análisis más completo que se ha hecho sobre esa zona: sin embargo no contempla el aspecto de la planificación de familia. (9).

Por medio del presente trabajo he tratado de abordar algunos aspectos concreto\*<sup>5</sup> del problema de la planificación de familia en la región, No pretendo que los resultados sean extrapolables al resto del país, pero si me gustaría sembrar la inquietud para un estudio posterior más amplio del tema.

OBJETIVOS GENERALES

- I. Tratar de conocer la organización y funcionamiento del Programa de Planificación de Familia en la Región de Salud NO 5.
- II. Determinar el grado de aceptación que ha tenido dicho Programa en esa región y el impacto que ha producido.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- I. Conocer la distribución etaria y la paridad de las usuarias.
- II. Determinar el grado de escolaridad de ellas.
- III. Indagar sobre el grado de aceptación de los diversos métodos anticonceptivos y el tiempo promedio de utilización de los mismos.
- IV. Tratar de determinar las causas más frecuentes de aceptación de los métodos anticonceptivos y también las de deserción.
- V. Conocer acerca de la disponibilidad de métodos irreversibles como la esterilización quirúrgica.
- VI. Tratar de conocer la incidencia de abortos a nivel hospitalario.

HIPOTESIS

- I. El Programa de Planificación de Familia ha sido implantado en Honduras sin un análisis adecuado de su pertinencia, ni de sus consecuencias a largo plazo. Tampoco ha sido integrado debidamente a los programas de Salud Pública.
  
- II. El Programa de Planificación de Familia, tal como se desarrolla en la Región de Occidente, adolece de fallas originadas por el desconocimiento de las condiciones socio-culturales de la región, la falta de vías de acceso y la escasez de recursos humanos y materiales. Además, la centralización de los servicios de planificación en Santa Rosa de Copán, hace muy difícil el seguimiento adecuado de las usuarias.
  
- III. Parece haber una marcada tendencia a la promoción casi exclusiva de anticonceptivos orales, relegando a segundo plano toda una serie de métodos que también son efectivos y potencialmente menos nocivos.
  
- IV. El alto índice de analfabetismo predominante en esa zona, actúa como factor limitante en el grado de aceptación y de efectividad de los métodos de planificación de familia. Además, podría esperarse una relación directa entre el grado de escolaridad y el de aceptación de los métodos anticonceptivos.

#### MATERIAL Y METODO

El material para el presente trabajo proviene básicamente del archivo de la Clínica de Planificación de Familia de Santa Rosa de Copán, el cual cuenta hasta la fecha con aproximadamente 3500 carpetas individuales recopiladas desde el mes de Enero de 1969.

Se revisaron 500 carpetas, escogiéndolas por el método de serie, tomando las primeras 14 carpetas de cada grupo de cien, tal como se encuentran colocadas en el archivo; ello da un total de 490 carpetas; las otras 10 fueron tomadas al azar entre el resto de carpetas. Estas 500 carpetas representan el 14.3% del total.

Esta muestra comprende indistintamente usuarias nuevas y subsiguientes, provenientes tanto del área urbana como de la rural.

Los datos o parámetros extraídos del archivo fueron considerados los más importantes dentro de la serie de datos contenidos en la ficha estándar que se lleva en la Clínica.

Estos parámetros son los siguientes:

1. Edad: Desde los 15 hasta los 49 años, con intervalos de 5 años.
2. Paridad 0, 1-3, 4-6, 7-9, 10 y más hijos.
3. Escolaridad: Ninguna, 1-2 años, 3-6 años, secundaria.
4. Estado Civil: soltera, casada, unión libre.
5. Método usado antes: Píldora, inyección, DIU.
6. Razones para discontinuar el método: Médicas, personales, embarazo, otras.
7. Método elegido: Píldora, DIU, inyección.
8. Hijos vivos: 0, 1-3, 4-6, 7-9, 10 y más

9. abortos: 0, 1, 2, 3 y más.
10. Procedencia: Urbana, rural.

Para complementar la información obtenida en el archivo de la Clínica de Planificación, efectuamos dos encuestas entre las usuarias que asistían a la Clínica y entre las pacientes de consulta general que asistían al Centro de Salud.

Para ello escogíamos diariamente cinco usuarias, así como cinco pacientes de consulta general, hasta completar cien en cada grupo.

Los datos solicitados en la encuesta a cien usuarias nuevas y subsiguientes, son los que siguen;

1. Edad a la que empezó a planificar.
2. Tiempo de colocado el dispositivo intrauterino (DIU).
3. Tiempo de uso de la inyección (Depo-Provera).
9. ¿Ha descontinuado algún método anticonceptivo?
5. Razones que tuvo para descontinuar su método.
6. ¿Lo notificó a la Clínica de Planificación?
7. ¿Cuánto tiempo dejó de planificar?
  
8. ¿Qué opina del servicio que está recibiendo en la Clínica de Planificación?
  
9. ¿Qué molestias ha tenido por el uso de la píldora?
10. ¿Cuánto tiempo ha usado la píldora?
11. ¿Su compañero de hogar está de acuerdo en que usted planifique?
12. ¿Cuántos hijos ha tenido desde que empezó a planificar?
13. ¿Cuántos hijos tenía cuando empezó a planificar?



Los datos obtenidos en la encuesta a cien pacientes de consulta general son los siguientes;

1. Edad.
2. Paridad.
3. Procedencia, urbana o rural.
4. Fecha del último parto.
5. Embarazo actual o no.
6. Vida sexual activa o no.
7. Planifica actualmente o no.
8. ¿Ha planificado alguna vez?
9. Número de hijos vivos.

Además, se obtuvo información en el Hospital de Occidente acerca de Micro-laparotomías efectuadas desde Enero a Diciembre de 1978 consignando datos sobre edad y raridad de las pacientes.

En e-1 mismo Hospital obtuvimos información sobre el número de abortos atendidos en ese Centro desde Junio de 1977 hasta Septiembre de 1978, con signando la distribución etaria y la procedencia urbana o rural.

Toda esta información aparece debidamente tabulada en las siguientes páginas.

Para conformar el narco teórico, obtuvimos material en la Biblioteca Médica, en el Ministerio de Salud Pública, y en las Oficinas de la Asocia\_ ción Hondureña de Planificación de Familia.

ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LA CLINICA DE  
PLANIFICACION DE FAMILIA DE SANTA ROSA DE COPAN.

El presente trabajo, realizado en el segundo semestre de 1978, es un análisis del funcionamiento del programa de Planificación de Familia en la Región de Salud N° 5, la cual comprende los Departamentos de Copan, Ocotepeque y Lempira. Dicho programa se encuentra centralizado en la Clínica de Planificación de Familia, instalada en el Centro de Salud de Santa Rosa de Copan, a cargo de un médico con entrenamiento en el campo de la planificación familiar que se encarga de dirigir y coordinar las actividades de planificación en la zona.

El resto del personal de la Clínica lo constituyen dos enfermeras auxiliares, que rotan temporalmente por ese Servicio, por períodos de dos a tres meses y que forman parte del personal del Centro de Salud local. La Clínica se encuentra instalada en el mismo edificio del Centro de Salud y su personal es nombrado por el Ministerio de Salud Pública. Las enfermeras reciben su entrenamiento en la Clínica, por medio de las enfermeras que les precedieron en el servicio.

Su labor consiste en brindar la orientación necesaria a todas las usuarias nuevas y subsiguientes, proporcionándoles toda la información necesaria acerca de los anticonceptivos disponibles y sugiriéndoles el que más les conviene. Ello es complementado mediante la consulta con el médico, quien es el que en último caso recomienda el método a seguir, después de la evaluación clínica de la usuaria nueva. También el médico se encarga de la aplicación de los DIUs, así como de la supervisión de los mismos y de la atención de las pacientes que consultan por molestias relacionadas con el uso de anticonceptivos.

Otra función de las enfermeras es llevar en forma adecuada el archivo de la Clínica y efectuar visitas domiciliarias a las usuarias residentes en el área urbana y que no se han presentado a sus citas.

Los anticonceptivos son proporcionados por -el Ministerio de Salud Pública el que cuenta con la colaboración de la Asociación Hondureña de Planificación de Familia, a través de sus contactos internacionales, para su adquisición, transporte v distribución. Se promueve sobre todo anticonceptivos orales, inyectables (Depo-Provera), DIU, v en menor escala, el condón y las jaleas y espumas anticonceptivas. El anticonceptivo oral más disponible es el "Norinyl", compuesto de Noretindrona y Mestranol, en dosis de 1 y 0.05 mg. respectivamente. Generalmente se entrega a cada usuaria anticonceptivos orales para tres meses.

El DIU usado es el Asa de Lippes, disponible en tres tamañas. La inyectable había sido la Depo-Provera, hasta su retiro del mercado a causa de las publicaciones que la relacionaban con la producción de cáncer cérvicouterino.

La promoción del Programa de Planificación de Familia la efectúa la Asociación Hondureña de Planificación de Familia, sobre todo por medio de material impreso que se entrega a las usuarias, así como rótulos colocados en los centros de salud y conferencias esporádicas a los promotores del programa.

El Programa de Distribución Comunitaria de Anticonceptivos, implementado por la ASHONPLAFA (Asociación Hondureña de Planificación de Familia) y el Ministerio de Salud Pública, funciona a nivel rural, por medio de personas de la misma comunidad que reciben alguna instrucción especial y que se encargan de distribuir los anticonceptivos en su casa, llevando una lista de las usuarias y recibiendo una pequeña remuneración por sus servicios. Son supervisados en sus funciones por personal de la misma - ASHONPLAFA, los llamados Supervisores de Campo. (8).

Últimamente también el Ministerio distribuye anticonceptivos orales en los CESAR, bajo la responsabilidad de la enfermera auxiliar que en ellos labora. De esta forma se distribuyen anticonceptivos en los 53 centros

de salud rurales que tiene la Región de Salud N° 5.

Por último, en el Hospital de Occidente se efectúan esterilizaciones quirúrgicas en las pacientes que lo solicitan y que llenan los requisitos de edad y paridad fijados, por medio de minilaparotomías efectuadas en el puerperio inmediato.

Últimamente se introdujo el método de esterilización por Laparoscopia, contratándose los servicios de un médico con entrenamiento especial en esa técnica.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION REALIZADA EN EL -- ARCHIVO DE LA CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA SANTA ROSA DE COPAN.

CUADRO 1

DISTRIBUCION ETARIA SE LAS USUARIAS, CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN. 1969-1978. INVESTIGACION DEL ARCHIVO

Edad(años)	Número	Porcentajes
15-19	60	12.0
20-24	155	31.0
25-29	123	24.6
30-34	99	19.8
35-39	43	8.6
40-44	20	4.0
45-49	0	0.0
	500	100.0

CUADRO 2

ESTADO CIVIL DE LAS USUARIAS. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN. 1969-1978. INVESTIGACION DEL ARCHIVO.

Estado Civil	Número	Porcentajes
<b>Soltera</b>	8	1.6
<b>Casada</b>	283	56.6
<b>Unión Libre</b>	209	41.8
	500	100.0

CUADRO 3

GRADO DE ESCOLARIDAD DE LAS USUARIAS. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN. 1969-1978. INVESTIGACION DEL ARCHIVO

Años Cursados	Número	Porcentajes
Ninguno	105	21.0
1-2 Primaria	114	22.0
3-6 Primaria	270	54.0
Secundaria	11	2.2
	500	100.00

CUADRO 4

PARIDAD DE LAS USUARIAS. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN. 1969-1978. INVESTIGACION DEL ARCHIVO

Cant.Hijos	Número	Porcentajes
0	10	2.0
1-3	260	52.0
4-6	149	29.8
7-9	53	10.6
10 +	28	5.6
	500	100.0

CUADRO 5

METODO USADO ANTES POR LAS USUARIAS. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN. 1969-1978. INVESTIGACION DEL ARCHIVO.

Método	Número	Porcentajes
Píldora	82	16.4
Inyección	4	0.8
DIU	9	1.8
Ninguno	405	81.0
	500	100.0

CUADRO 6

METODO ELEGIDO POR LAS USUARIAS. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN. 1969-1978. INVESTIGACION DEL ARCHIVO.

Método	Número	Porcentajes
Píldora	446	89.2
DIU	48	9.6
Inyección	6	1.2
	500	100.0

CUADRO 7

PROCEDENCIA DE LAS USUARIAS. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN. 1969-1978. INVESTIGACION DEL ARCHIVO.

Medio	Número	Porcentajes
Urbano	339	67.8
Rural	161	32.2
	500	100.0

CUADRO 8

NUMERO DE HIJOS VIVOS DE LAS USUARIAS. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN. 1969-1978. INVESTIGACION DEL ARCHIVO.

Hijos	Número	Porcentajes
0	15	3.0
1-3	265	53.0
4-6	145	29.0
7-9	50	10.0
10 +	25	5.0
	500	100.0





CUADRO 9

NUMERO DE HABORTOS DE LAS USUARIAS. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN. 1969-1978. INVESTIGACION DEL ARCHIVO

Ahortos	Número	Porcentajes
0	419	83.8
1	48	9.6
2	27	5.4
3	6	1.2
	500	100.0

CUADRO 10

RAZONES DE LAS USUARIAS PARA CIERRE DE CASO. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN. 1969- 1978. INVESTIGACION DEL ARCHIVO.

Pazones	Número	Porcentajes
Médicas	8	1.6
Personales	44	8.8
Embarazo	42	8.4
Otras	40	8.0
Descontinuación sin aviso	366	73.2
	500	100.0

DISCUSION DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION REALIZADA EN  
EL ARCHIVO DE LA CLINICA DE PLANIFICACION DF FAMILIA. SANTA  
ROSA DE COPAN

I. .DISTRIBUCION ETARIA DE LAS USUARIAS. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SAN ROSA DE COPAN. 1969-1978. INVESTIGACION DEL ARCHIVO (Ver cuadro 1)

Vemos que los porcentajes se asustan a los grupos etarios de mayor potencial reproductivo. El 77.4% de las usuarias se encuentran entre los 15 y los 34 años, con el mayor porcentaje entre los 20 y los 24 años, Aparece aún el 4% entre los 40-44- años.

Es muy frecuente entre nuestras mujeres el iniciar la paridad a edades muy tempranas y continuarla aún después de los 35 años, lo que da lugar a familias muy numerosas. Sabemos que los embarazos tanto en mujeres demasiado jóvenes (menores de 18 años) como demasiado maduras (mayores de 35 años) se convierten en gestaciones de alto riesgo, con aumento de la morbilidad materna y perinatal, (1).

Bajo las condiciones socioeconómicas imperantes en la región, a un alto porcentaje de jovencitas que llegan a la adolescencia no les queda otra alternativa que formar un hogar, como la única forma de independizarse de sus padres y permitirles a éstos la crianza del resto de los hijos.(9).

Lo anterior es más frecuente en las áreas rurales de la región, donde la adolescente apenas ha cursado tal vez la primaria y no tiene oficio ni profesión, y está expuesta, al formar un hogar sin haber madurado física y emocionalmente, a quedar sujeta, durante los años de su vida reproductiva, a los efectos de continuos embarazos.(9).

La planificación de familia brinda una solución adecuada a este problema cuando se le aplica racionalmente, como una manera de espaciar los embarazos, sobre todo en la mujer joven y por otra parte, brindando los métodos irreversibles que deben estar a disposición de las mujeres que han logrado la paridad deseada y que cuentan con la edad apropiada.

II. ESTADO CIVIL DE LAS USUARIAS. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN. 1969-1978 INVESTIGACION DEL ARCHIVO. (Ver cuadro 2)

El 56.6% de las usuarias son casadas y el 41.8% tienen unión libre. El 1,6% son solteras.

El estado civil es un factor que influye de distinta forma en el área urbana que en la rural. Por ejemplo, en nuestro campesinado la unión libre tiene mayor grado de estabilidad que en el área urbana, y el matrimonio no es un requisito indispensable para que se den las condiciones de armonía y responsabilidad necesarias para la buena marcha del hogar y la crianza adecuada de los hilos. (9).

Ello puede obedecer en parte al mayor apego del campesino a las doctrinas religiosas que propugnan por la monogamia y la -Fidelidad conyugal y que enaltecen el papel de la mujer como madre y como esposa. (9).

Sin embargo, en ciertas ocasiones o circunstancias, la estabilidad del hogar se ve seriamente amenazada por discordias entre los cónyuges, y en estos casos, los hijos pueden sufrir las consecuencias del desamparo y ello puede repercutir en su madurez emocional, independientemente del tipo de unión de sus padres.

Por ello creo que la planificación de familia debe estar al alcance de todas las parejas, sea cual fuere su tipo de unión, ya que el grado de responsabilidad es el mismo, en cuanto a la crianza adecuada de los hijos a través de un espaciamiento aceptable de los mismos.



III. GRADO DE ESCOLARIDAD DE LAS USUARIAS. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN. 1969-1978. INVESTIGACION DEL ARCHIVO. (Ver cuadro 3).

El 21% de las usuarias no saben leer ni escribir- el 22% apenas lo pueden hacer y el 56.2% ha recibido instrucción primaria completa, llegando el 2.2% a las aulas de secundaria.

Sin embargo, para efectos de la asimilación de las orientaciones en materia de planificación de familia, no es absolutamente necesario saber leer y escribir, y el factor determinante lo constituye la destreza de los expositores para hacerse entender.

La mayor parte de la información la brinda la enfermera de la Clínica de Planificación en la primera entrevista a la usuaria nueva, en forma estrictamente verbal y aunque a veces se le entrega literatura impresa ilustrada, ésta no es vital para el manejo de los anticonceptivos.

Por otra parte, el grado de escolaridad nos puede servir de índice para la evaluación del desarrollo socioeconómico de la región. También a nivel nacional existe un elevado porcentaje de analfabetismo.

No pueda pasar desapercibido el hecho de que a la mujer se le ha negado por mucho tiempo el derecho a la educación, por considerarla inferior desde el punto de vista social. Baste con recordar que hasta hace poco tiempo se le reconocieron sus derechos políticos.

Consecuencia de ello es también la marcada tendencia a considerar que la planificación de la familia es responsabilidad exclusiva de la mujer, lo cual exige de ella la exigencia de sus derechos, que no pueden ser conquistados mientras no se le muestren en las aulas escolares.

IV. PARIDAD DE LAS USUARIAS. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA, SANTA ROSA DE COPAN. 1969-1078. INVESTIGACION DEL ARCHIVO. (Ver Cuadro 4).

El 52% tiene de 1-3 hijos, contra el 29%, que tiene de 0-6 hijos.

El número de hijos es un factor importante en la evaluación de la eficacia de los programas de planificación. Aquí trabajamos con un grupo que ha estado bajo la influencia de los anticonceptivos y que ha limitado en grado variable el tamaño de sus familias.

Por otra parte, hay que considerar el hecho de que el objetivo de la planificación familiar es, además espaciar los embarazos, y que el número absoluto de hijos, en un momento dado, no nos refleja con fidelidad si se ha cumplido ese propósito, pues por ejemplo, una madre puede tener so\_ lo tres hijos y sin embargo, rueden haber nacido en tres años consecutivos. (6).

En el medio rural y campesino nuestro, el significado de los hijos es distinto al de las clases media y alta de nuestras áreas urbanas, pues en el primer caso representan hasta cierto caso un incremento en la disponibilidad de mano de obra para las labores del campo, sumándose a los esfuerzos del padre para obtener el mejor rendimiento de la tierra. (9).

Sin embargo, y a pesar de ello existe una buena disposición del campesino a aceptar la planificación, con toda una serie de reservas, como una manera de espaciar los embarazos.

Debe considerarse también el hecho de que la disminución de la mortalidad infantil ha aumentado la esperanza de vida de cada hijo, por lo que ya no se justifica el procrear hijos como "repuesto" ante un eventual deceso de los ya existentes. (3).



V. METODO USADO ANTES POR LAS USUARIAS. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN. 1969-1978. INVESTIGACION DEL ARCHIVO. (Ver cuadro 5).

Vemos aquí que el 81% de las usuarias estudiadas nunca habían planificado al iniciar sus Funciones la Clínica de Planificación. El 19% ya había usado algún método, y de ellas, el 16.4% había usado la píldora, o sea pues, que ya desde antes se hacía uso de los anticonceptivos, sin conocer la fuente exacta de los mismos. Es de suponer que en parte eran recetados por médicos particulares de la zona. Sin embargo, no hay que descartar la automedicación debido a la venta libre en las farmacias de los anticonceptivos. Esto último implica el consumo de drogas sin control médico, con el consiguiente riesgo para las usuarias.

La mayoría usaba anticonceptivos orales, por ser el método más popular y el más asequible, pero no hay que olvidar que es el que provoca mayor cantidad de efectos secundarios y que por lo tanto, necesita un control médico permanente. Esto último no es considerado en serio por muchas usuarias y las consecuencias pueden ser lamentables.

Por otra parte, métodos como el BIU requieren de personal adiestrado para su aplicación y aún con la existencia de la Clínica han florecido relativamente poco.

Por otra parte, el número relativamente alto de mujeres que iniciaron la planificación con el advenimiento de la Clínica, habla en favor de la labor de convencimiento que la misma ha realizado. Ella ha sido en caminata a la promoción casi exclusiva de anticonceptivos orales, ya que métodos como el condón y las jaleas y espumas anticonceptivas, resultan relativamente engorrosos para las usuarias y ello quizás ha sido una de las razones por las cuales han pasado a segundo plano dentro del programa de planificación.

VI. METODO ELEGIDO POR LAS USUARIAS. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN. INFORMACION DEL ARCHIVO. (Ver Cuadro 6).

Vemos que dentro del grupo de métodos disponibles en la Clínica de Planificación, predomina "la píldora", con un 90%, seguida de muy largo por el DIU, con 9.6% y la .inyectable, con el 1.2%.

El método elegido por cada usuaria depende de la forma como se le presente, de la imagen que se le proyecte, acerca de las ventajas y desventajas de cada uno y en suma, del criterio tanto de la enfermera como del médico, que son los responsables de la orientación adecuada de la usuaria nueva, acerca del método que más le conviene.

También influyen en la elección la variedad de métodos disponibles o la limitación de los mismos; y así vemos que en la Clínica de Planificación de las usuarias tienen que decidirse generalmente por "la píldora" el DIU o la inyección de Depo-Provera (antes de su retiro del mercado).

Después de cierto tiempo de uso, la usuaria puede verse en la necesidad de cambiar de método, debido a las molestias producidas.

Por otra parte, hay que considerar que dependiendo de factores como la edad y la paridad de la paciente, se recomiendan distintos tipos de anticonceptivos. Por ejemplo, en mujeres jóvenes y sanas resultan más adecuados los anticonceptivos orales. En cambio, el DIU se presta mejor para períodos más largos de planificación, como en mujeres de mayor paridad. (5).

VII. LUGAR DE PROCEDENCIA DE LAS USUARIAS. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN. 1969-1978. INVESTIGACION DEL ARCHIVO. (Ver Cuadro 7).

El 67.8% de las usuarias provenían del área urbana y el 32.2% del área rural.

Por una parte, ello representa una consecuencia lógica de la instalación de la Clínica en una zona urbana, necesitando los habitantes de las zonas rurales disponer de más tiempo y dinero para transportarse hasta la ciudad.

Por otra parte, esa misma distancia a la Clínica implica para las usuarias de la zona urbana tener más a su alcance los servicios de orientación y de consulta que la misma debe brindar.

Para los habitantes de la zona rural, los servicios de planificación de familia se han visto entorpecidos también por el hecho de que el personal de la Clínica no puede desplazarse fuera de la ciudad, pues sólo cuenta con dos enfermeras.

Con la creación del Programa de Distribución Comunitaria de Anticonceptivos se ha resuelto en parte este problema, ya que funciona por medio de habitantes de la misma comunidad que se encargan de la distribución de los anticonceptivos a nivel local. Ello por una parte implica un más fácil acceso a los anticonceptivos, pero genera un menor control de las usuarias, ya que éstas tienen que acudir hasta la Clínica o visitar algún centro de salud con médico rara consultar por los problemas genera dos por los anticonceptivos. Además, está limitada a la obtención exclusiva de anticonceptivos orales. (8).

Finalmente, con la distribución de anticonceptivos en los centros de salud rurales a cargo de la enfermera auxiliar, es natural que la afluencia a la Clínica de Planificación descienda relativamente por parte de las usuarias de las áreas rurales.

VII. NIJMEFO DE HIJOS VIVOS DE LAS USUARIAS. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA POSA DE COPAN. 1969-1978. INVESTIGACION DEL ARCHIVO. (Ver cuadro 8).

Vemos que aquí existe una distribución característica de nuestro país, modificada en parte por el uso de anticonceptivos. Sabemos que la familia promedio en Honduras está compuesta por 5 o 6 hijos, y aquí vemos que el 56% de las usuarias tiene 3 hijos o menos; en cambio, el 44% tiene 4 hijos o más, con un 15% con 7 o más hijos.

Este hecho debemos analizarlo desde varios puntos de vista. En primer lugar, una mujer puede estar espaciando sus embarazos y llegar, sin embargo, a alcanzar una paridad igual a otra que no usa anticonceptivos. Por otra parte, cabe otra modalidad, como la de aquellas mujeres que alcanzan una alta paridad en la primera parte de su vida reproductiva, ya sea intencional o accidentalmente, y que luego deciden no tener más hijos, afianzándose en la seguridad que les brinda un determinado método anticonceptivo. (6),

En ambos casos, los anticonceptivos están cumpliendo parcialmente sus objetivos, aunque está comprobado y es lógico que los embarazos sin el espaciamiento necesario conllevan a un agotamiento materno precoz y a una crianza inadecuada de los hijos. En última instancia, sabemos que una pareja debe planear el tamaño de su familia de acuerdo con su capacidad para criar estos hijos de una manera adecuada. (1).

Desde este punto de vista, la planificación de la familia debe -estar al alcance de todas las parejas y el establecimiento del número de hijos no debe ser una disposición arbitraria impuesta desde arriba, sino que debe adecuarse al status socioeconómico familiar. (7).

IX. NUMERO DE ABORTOS DE LAS USUARIAS. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN. 1969-1978. INVESTIGACION DEL ARCHIVO. (Ver Cuadro 9).

Vemos que una de cada diez usuarias ha tenido un aborto, en contraste con el hecho de que también una de cada diez ha tenido de siete a nueve hijos. Nuestra información sobre número de abortos en la población estudiada es inespecífica debido a que no se hace diferencia entre aborto espontáneo y el provocado.

Incluso en las instituciones hospitalarias nuestras, no se cuenta con porcentajes diferenciales fidedignos por lo engorroso que resulta indagar si un aborto ha sido o no, provocado.

Debido a la falta de legislación nacional sobre aborto, nuestro país, como muchos otros, se enfrenta con este serio problema, pues el número de abortos provocados se incrementa cada día más y consume un porcentaje creciente del presupuesto de las instituciones de salud pública.

Debido a lo anterior muchos países han legalizado el aborto, constituyéndose también en un método de planificación de última instancia y efectuándose en instituciones de salud estatales y privadas. Ello ha disminuido la tasa de morbilidad materna asociada con embarazo.

Creo que en nuestro país debe pensarse seriamente en la posibilidad de legalizar el aborto, pero mientras eso sucede, forzosamente debe promoverse el uso adecuado de anticonceptivos como una forma efectiva de contrarrestar la creciente ola de embarazos no deseados.

X. RAZONES DE LAS USUARIAS PARA CIERRE DE CASO. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN. 1963-1978. INVESTIGACION DEL ARCHIVO. (Ver Cuadro 10).

Las usuarias que deciden descontinuar el método anticonceptivo, deben comunicarlo a la Clínica; sin embargo, sólo un porcentaje muy pequeño lo hace y más del 73% de las estudiadas dejaron de planificar o por lo menos dejaron de asistir a la Clínica, desconociéndose los motivos. El resto, el 26.8% lo comunicaron y quedaron incluidas dentro de categorías que, aunque no muy explícitas, nos brindan una idea de las razones que tuvieron para no seguir planificando.

Las dos mejor definidas son las razones médicas y el embarazo. Trastornos como hepatopatías, hipertensión arterial, várices, flebitis, contra indican el uso de anticonceptivos sistémicos. La presencia de náuseas, mareos, cefalea, aumento o disminución de peso, lo mismo que alteraciones del ciclo menstrual importantes, determinan en muchas usuarias el abandono de los anticonceptivos orales. (A) (5).

Las amenorreas prolongadas causadas por la Depo-Provera, con la consiguiente desconfianza despertada en la usuaria no bien informada, también ocasionaba su abandono y el cambio a otro método.

Con el uso del DIU, factores como sangrado intermitente, dolor pélvico persistente y el temor que ello engendra, llevan a muchas de sus recientes usuarias, a solicitar su retiro.

Finalmente, el deseo de un nuevo embarazo, determina el abandono temporal o permanente de los anticonceptivos. Tampoco hay que olvidar que el uso inadecuado de los anticonceptivos puede ocasionar un embarazo no deseado.



RESULTADOS DE LA ENCUESTA A CIEN USUARIAS. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA.

SANTA ROSA DE COPAN



CUADRO 11

EDAD A LA QUE EMPEZARON A PLANIFICAR CIEN USUARIAS. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA POSA DE COPAN. ENCUESTA 1978

Edad(años)	Número	Porcentajes.
15-19	10	10.0
20-24	23	23.0
25-29	29	29.0
30-34	26	26.0
35-39	9	9.0
40-44	3	3.0
	100	100.0

CUADRO 12

PARIDAD AL INICIO DE LA PLANIFICACION EN CIEN USUARIAS. - CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA POSA DE COPAN. ENCUESTA. 1978.

Paridad	Número	Porcentajes
0	1	1.0
1-2	25	25.0
3-4	30	30.0
5-6	24	24.0
7-8	12	12.0
9 +	8	8.0
	100	100.0

CUADRO 13

PARIDAD DESDE EL INICIO DE LA PLANIFICACION EN CIEN USUARIAS  
CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN.--  
ENCUESTA. 1978.

Paridad	Número	Porcentajes
0	70	70.0
1	22	22.0
2	4	4.0
3	2	2.0
4	2	2.0
	100	100.0

CUADRO 14

TIEMPO DE USO DEL DIU ENTRE CIEN USUARIAS. CLINICA DE PLA-  
NIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN. ENCUESTA.1978

Años	Número	Porcentajes
-1	4	15.4
1-3	12	46.1
3-5	6	23.1
5-7	4	15.4
	26	100.0

CUADRO 15

TIEMPO DE USO DE LA INYECCION ENTRE CIEN USUARIAS. CLINICA DE  
PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA. DE COPAN. ENCUESTA.  
1978.

Años	Número	Porcentajes
-1	6	60.0
1-3	2	20.0
3-5	2	20.0
	10	100.0

CUADRO 16

TIEMPO DE USO DE LA PILDORA ENTRE CIEN USUARIAS. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN. ENCUESTA. 1978.

Años	Número	Porcentajes
1-2	28	32.5
2-4	23	26.7
4-6	22	25.6
6-8	13	15.2
	86	100.0

CUADRO 17

NUMERO DE USUARIAS QUE HAN DESCONTINUADO ALGUN METODO. - CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN ENCUESTA. 1978

Descontinuó	Número	Porcentajes
Si	35	35.0
No	65	65.0

CUADRO 18

RAZONES QUE HAN TENIDO LAS USUARIAS PARA DESCONTINUAR. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN. - ENCUESTA. 1978.

Razones	Número	Porcentajes
Embarazo	7	20.0
Deseaba un hijo	12	34.3
No los toleraba	13	37.1
Otras	3	8.6
	35	100.0

CUADRO 19

NUMERO DE USUARIAS QUE NOTIFICARON SU DESEO DE DESCONTINUAR.  
CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN.-  
ENCUESTA. 1978

Lo notificó	Número	Porcentajes
Sí	25	71.4
No	10	28.6
	35	100.0

CUADRO 20

TIEMPO QUE HAN PERMANECIDO LAS USUARIAS SIN USAR ANTICONCEPTIVOS.  
CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN. 1978.

Años	Número	Porcentajes
-1	14	40.0
1-2	17	48.6
2-3	3	8.6
3-4	1	2.8
	35	100.0

CUADRO 21

NUMERO DE USUARIAS QUE CONTABAN CON LA APROBACION DE SU MA-  
RIDO PARA PLANIFICAR. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA  
SANTA ROSA DE COPAN, ENCUESTA. 1978.

De acuerdo	Número	Porcentajes
Sí	95	95.0
No	5	5.0
	100	100.0

CUADRO 22

NUMERO DE USUARIAS QUE EXPERIMENTABAN MALESTAR POR. EL USO DE LA PILDORA. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN. 1978.

Molestias	Número	Porcentajes.
Mareos	15	15.0
Náuseas	7	7.0
Cefaleas	20	20.0
Aumento de peso	1	1.0
Disminución de peso	7	7.0
Ninguna	50	50.0
	100	100.0

CUADRO 23

COMO JUSGAN LAS USUARIAS LA ATENCION RECIBIDA EN LA CLINICA. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN. ENCUESTA. 1978.

Atención	Número	Porcentajes
Buena	80	80.0
Regular	20	20.0
Mala	0	0.0
	100	100.0

DISCUSION DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA A CIEN  
USUARIAS

CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA  
DE COPAN



I. EDAD A LA QUE EMPEZARON A PLANIFICAR CIEN USUARIAS. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN. 1969 - 1978. ENCUESTA. (Ver cuadro 11).

Vemos aquí que según esta encuesta, el 78% de estas usuarias empezó a planificar entre los 24 y los 34 años, y el 31% lo hizo entre los 15 y los 24 años. En cambio, sólo el 12% empezó a planificar después de los 35 años.

Creo que los porcentajes se corresponden adecuadamente con el potencial reproductivo asociado a los intervalos otarios. No hay que olvidar que intervienen factores como la facilidad de acceso a la clínica y la edad de inicio de la vida sexual activa.

Sin embargo, tomando en cuenta las características demográficas genera les del país, como el inicio de la paridad a edad temprana y el poco espaciamiento de los embarazos, creo que la distribución encontrada no es la ideal y que debe haber una tendencia mayor al espaciamiento de los embarazos desde, los primeros años de vida conyugal.

Por otra parte, el inicio del uso de anticonceptivos está determinado por la efectividad de las campañas de promoción efectuadas por la ASHONPLAFA y el Ministerio de Salud Pública, lo mismo que por el concepto popular que de los mismos se va creando, con el consiguiente cambio de mentalidad de las mujeres, volviéndolas más anuentes al inicio de la planificación.



II. PARIDAD AL INICIO DE LA PLANIFICACION DE CIEN USUARIAS. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN. ENCUESTA. 1978. (Ver Cuadro 12).

Encontramos que el 30% de las encuestadas empezó a planificar cuando tenía 3-4 hijos, pero que sólo el 24% lo hizo cuando ya tenía de 5-6 Hijos, y el 12% tenía ya de 7 a 8 hijos.

Lo ideal es que se inicie la planificación después del primero o del segundo hijo, para conseguir el espaciamiento adecuado. (1).

Aunque la lactancia materna prolongada es usual en nuestro medio, actuando a la vez como método natural de anticoncepción por la amenorrea variable que produce, en realidad termina casi siempre en embarazo, si no se combina con algún método artificial, pero además, da lugar a confusión en cuanto a la edad de la gestación.

Tanto la edad como la paridad al inicio de la planificación dependen también del grado de motivación que se haya logrado a través de las campañas educativas de los promotores de la planificación de familia.

Representan también la tendencia de algunas parejas a iniciar la limitación de los embarazos una vez alcanzada una paridad esperada y por otra parte, refleja a veces el cambio de mentalidad experimentado por algunas mujeres al cambiar de ambiente, por ejemplo, al emigrar hacia las zonas urbanas y verse sometidas a nuevas influencias sociales. (6).

III. PARIDAD DESDE EL INICIO DE LA PLANIFICACION DE CIEN USUARIAS.  
CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN.  
ENCUESTA. 1978. (Ver Cuadro 13).

Vemos que el número absoluto y relativo de hijos desde el inicio de la planificación es muy pequeño, aunque hay un 22% que ha tenido por lo menos un hijo. Aquí no se hace distinción entre los hijos deseados y los que resultan por mala técnica en el uso de los anticonceptivos o los que se atribuyen a mala calidad de los anticonceptivos o a falla de los mismos.

Se dan muchos casos de mujeres que planifican por seis o más años en forma consecutiva; un ejemplo muy frecuente es el de las que se aplican el DIU y permanecen con él por un número indefinido de años.

En cambio, hay mujeres que inician la planificación en forma regular, pero que no reciben la orientación adecuada sobre la manera correcta del uso de los anticonceptivos, como la toma de la píldora todos los días o la revisión personal de la buena colocación del DIU.

La forma más correcta de valorar la influencia de los anticonceptivos sobre la tasa de natalidad sería comparando datos estadísticos de dos períodos relativamente distantes, pero esto nos llevaría a enfocar más bien el problema del control de la natalidad, lo cual no debe ser el objetivo perseguido con el uso de anticonceptivos.

Finalmente hay que aclarar que las entrevistadas se encuentran planificando actualmente y no caen dentro del grupo bastante grande con el cual se ha perdido contacto; muchas de las cuales en forma voluntaria o en forma casual, se encuentran ahora embarazadas.

IV. TIEMPO DE USO DEL DIU ENTRE CIEN USUARIAS. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN. ENCUESTA. 1978. (Ver Cuadro 14).

Vemos que el 46.1 % de las entrevistadas lo habían usado por 1-3 años, decreciendo progresivamente en los años subsiguientes.

Hay algunos factores que determinan el tiempo de uso del DIU- en primer lugar, las molestias iniciales, que para algunas mujeres se vuelven insoportables.

Otro factor es la tasa de expulsión espontánea, lo que muchas veces pasa desapercibido por la paciente.

Sin embargo, una vez tolerado, el DIU se presta fácilmente para uso prolongado, pues únicamente se requieren revisiones periódicas tanto de parte de la paciente como del médico. (5).

V. TIEMPO DE USO DE LA INYECCION ENTRE CIEN USUARIAS. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN. ENCUESTA. 1978. (Ver Cuadro 15).

Vemos que de las diez usuarias, seis la habían usado por menos de un año. Ello se debe por una parte al tiempo relativamente corto de su introducción al sistema de planificación de familia, y por otra, a la con fusión que provoca en algunas de sus usuarias, la existencia de largos períodos de amenorrea, que tienden a interpretarse con desconfianza si no se le ha brindado una orientación completa sobre las manifestaciones que se producirán. (5).

Últimamente y a raíz de las publicaciones internacionales que la asocian con la producción de cances cervicouterino, ha sido eliminada del mercado.

VI. TIEMPO DE.USO DE LA PILDORA ENTRE CIEN USUARIAS. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA. ROSA DE COPAN. ENCUESTA. 1978.  
(Ver Cuadro 16).

En realidad la píldora es el método que nos sirve de referencia, pues es el método más difundido. Así, vemos que el 28 % lo ha usado por 1-2 años y todavía el 22% lo continúa usando por 4-6 años.

Los efectos a largo plazo todavía no son bien conocidos, pero existen investigaciones en curso en varios países, tratando de dilucidar las consecuencias que tendrá para varios millones de mujeres en el mundo, el uso continuo de estas drogas. (4).

Los promotores de la planificación de familia afirman insistentemente de que los efectos nocivos de un embarazo, en un país sin las condiciones sanitarias apropiadas, sobrepasan en mucho, los que se podrían atribuir al uso prolongado de anticonceptivos orales. (1).

Desgraciadamente, en nuestro país existen miles de mujeres sometidas al uso continuo de anticonceptivos orales, como única salida para evitar más embarazos, lo que desequilibraría su status económico, pues en muchos casos corren el peligro de quedar sin empleo: no pueden conseguir la aprobación para una esterilización quirúrgica o sus maridos se oponen a ello, no soportan los efectos secundarios del DIU y les resulta muy engorroso el uso de métodos alternos como jaleas o espumas o no las que pueden conseguir. (3).

Nuestras mujeres se encuentran también sometidas a consumir anticonceptivos orales con alta concentración de estrógenos y de progesterona, lo que provoca mayor cantidad de efectos secundarios.

VII. NUMERO DE USUARIAS QUE HAN DESCONTINUADO ALGUN METODO. ENCUESTA A CIEN USUARIAS. CLINICA DE PLANIFICACIÓN DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN. (Ver Cuadro 17).

Sólo el 35 % de las encuestadas había descontinuado en algún momento el uso de anticonceptivos.

Es muy natural que una mujer, en su afán de espaciar los embarazos, use anticonceptivos por un tiempo prudencial y luego haga uso de su buen juicio para tomar la decisión de suspenderlos, debiendo comunicarlo a la Clínica de Planificación.

Si descontinuó el uso de anticonceptivos debido a.1 deseo de un nuevo hijo, puede reiniciarlos después de dar a luz.

Sin embargo, el que una usuaria no continúe asistiendo a sus citas, no significa necesariamente que ha descontinuado los anticonceptivos, pues los puede adquirir a través de otra fuente, que puede ser ahora el Centro de Salud rural o directamente en una farmacia.

Por otra parte, existe un número de mujeres insatisfechas con el método usado y con la atención que se les brinda en la Clínica, y que deciden suspender su asistencia a la misma sin dar explicaciones a nadie.

VIII. RAZONES QUE HAN TENIDO LAS USUARIAS PARA DESCONTINUAR SU METODO ANTICONCEPTIVO. ENCUESTA A CIEN USUARIAS. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN. 1978. (Ver Cuadro 18).

Nos damos cuenta por estos datos, que las principales razones aducidas para explicar la suspensión, son, el embarazo deseado y la intolerancia a los efectos secundarios.

Como decíamos inicialmente, no es objeto de la planificación limitar el número absoluto de hijos, sino más bien lograr un espaciamiento adecuado de los mismos, así que es muy natural que haya una interrupción periódica de los anticonceptivos para dar lugar a nuevos embarazos. (1).

Por otra parte, el que los anticonceptivos empleados produzcan muchos efectos secundarios, a tal grado que sean la causa de un alto porcentaje de abandono, habla en contra de la calidad de anticonceptivos empleados masivamente en el país.

Sabemos, por ejemplo, que los anticonceptivos orales constan de dosis relativamente elevadas de estrógenos y de progesterona; y como se ha estandarizado la distribución a un solo tipo de píldora, generalmente de la marca "Norinyl", no se toma en cuenta la susceptibilidad individual a estos compuestos. (5).

IX. NUMERO DE USUARIAS OUE NOTIFICARON A LA CLINICA DE PLANIFICACION SU DESEO DE DESCONTINUAR EL USO DE ANTICONCEPTIVOS. ENCUESTA A CIEN USUARIAS. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN. 1978. (Ver Cuadro 19).

Hay un 71.4% dentro de este pruno que sí lo hicieron.

Esto es muy importante, porque nos refleja la importancia que se le da al programa de planificación tanto por parte de sus promotores como de las usuarias.

De esta manera no sólo se llena un requisito, sino que también con esta información los encardados del programa irán haciendo las enmiendas necesarias a las normas de trabajo y servirá de guía para proyectos futuros.

Por el momento, cuando una usuaria decide abandonar su método, de antena no puede considerarse que tiene razones justificadas, pues el programa funciona de manera rudimentaria y sin un control médico adecuado.

X. TIEMPO QUE HAN PERMANECIDO LAS USUARIAS SIN USAR ANTICONCEPTIVOS. ENCUESTA A CIEN USUARIAS. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN. 1978. (Ver Cuadro 20).

Vemos que el 48.6% dejó de planificar menos de dos años. Suponiendo que ello obedeciera a un embarazo reciente, seguido de un período de amenorrea por lactancia relativamente prolongada, se puede deducir que el tiempo de interrupción es aceptable.

El 40% dejó de planificar por un tiempo menor de un año, tiempo suficiente para la culminación de un embarazo, así como para decidirse por el cambio a otro método más confiable.

Si recordamos que sólo el 35% de las entrevistadas había dejado de planificar en algún momento, entonces el tiempo absoluto sin planificar es relativamente pequeño.

XI. NUMERO DE USUARIAS QUE CONTABAN CON LA APROBACION DE SU MARIDO PARA PLANIFICAR. ENCUESTA A CIEN USUARIAS. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN. (Ver Cuadro 21).

El 95% de las usuarias contaban con la anuencia de su marido para usar anticonceptivos.

Sin embargo, comparando esta cifra con el escaso número de hondureños que usan algún método de anticoncepción masculino, como el condón o que se han practicado la vasectomía, podemos concluir que el ciudadano hondureño juega un papel pasivo en el campo de la planificación familiar.

No hay que olvidar tampoco que lo que se ha llamado "machísimo" todavía es común incluso en ciudadanos de estratos socioeconómicos altos.

XII. NUMERO DE USUARIAS QUE EXPERIMENTABAN MALESTAR POR EL USO DE LA PILDORA. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN. ENCUESTA. 1978. (Ver Cuadro 22).

El 50% de las entrevistadas decían ser asintomáticas en cuanto al uso de la "píldora".

El otro 50% se quejaba de una gama de molestias, como mareos, cefale, náuseas, disminución de la libido, desarreglos menstruales del tipo hipooligomenorrea, aumento o disminución de peso.

Sin embargo, como decíamos, existe variación en la susceptibilidad individual a este tipo de anticonceptivo, lo cual amerita un control médico continuo de las usuarias, sobre todo considerando las dosis relativamente altas de los componentes básicos de los anticonceptivos orales disponibles en las Clínicas de Planificación. (4)



XIII. COMO JUZGAN LAS USUARIAS LA ATENCION RECIBIDA EN LA CLINICA DE PLANIFICACION. ENCUESTA A CIEN USUARIAS. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN. 1978. (Ver Cuadro 23).

El 80% de ellas juzgaba como "buena" la atención recibida en la Clínica de Planificación. O sea que estaban satisfechas con la actitud del médico y de las enfermeras hacia ella y sus problemas.

Se percibe pues, una actitud de conformismo de parte de las usuarias, ya que como decíamos inicialmente, la Clínica no puede llenar a cabalidad sus objetivos por contar con recursos humanos y materiales insuficientes, y no usar a cabalidad los que dispone, ya que por ejemplo, el médico no labora el tiempo para el que está nombrado (4 horas diarias - a lo sumo labora 2), y prácticamente todo el trabajo de la Clínica lo realizan las enfermeras, quienes a decir verdad, no cuentan con la preparación necesaria.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA A CIEN PACIENTES DE CON SULTA GENERAL.

CENTRO DE SALUD. SANTA ROSA DE COPAN



CUADRO 24

DISTRIBUCION ETARIA DE CIEN PACIENTES DE CONSULTA GENERAL.  
CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN.  
ENCUESTA. 1978.

Edad(años)	Número	Porcentajes
15-19	20	20.0
20-24	27	27.0
25-29	18	18.0
30-34	23	23.0
35-39	8	8.0
40-44	2	2.0
45-49	2	2.0
Total	100	100.0

CUADRO 25

PARIDAD DE CIEN PACIENTES DE CONSULTA GENERAL. CLINICA DE  
PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN. ENCUESTA.  
1978.

Paridad	Número	Porcentajes
0	9	9.0
1-3	49	49.0
4-6	28	28.0
7-9	10	10.0
10 +	4	4.0
Total	100	100.0

CUADRO 26

METODO DE PLANIFICACION DE CIEN PACIENTES DE CONSULTA GENERAL.  
CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN.  
ENCUESTA. 1978.

Método	Número	Porcentajes
Ninguno	82	82.0
Píldora	12	12.0
Inyección	1	1.0
DIU	1	1.0
Ritmo	1	1.0
Esterilización	3	3.0
	100	100.0

CUADRO 27

FECHA DEL ÚLTIMO PARTO ENTRE CIEN PACIENTES DE CONSULTA -  
GENERAL. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE  
COPAN.

Años	Número	Porcentajes
-1	54	54.0
2-3	20	20.0
3-4	10	10.0
4-5	6	6.0
5-6	5	5.0
6 +	5	5.0
	100	100.0

CUADRO 28

NUMERO DE EMBARAZADAS ENTRE CIEN PACIENTES DE CONSULTA GENERAL. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN. ENCUESTA. 1978.

Embarazada	Número	Porcentajes
Sí	44	44.0
No	56	56.0
	100	100.0

CUADRO 29

NUMERO DE MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA ENTRE CIEN PACIENTES DE CONSULTA GENERAL. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN. ENCUESTA. 1978.

Activa	Número	Porcentajes
Sí	82	82.0
No	18	18.0
	100	100.0

CUADRO 30

NUMERO DE MUJERES QUE HAN PLANIFICADO ENTRE CIEN PACIENTES DE CONSULTA GENERAL. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN. ENCUESTA. 1978.

Años	Número	Porcentajes
Nunca	63	63.0
-1	20	20.0
1-2	6	6.0
2-3	5	5.0
3-4	3	3.0
4-5	2	2.0
+ 5	1	1.0
	100	100.0

CUADRO 31

WITMFPQ T)R HIJOS VIVOS ENTRE CIEN PACIENTES DE CONSULTA GENERAL. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA POSA DE COPAN. ENCUESTA. 1978.

Hijos	Número	Porcentajes
0	5	5.0
1-3	49	49.0
4-6	31	31.0
7-9	11	11.0
10 +	4	4.0
	100	100.0

CUADRO 32

LUGAR DE PROCEDENCIA DE CIEN PACIENTES DE CONSULTA GENERAL. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN. ENCUESTA. 1978.

Area	Número	Porcentajes
Urbana	52	52.0
Rural	48	48.0
	100	100.0

DISCUSION DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA A CIEN PACIENTES DE  
CONSULTA GENERAL

CENTRO DE SALUD. SANTA ROSA DE COPAN





I. DISTRIBUCION ETARIA DE CIEN PACIENTES DE CONSULTA GENERAL. 'CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN. ENCUESTA. 1978. (Ver Cuadro 24).

El 86% de las encuestadas fluctuaban entre los 15 y los 34 años, de ahí que los datos obtenidos pueden considerarse útiles, pues se trata de un grupo de mujeres en edades fértiles y que no necesariamente se encuentran dentro del programa de planificación, sino que asisten a consulta general por distintas clases de dolencias, y que proceden tanto del área urbana como de la rural.

Esta encuesta fue hecha con fines comparativos.

II. PARIDAD DE CIEN PACIENTES DE CONSULTA GENERAL. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN. ENCUESTA. 1978.-- (Ver Cuadro 25).

Los datos de la paridad podría esperarse que fueran relativamente más altos que los de las usuarias, pues desde luego un alto porcentaje de este grupo no ha estado sujeto a los efectos de la planificación familiar.

Sin embargo, observamos que los datos presentados no varían mucho con los obtenidos a partir del archivo de la Clínica de Planificación, ni con los provenientes de la encuesta a las usuarias.

Ello nos indica, por una parte que los efectos sobre la natalidad sólo son evidentes a largo plazo en un programa de planificación bien organizado.

Por otra parte, volvemos a repetir que el verdadero propósito de un programa de planificación no es en sí, el control de la natalidad, sino más bien el conseguir un espaciamiento adecuado de los hijos, para bienestar tanto de la madre como de los hijos. (7).

III. USO DE ANTICONCEPTIVOS EN CIENTO PACIENTES DE CONSULTA GENERAL. CLINICA DE PLANIFICACION DE FAMILIA. SANTA ROSA DE COPAN. ENCUESTA. 1978. (Ver cuadros 26 hasta 32).

El 82% de las entrevistadas no estaba planificando en el momento de la encuesta. El 12% usaba la píldora y el 6% otros métodos, como DIU e inyectable.

El 44% de ellas se encontraban embarazadas, el 82% tenía vida sexual activa.

El 54% había estado embarazada en el último año.

El 63% nunca había planificado.

El 49% tenía de 1-3 hijos y el 41% de 4-6 hijos.

El 52% provenía del área urbana.

El 48% provenía del área rural.

Todos los datos anteriores nos muestran un gran contraste entre el primer grupo, constituido solo por usuarias de algún método de planificación y el segundo, de pacientes de consulta general. Esto nos puede servir de parámetro para evaluar al impacto del programa de planificación en la población general. De acuerdo con lo anterior podemos afirmar que hasta el momento sólo un porcentaje relativamente pequeño de la población de la región hace uso de los servicios de planificación de familia.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL DE  
OCCIDENTE.

SANTA ROSA DE COPAN



CUADRO 33

DISTRIBUCION ETARIA DE PACIENTES A LAS QUE SE LES PRACTICO  
ESTERILIZACION QUIRURGICA. HOSPITAL DE OCCIDENTE. SANTA ROSA  
DE COPAN. 1978. (ENERO-JUNIO)

Edad(años)	Número	Porcentajes
15-19	1	1.4
20-24	3	4.2
25-29	24	33.3
30-34	26	36.1
35-39	8	11.1
40-44	8	11.1
45-49	1	1.4
50-54	1	1.4
	72	100.0

CUADRO 34

RARIDAD DE PACIENTES A LAS QUE SE LES PRACTICO ESTERILIZACION  
QUIRURGICA. HOSPITAL DE OCCIDENTE. SANTA ROSA DE COPAN. 1978.

Nº de Hijos	Número	Porcentajes
1-3	13	18.1
4-6	32	44.4
7-9	20	27.8
10 +	7	9.7
	72	100.0



CUADRO 35

DISTRIBUCION ETARIA DE PACIENTES QUE ABORTARON DESDE JUNIO, 1977 A SEPTIEMBRE, 1978. HOSPITAL DE OCCIDENTE. SANTA ROSA DE COPAN.

Edad(años)	Número	Porcentajes
15-19	34	11.4
20-24	58	19.4
25-29	58	19.4
30-34	48	16.0
35-39	63	21.1
40-44	38	12.7
	299	100.0

CUADRO 36

LUGAR DE PROCEDENCIA DE PACIENTES QUE ABORTARON DESDE JUNIO 1977 A SEPTIEMBRE, '1978. HOSPITAL DE OCCIDENTE. SANTA ROSA DE COPAN.

Area	Número	Porcentajes
Urbana	66	22.1
Rural	233	77.9
	299	100.0



I. DISCUSION DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION SOBRE MICROLAPAROTOMIAS EFECTUADAS EN EL HOSPITAL DE OCCIDENTE. SANTA ROSA DE COPAN. 1978. (Ver cuadros 33 y 34).

El 69.4% de las pacientes a las que se le efectuó la esterilización quirúrgica están comprendidas entre los 25 v los 34 años, y el 16%, se encontraba entre los 35 v los 44 años.

El alto grado de paridad es el responsable de la relativamente baja edad a la que se practicó la mayoría de las esterilizaciones quirúrgicas. Lo anterior queda confirmado por el hecho de que el 44.4% de ellas tienen de 4-6 hijos, aunque también el 27.8% con 7-9 hijos es bastante significativo.

En cuanto al número de microlaparotomías efectuadas de Enero a Junio de 1978, 72 en total, con un promedio de 12 por mes, depende tanto de la capacidad del Hospital, como de la demanda de este tipo de atención.

Considerando el hecho de que para que se preste servicio es necesario que la paciente dé a luz en el Hospital, la oportunidad queda limitada a aquellas pacientes que tienen las facilidades para desplazarse hasta la ciudad en el momento oportuno o que viven en ella.

Bajo las condiciones de la técnica quirúrgica adecuada, la esterilización quirúrgica constituye Quizás el método más adecuado para aquellas mujeres que cuentan con la paridad anhelada y la edad apropiada, por ejemplo, con 5 o más hijos, o mayores de 30 años; también está indicada cuando existen razones médicas, por ejemplo, incompatibilidad Rh. (5).

Encontramos 13 mujeres esterilizadas, con una paridad de 1-3 hijos, lo que nos parece contradictorio, a menos que existieran razones médicas de peso, pero con las limitadas fuentes, no fue posible establecer con exactitud los factores que determinaron esta conducta.

II. DISCUSION DE LOS RESULTADOS DE I.A INVESTIGACION SOBRE ABORTOS, EFECTUADA EN EL HOSPITAL DE OCCIDENTE. SANTA ROSA DE COPAN. JUNIO-77 A SEPTIEMBRE-78. (Ver cuadros 35 y 36).

De los 299 abortos atendidos en ese período de quince meses, con un promedio de 20 por mes, no sabemos, como decíamos inicialmente, diferenciar los abortos espontáneos de los provocados, pues desgraciadamente las estadísticas disponibles no son lo suficientemente explícitas.

Sabemos que rara fines de planificación familiar es muy importante conocer la frecuencia de abortos provocados, pues en este campo desempeñan un papel muy importante los anticonceptivos, como una primera medida para evitar los embarazos no deseados.

Con respecto a la distribución etaria de las mujeres que abortaron, encontramos una distribución similar entre los diferentes grupos, desde los 20 hasta los 39 años.

El presupuesto de las instituciones nacionales de salud se ve destinado en un porcentaje creciente al tratamiento de los abortos. Por otra parte, la salud materna, se ve seriamente amenazada muchas veces cuando se someten a manos inexpertas para provocarse un aborto criminal o séptico.

CONCLUSIONES

1. Se ha implementado un programa de planificación familiar sin haber efectuado antes un estudio profundo del grado de su pertinencia.
2. El Ministerio de Salud Pública no tiene una política definida ni una reglamentación del programa de Planificación Familiar.
3. El Programa de Planificación Familiar no cuenta con el respaldo de una gran parte del gremio médico, y la misma Facultad de Medicina lo considera inútil, pues no representa una medida en la solución de los problemas socioeconómicos del país.
4. En la Región de Occidente, la Clínica de Planificación de Familia no es efectiva más allá del área urbana, pues no se hace un seguimiento adecuado de las nacientes, lo que es evidente al desconocer la causa del alto porcentaje de deserción de usuarias, sobre todo del área suburbana y del área rural.
5. El Programa de Distribución Comunitaria de Anticonceptivos ha venido a llenar el vacío dejado por la falta de cobertura de la Clínica, pero adolece de la falta de personal más adiestrado.
6. En el estudio de las características socio-culturales de las usuarias, encontramos un alto índice de paridad, que se iniciaba incluso antes de los quince años y se prolongaba a veces, después de los cuarenta. Estos extremos implican aumento del riesgo materno y fetal.
7. No encontramos una relación directa entre el grado de escolaridad y la predisposición al uso de anticonceptivos. Tampoco creemos que el grado de escolaridad sea factor determinante en el éxito de un programa de planificación.

RECOMENDACIONES

1. Debe hacerse una evaluación completa de todo lo que se ha hecho hasta el momento en el país, en materia de planificación familiar.

De considerarse pertinente la persistencia del programa de planificación, deben revisarse cuidadosamente sus objetivos y en su ejecución debe haber una participación más directa de las instituciones oficiales.

2. A nivel regional, debe capacitarse mejor a las personas encargadas de la Distribución Comunitaria de Anticonceptivos para que puedan brindar una mejor atención a las usuarias.

3. Debe aumentarse la cobertura de la Clínica de Planificación, a través de un incremento de sus recursos humanos y materiales, que permitan un seguimiento adecuado de las usuarias y su trabajo sirva de base para evaluaciones posteriores de los logros del programa.

4. Debe hacerse una selección más completa de los tipos de anticonceptivos que se ofrecen y, en cuanto a los anticonceptivos orales, escogerse aquéllos con menor cantidad de efectos secundarios.

Por otra parte, deben darse más facilidades para la esterilización quirúrgica de las mujeres que lo soliciten y que llenen los requisitos de edad y de paridad.

5. Que las campañas de promoción de anticonceptivos sean mejor intencionadas, exponiendo tanto las ventajas como las desventajas en el uso continuado de los mismos.

BIBLIOGRAFIA

1. ECKHOLM, Erik y NEWLAND, Kathleen: "La Planificación Familiar como Factor de Salud". Informes Médicos, Universidad George ----- Washington, Serie J, Número 14, Octubre 77.
2. SANTPUR, S.S., CHARI, H.R. y DEVI, K., Andhra Pradesh, India: "La Pobreza y la Resistencia a la Planificación Familiar". Boletín Médico de la Federación Internacional de Planificación de Familia, Vol. II, N°3, Junio 77.
3. "Paternidad Responsable. Planificación Familiar. Una Tesis de Proyección Social". Publicación de la Dirección General de Atención Médica Materno Infantil. México.
4. "La Píldora". Informe de la Federación Internacional de Planificación de Familia. 1974.
5. "Manual de Planificación de Familia para Médicos". Federación Internacional de Planificación de Familia. 1974.
6. MARCKWARDT, Albert M., "Hallazgos de la Investigación sobre la Planificación Familiar en América Latina" Informes sobre Población/ Planificación Familiar. Número 12. Junio 74.
7. "Filosofía de los Programas de Planificación Familiar". Publicación de la Asociación Hondureña de Planificación de Familia.
8. "Distribución Comunitaria de Anticonceptivos". Publicación de la Asociación Hondureña de Planificación de Familia.
9. "Análisis Integral de la Situación Socioeconómica de la Región de Occidente". Publicación de PRODERO (Proyecto de Desarrollo de la Región de Occidente) 1977.