

Factores que Inciden en el Uso Limitado Del DIU en El Salvador

CONTEXTO: Si bien el DIU es un método seguro y eficaz en función a su costo, en algunos países su uso es muy bajo y no se conocen claramente las razones por las cuales esto sucede.

MÉTODOS: Para examinar los factores que influyen en el uso limitado del DIU en El Salvador, en 1999 se recopilaban datos mediante tres técnicas diferentes. Dichas técnicas incluyeron entrevistas a fondo con 30 proveedores, 40 visitas a la clínica hechas por clientas simuladas, y 10 grupos focales conducidos, en forma separada, con mujeres esterilizadas, usuarias actuales y ex-usuarias del DIU, y usuarias de otros métodos clínicos de planificación familiar.

RESULTADOS: La mayoría de las clientas de planificación familiar que nunca habían utilizado el DIU tenían una mala impresión de este método, principalmente a causa de los rumores y mitos que habían escuchado al respecto. En forma inversa, casi todas las usuarias del DIU, y la mayoría de los proveedores entrevistados, mantenían una impresión positiva del método. Los proveedores acordaron en que los rumores y los mitos son el principal obstáculo para promover el uso del DIU. Sin embargo, las clientas simuladas indicaron que los proveedores trataron de disipar estos rumores solamente en la mitad de las visitas. La mayoría de los proveedores indicaron que habían hablado con sus clientas acerca del uso del DIU, pero muchas participantes de los grupos focales indicaron que recibieron información sólo sobre el uso de la píldora y la inyección. Según las clientas simuladas, los proveedores mencionaron en forma espontánea la píldora y la inyección con mayor frecuencia que otros métodos anticonceptivos. Si bien 23 de los 30 proveedores entrevistados habían recibido entrenamiento para insertar el DIU, muchos indicaron que no tenían suficiente experiencia.

CONCLUSIONES: Tres obstáculos principales impiden el uso del DIU en El Salvador: los rumores y los mitos acerca del método; la atención insuficiente que se le presta durante las sesiones de consejería; y la experiencia insuficiente que tienen los proveedores con este método.

Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, número especial de 2002, 3–9

Por Karen R. Katz,
Laura M. Johnson,
Barbara Janowitz
y José Miguel
Carranza

Karen R. Katz es directora asociada, Laura M. Johnson es analista de investigación principal y Barbara Janowitz es directora, Health Services Research Group, Family Health International, Research Triangle Park, NC, EEUU. José Miguel Carranza es director, Asesoría en Psicología Industrial y Mercadeo, San Salvador.

Los DIU modernos son muy seguros y altamente eficaces.¹ Además, el DIU es un método de planificación familiar de bajo costo que debería ser un importante componente de la mezcla de métodos anticonceptivos de todo programa nacional de planificación familiar. No obstante, su uso varía mucho por región; si bien en algunos países de Asia Central y en Vietnam y Egipto lo usa más del 25% de las mujeres en edad reproductiva, en Brasil, Nepal y en la mayoría de los países del África Subsahariana, menos del 1% recurren a este método.²

El DIU tiene el potencial de satisfacer una importante necesidad en los países donde no se lo usa regularmente. Al agregar el DIU a la mezcla de métodos anticonceptivos, se le ofrece otra opción a la mujer que puede satisfacer mejor sus necesidades que otros anticonceptivos disponibles; su oferta igualmente puede lograr un aumento del uso global de anticonceptivos. El DIU puede ofrecer protección a corto plazo a las mujeres que desean postergar nuevos embarazos y tiene muchas ventajas al compararlo con la inyección y la píldora. Por ejemplo, no es necesario que la mujer haga visitas al centro asistencial para procurar nuevas dosis y requiere poca atención por parte de la usuaria (aun cuando se debe revisar el hilo periódicamente, lo cual es una mo-

lestia para algunas mujeres). Además, al compararlo con otros métodos utilizados para espaciar los nacimientos, el DIU resulta más efectivo con relación al costo. Finalmente, el DIU puede ser una opción atractiva para las mujeres que no desean tener más hijos, pero que aún no están listas o no desean aceptar un método permanente. En consecuencia, si se convierte el uso extendido de la esterilización al uso del DIU, se puede reducir los casos de arrepentimiento, especialmente en los países donde las mujeres de baja paridad comúnmente deciden esterilizarse.

Si bien se ha escrito mucho sobre los aspectos clínicos del uso, y la suspensión del uso, del DIU, se conoce muy poco sobre las razones por las cuales su prevalencia es muy baja en algunos países. Algunos trabajos de investigación señalan que tanto proveedores como posibles usuarias tienen ideas erróneas con respecto al DIU. En los Estados Unidos, donde es muy reducido el uso del DIU, hay quienes consideran que este método es abortífero, y que su uso aumenta el riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria y de embarazos ectópicos.³ Además, muchas mujeres no están bien informadas acerca del DIU. Una encuesta realizada entre mujeres de Estados Unidos en 1991⁴ reveló que las participantes conocían mucho menos el DIU que otros mé-

todos y que muchas lo consideraban un método inseguro. No obstante, después que se les leyó una descripción del método, el 46% expresaron interés en usarlo.

En algunos países, la capacitación de los proveedores en materia del DIU quizá no es suficiente para corregir las ideas erróneas sobre este método y aumentar su uso. Entre 1993 y 1995, en Marruecos, se capacitaron especialmente a 120 proveedores para prestar servicios de consejería e inserción del DIU. No obstante, la Encuesta Demográfica y de Salud de 1995 en ese país reveló que prácticamente no se registraron cambios en la mezcla de métodos; un estudio posterior indicó que las mujeres no tenían confianza en este método, porque pensaban que podrían quedarse embarazadas y podría enganchar al pene durante el coito.⁵ En forma similar, encuestas realizadas en 1990 en Brasil antes y después de una actividad de capacitación en materia del DIU, indicaron que no se produjeron cambios con respecto a la opinión de las mujeres que continuaron creyendo que el dispositivo podría causar contratiempos o moverse dentro del cuerpo, y su uso mantuvo muy limitado.⁶ Estos estudios demuestran que para aumentar el uso del DIU, podría ser necesario crear una mayor demanda para el método, junto con adiestrar a los proveedores en la prestación de servicios de inserción y remoción del dispositivo.

Si se desea incrementar el uso del DIU, los planificadores de los programas deberán conocer cuáles son los factores que influyen y motivan a las clientas a usar un método, así como las motivaciones que inducen a los proveedores a aconsejar su uso, junto con su pericia en prestar este servicio. Si bien trabajos de investigación previos se centraron principalmente en indagar sobre el conocimiento y las opiniones de las clientas, también es importante conocer las interacciones que existen entre la clienta y el proveedor con respecto al DIU y conocer la forma en que influyen estas interacciones. Cuando el Ministerio de Salud de El Salvador y la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos solicitaron a Family Health International que realizara un estudio para examinar las razones por las cuales era bajo el uso del DIU en aquel país, vimos esto como una oportunidad para analizar este tema con detenimiento.

ANTECEDENTES

La prevalencia del uso de anticonceptivos en El Salvador aumentó del 22% de las mujeres casadas de 15 a 44 años en 1975 al 60% en 1998.⁷ Sin embargo, la prevalencia del uso del DIU ha permanecido muy baja; el porcentaje de mujeres que utilizan este método disminuyó del 3% en 1985 al 2% en 1998. La esterilización femenina ha sido el método más popular: en 1998, el 33% de las mujeres casadas de 15 a 44 años—más de la mitad de las que practicaban la anticoncepción—habían sido esterilizadas. La inyección (9%) y la píldora (8%) son los siguientes métodos más populares.

A pesar de la popularidad de la esterilización femenina, hay datos que indican que muchas mujeres no están satisfechas con dicho método y que hay una necesidad de promover otros métodos de acción a largo plazo. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Familiar de 1998, el

9% de las mujeres esterilizadas manifestaron que hubieran preferido usar otro método o ninguno. Entre las mujeres que indicaron que deseaban quedar nuevamente embarazadas, el 27% ya habían sido esterilizadas. Además, la esterilización es el método más popular entre las mujeres de 25 a 29 años; el 40% de las usuarias actuales de planificación familiar de este grupo etario habían sido esterilizadas, de la misma forma que el 15% de las usuarias de 20 a 24 años.⁸ Se considera que la esterilización realizada antes de los 30 años es una causa importante del posterior arrepentimiento de haberse sometido a dicha intervención.⁹

DATOS Y MÉTODOS

Utilizamos una combinación de métodos para recopilar datos: entrevistas a fondo para examinar el nivel de conocimiento y las actitudes de los proveedores frente al DIU; visitas a la clínica hechas por clientas simuladas para evaluar la calidad de las interacciones entre los proveedores y las clientas; y grupos focales para explorar el nivel de conocimiento y las actitudes de las clientas con respecto al DIU. Todos estos datos fueron recopilados entre mayo y julio de 1999. Se incluyeron solamente las clínicas del mayor proveedor de anticonceptivos en el país, el Ministerio de Salud, al que recurren casi la mitad del total de usuarias.¹⁰ El Ministerio envió con antelación cartas para autorizar la recopilación de datos en las clínicas que participaron en los grupos focales y las entrevistas a fondo.

Entrevistas a fondo

El Ministerio de Salud compiló una lista de clínicas de todo el país que ofrecían servicios de planificación familiar y que tenían por lo menos dos proveedores que habían sido adiestrados en técnicas de inserción del dispositivo o en enviar a otros especialistas las clientas interesadas en el DIU. De esta lista, que constaba de 30 hospitales y 352 unidades de salud, seleccionamos 15 lugares urbanos y 15 rurales mediante el uso de cuadros de números aleatorios para crear una lista de base. Luego se fijaron 16 lugares adicionales, ocho urbanos y ocho rurales, como alternos en caso de que los lugares incluidos en la lista de base no pudieran ser utilizados. Se seleccionó a un proveedor en cada lugar para ser entrevistado a fondo; si en el día de la entrevista se encontraba en la clínica más de un proveedor elegible, seleccionamos a uno en forma aleatoria para ser entrevistado en aquella oportunidad. En total, se entrevistaron a cuatro enfermeras (todas mujeres) y a 26 médicos (14 hombres y 12 mujeres).

Los entrevistadores utilizaron un esquema de preguntas de interpretación abierta que cubrían todos los aspectos de capacitación de los proveedores en materia del DIU, experiencia profesional en la inserción y remoción del dispositivo, su conocimiento del DIU, y su opinión personal sobre este método.

Clientas simuladas

El componente de las visitas de las clientas simuladas se llevó a cabo en 20 clínicas de las zonas urbanas, las cuales fueron seleccionadas en forma aleatoria de un total de 23

clínicas urbanas—obtenidas de la lista de base y la lista de las clínicas alternas—seleccionadas para ser objeto de las entrevistas a fondo. Se excluyeron los lugares rurales porque hubiera sido difícil simular una visita en un entorno pequeño como es el de las clínicas rurales, donde los proveedores conocen a la mayoría de sus clientas y es poco común que se soliciten el DIU. Se adiestró a dos investigadoras para que actuaran como clientas simuladas, quienes se vistieron, expresaron y comportaron tal como si fueran clientas “típicas”. Cada una de estas investigadoras visitó las 20 clínicas; por lo tanto, los resultados de nuestro estudio se basan en un total de 40 visitas.

Al igual que otros investigadores que han utilizado clientas simuladas, desarrollamos dos perfiles distintos para examinar cómo las características y necesidades de las clientas influenciaban en la calidad de los servicios recibidos.¹¹ Una de estas clientas “típicas” tenía un solo hijo y 25 años de edad; la otra tenía tres hijos y 23 años. Cada una manifestó en forma espontánea que mantenía una relación estable y monogámica, que tenía por lo menos educación primaria, que deseaba recibir consejería en materia de planificación familiar para ayudarle de espaciar los nacimientos, y que deseaba un método anticonceptivo a largo plazo (que durara por lo menos dos años). Si un proveedor no mencionaba en forma espontánea el DIU, la clienta le preguntaba acerca de este método, aunque no pretendiera que se lo insertara ese mismo día. Lamentablemente, estas dos situaciones resultaron demasiado parecidas para captar el potencial de variaciones en cómo reaccionaban los proveedores frente a mujeres que tuvieran necesidades diferentes y por eso, combinamos los datos para los dos perfiles de clientas simuladas.

Después de cada visita, la clienta simulada completó un cuestionario cuyas preguntas se referían a la forma en que había sido recibida en la clínica, la calidad de la evaluación que hizo el proveedor sobre sus necesidades de salud reproductiva, la calidad de las conversaciones con respecto a los métodos disponibles, y el contenido de las sesiones de consejería sobre el DIU.

Deliberaciones de los grupos

Seleccionamos en forma aleatoria seis clínicas urbanas y cuatro rurales de la lista suministrada por el Ministerio de Salud para la conducción de las deliberaciones de los grupos focales. Se reclutaron a usuarias de métodos de reabastecimiento que acudieron a la clínica para obtener más anticonceptivos. Se reclutaron a las usuarias del DIU cuando éstas regresaron a la clínica para una visita de seguimiento—cuatro a seis semanas después de la inserción del dispositivo, o para su examen anual. Dado que era muy bajo el nivel de uso del DIU, para asegurar la participación de un número suficiente de participantes, también reclutamos a usuarias que habían utilizado anteriormente este método, cuyos datos fueron extraídos del registro de las clínicas. Para el reclutamiento de las mujeres esterilizadas, se acercaron a dichas mujeres durante sus visitas de seguimiento, cuando regresaron a la clínica para sacarse los puntos.

Se realizó un total de 10 grupos focales: cuatro con mujeres que utilizaban métodos que requieren reabastecimiento, cuatro con mujeres que habían sido esterilizadas y dos con usuarias actuales o ex-usuarias del DIU. Observando las normas establecidas para la realización de reuniones de grupos focales,¹² seleccionamos a 6–10 participantes para cada grupo. Se realizaron los grupos focales con mujeres esterilizadas y usuarias de métodos de reabastecimiento en entornos rurales y urbanos; participaron en ellos 37 mujeres esterilizadas y 32 usuarias de métodos que requieren reabastecimiento. Las reuniones con usuarias del DIU se llevaron a cabo solamente en las zonas urbanas y participaron en ellas 20 mujeres (18 usuarias actuales y dos ex-usuarias). Les sirvió refrescos y les pagó un pequeño estipendio y el costo del transporte.

Los grupos focales fueron dirigidos por dos personas, un moderador y un observador encargado de registrar el contenido de las sesiones. Las deliberaciones realizadas con las mujeres que usaban otros métodos que no fueran el DIU centraban en las percepciones personales del DIU, los rumores acerca de este método y la experiencia con otros métodos de planificación familiar, incluidos los obstáculos para obtenerlos. Entre las usuarias del DIU, los factores de particular interés incluyeron las razones por las cuales escogieron el método, su experiencia con el mismo y los motivos por los cuales les gustaba o no su método.

Análisis de datos

Se grabaron las entrevistas a fondo y las deliberaciones de los grupos focales en audiocasette para luego ser transcritas a textos archivados en una computadora. Después de analizar las primeras transcripciones, el equipo de investigadores preparó una lista inicial de códigos. Según estos códigos, clasificamos los datos obtenidos de los textos archivados en grupos de temas generales: consejería sobre planificación familiar; mitos y tabúes que rodean el uso del DIU; y percepciones que existen sobre el método. Los investigadores colocaron los códigos apropiados en cada archivo de texto, mediante el uso del DtSearch. El equipo nacional utilizó el sistema EPI-INFO para ingresar los datos correspondientes a las clientas simuladas. Las frecuencias y las tablas de entrada múltiple de las variables clave fueron producidas en SPSS.

RESULTADOS

Percepciones del DIU

Dado el bajo nivel de uso del DIU en El Salvador, no resulta sorprendente que la mayoría de las participantes de los grupos focales de las usuarias de métodos de reabastecimiento y mujeres esterilizadas tuvieran opiniones negativas acerca del DIU. Al mismo tiempo, la mayoría de las participantes usuarias del DIU expresaron opiniones positivas respecto al método.

La razón más comúnmente esgrimida por la cual tenían una impresión negativa fue el temor, el cual por lo general se basaba en rumores y mitos. Con frecuencia, no se indicó ninguna razón específica por la cual sentían temor;

CUADRO 1. Porcentaje de visitas hechas por clientas simuladas en las que los proveedores mencionaron espontáneamente rumores que circulaban sobre el DIU, El Salvador, 1999

Rumor	% (N=40)
Cualquiera*	47,5
DIU puede moverse y perderse dentro del cuerpo	15,0
DIU puede fallar e insertarse en la cabeza del niño	10,0
Pareja puede sentir el DIU/molestia	42,5
DIU puede desprenderse	20,0
DIU causa cáncer	20,0
DIU provoca aborto	10,0

*Los porcentajes no agregan al 100%, porque los proveedores pueden haber mencionado más de un rumor.

las participantes simplemente indicaron que consideraban que este método era “peligroso” o “dañoso”. Una mujer esterilizada habló acerca del efecto que los rumores habían causado y manifestó lo siguiente:

“Pues, yo, los mismos comentarios de las compañeras, que da cáncer, que salen embarazadas si los niños nacen con el aparatito, y eso es lo que le da temor a uno”.

Durante las entrevistas a fondo, los proveedores indicaron que los rumores y mitos comunes constituyen el mayor obstáculo que se presenta para el uso del DIU. Según los proveedores, los rumores más comunes son que el DIU causa cáncer, que los niños pueden nacer con el DIU insertado en su cuerpo, que el DIU se puede desprender y perderse dentro del cuerpo de la mujer, y que el DIU puede quedar clavado en el útero de la mujer.

Según los proveedores, una razón por la cual persisten los rumores es que el público no dispone de información oficial adecuada, lo cual permite que los rumores y mitos circulan sin ser denegados. Los casos reales que resultan exagerados pueden ser la origen principal de estos rumores y mitos; un médico describió este proceso de la siguiente manera:

“Esto ya es folklórico, viene por tradición tal vez porque oyeron que una fulanita posiblemente salió embarazada utilizando el DIU. Entonces de ahí vienen y vienen, y claro cuando una información se recibe de primera, de ‘primeras oídas’, cuando ya llegamos al quinto, ya va completamente distorsionada. Ya no es que salió embarazada, sino que es que le salió al niño en la cabeza,...que le salió el niño con retardo mental,...que el niño salió paralítico,...y le van aumentando”.

Los proveedores deberían ayudar para disipar estos rumores y mitos, y en el 48% de las visitas hechas por las clientas simuladas, los proveedores mencionaron espontáneamente por lo menos un rumor o mito con el motivo de disiparlo: en el 43% de las visitas, el proveedor habló sobre el rumor de que la pareja puede llegar a sentir el DIU y en el 20%, de que el DIU puede producir cáncer (Cuadro 1). Sin embargo, en el 55% de las visitas, los proveedores o reforzaban los rumores o no ofrecían una información adecuada para disiparlos (20% y 35%, respectivamente—no indicado). El rumor más común que era respaldado por los proveedores mismos era que el DIU se puede trasladar

de un lugar a otro dentro del cuerpo.

Algunos proveedores consideraron que la consejería para aclarar las ideas erróneas sobre el DIU era poca eficaz o irrelevante porque muchas clientas que recibieron estos consejos continuaron temiendo el método de todos modos:

“Sí, de más que uno les dice el cáncer da por otras causas, no es el DIU, si el DIU fuera, ya se hubiera descubierto que esto da el cáncer. Nosotros estamos para protegerlas a ustedes, no para estarles causando daño, así que ustedes no crean eso, pero a pesar de todo eso, la gente siempre sigue creyendo”.

No obstante, durante los grupos focales con las usuarias actuales o ex-usuarias del DIU, algunas mujeres indicaron que los proveedores habían disipado con éxito los mitos y que les habían reasegurado acerca del método; este resultado indica que los proveedores pueden desempeñar un papel importante en la promoción del DIU. Una usuaria actual explicó la forma en que su médico le explicó que el método era seguro, para que podía adoptarlo sin ningún temor. Se expresó así:

“Yo escuché una plática donde decían que era peligroso porque posiblemente podía salir embarazada y se le podía salir el niño con ese aparatito, y que de ahí le tiene que hacer una operación. Pero yo hablé eso con el médico y él me dijo que no, que eso no es posible...fue ahí donde me decidí”.

Otra usuaria actual contó una experiencia similar:

“Hay gente que dice que se les encarna y hay otro que dicen que los niños nacen con eso, pero no a mí el médico hasta eso me explicó, me dijo: ‘vos no te andés creyendo de que... si vos salís embarazada sabiendo que tenés esto, si salís embarazada es porque no lo tenés”.

La mayoría de las participantes usuarias del DIU manifestaron que habían tenido experiencias positivas con el método. Por ejemplo, una ex-usuaria, quien actualmente está esterilizada, manifestó lo siguiente:

“Yo lo tuve como dos años, más de dos años quizás, pues lo normal. Me lo pusieron y yo no sentía nada que estorbo que dicen, como ellas dicen, que una pitilla, que les colgaba. Yo no sentía. Yo no me estorbaba nada. Vaya, yo, cuando yo decidí quitármelo, fue porque yo iba quería otro hijo”.

Otra ex-usuaria, igualmente una mujer ahora esterilizada, estuvo de acuerdo en que el DIU es un método satisfactorio:

“Estudiando yo pues todos los métodos que conocía... preferí el aparatito por...la comodidad, porque uno no tiene que estar pendiente de que se me olvidó la pastilla o la inyección... pues, no causa ningún efecto en lo que es el aspecto emocional o, o en el organismo pues no, ...no, no afecta en ninguna otra cosa”.

Fomento del uso del DIU

Como parte de nuestro análisis del fomento del DIU por parte de los proveedores, analizamos la forma en que la oferta de consejería a las usuarias potenciales fuera afectada por la actitud de los proveedores, su capacitación y experiencia.

Durante sus entrevistas a fondo, la mayoría de los proveedores indicaron que ofrecían sesiones de consejería sobre

CUADRO 2. Distribución porcentual de visitas de clientas simuladas, según el nivel de discusión de diversos métodos anticonceptivos

Método	Mencionado y explicado	Sólo mencionado	No mencionado	Total
DIU	47,5	20,0	32,5	100,0
Inyección	77,5	17,5	5,0	100,0
Píldora	67,5	25,0	7,5	100,0
Condón	7,5	55,0	37,5	100,0
Esterilización femenina	2,5	7,5	90,0	100,0

el uso del DIU, junto con consejería acerca de los otros métodos. Algunos indicaron que recomendarían el DIU solamente en el caso de que la mujer potencialmente estuviera interesada en adoptarlo. Un médico indicó que aconseja a las mujeres sobre el DIU, pero luego agregó:

“Le voy a ser sincero. Las mujeres cuando vienen, ya traen la idea de lo que quieren utilizar. Por ejemplo, si una mujer quiere usar las pastillas, entonces me dice: ‘doctor, explíqueme como funcionan las pastillas’. Entonces, sólo preguntan sobre las pastillas o sobre las inyecciones, pero si viene una paciente y me dice: ‘doctor, yo quiero planificar, quiero que Ud. me diga cuál método me conviene’, en ese momento sí, le hablo del DIU. Le hablo de todas sus ventajas, y si le conviene o no le conviene; también a veces cuando veo que la paciente duda sobre el método, también le comento sobre el DIU”.

En contraste, los resultados obtenidos de las clientas simuladas y de las integrantes de los grupos focales indican que los proveedores no inician con regularidad la conversación sobre el DIU. Durante las visitas de las clientas simuladas, los métodos más mencionados en las sesiones de consejería eran la inyección y la píldora (Cuadro 2); además, son los métodos que tienen la mayor probabilidad de ser explicados en detalle. La mayoría de las participantes esterilizadas y usuarias de métodos de reabastecimiento confirmaron estos resultados, indicando que la inyección y la píldora eran los únicos métodos mencionados durante sus sesiones de consejería.

Durante las entrevistas a fondo, surgieron algunas explicaciones por las cuales los proveedores no incluyeron en sus sesiones de consejería muchos detalles sobre el DIU. Las dos razones fundamentales fueron los abastecimientos limitados del dispositivo y la falta de tiempo para cubrir todos los métodos disponibles. Casi la cuarta parte de los proveedores indicaron que el abastecimiento del DIU era un problema y que no disponían en absoluto de este método o había cantidades inadecuadas. Un médico indicó lo siguiente:

“Si uno tiene, ofrece. Pero uno no tiene”.

Otro médico explicó los problemas de tiempo que enfrentaba de esta manera:

“Bueno, quizá es, es que...a veces a uno es una carrera, y que la prisa...que tanta paciente...quizá, muchas veces se nos va y agarra lo más fácil”.

Otro médico explicó que aunque había abastecimientos suficientes en la clínica, los dispositivos individuales no es-

taban a disposición en todas las salas de consulta.

En la mayoría de las visitas de las clientas simuladas donde no se mencionaba el DIU en forma espontánea, las “clientas” les preguntaron a los proveedores acerca del método. En todos los casos, los proveedores respondían y ofrecían información. Sin embargo, en tres de sus visitas las clientas simuladas consideraron que no tuvieron oportunidad de formular preguntas sobre el DIU.

Luego de realizadas las visitas, las clientas simuladas indicaron los detalles que recibieron sobre el DIU. En la gran mayoría de los casos, los proveedores hablaron sobre el funcionamiento del método y sus ventajas (Cuadro 3). La ventaja mencionada con más frecuencia (en el 53% de las visitas) fue que el DIU no interfiere con las relaciones sexuales. Las ventajas de su duración prolongada y eficacia fueron mencionadas en más de cuatro de cada 10 visitas.

Tomando en cuenta que el DIU puede ser un método de larga duración, tuvimos particular interés en saber si los proveedores sabían la duración de efectividad del método. Las clientas simuladas detectaron que solamente dos proveedores sabían correctamente que un DIU puede ser efectivo hasta un período de 10 años. Otros 15 proveedores dieron respuestas que variaban entre dos y seis años.

En las tres cuartas partes de las visitas hechas por las clientas simuladas, se habló sobre las desventajas y efectos secundarios del DIU. Los efectos más frecuentemente mencionados fueron el dolor que se siente durante la inserción o remoción del mecanismo y el sangrado o irregularidad del período menstrual. Se mencionó las contraindicaciones para su uso solamente en un quinto de las visitas. Las contraindicaciones más comúnmente expresadas fueron el sangrado vaginal inexplicable, el embarazo y la infección.

La mayoría de los proveedores entrevistados a fondo indicaron que tenían una actitud favorable hacia el DIU, y no hubo pruebas de una actitud general negativa hacia este método. La mayoría indicó que recomendaría el método a sus clientas y familiares, aunque algunos indicaron que si bien lo recomendarían para otros, no lo usarían ellos mismos.

La experiencia propia—de los proveedores o de sus clientas—puede ser un factor que conduzca al desarrollo de actitudes positivas. Algunos proveedores indicaron que habían usado el DIU. Varios notaron que las usuarias del DIU

CUADRO 3. Porcentaje de visitas de clientas simuladas durante las cuales el proveedor explicó varias características del DIU

Característica	%
Cómo funciona	92,5
Ventajas	80,0
Eficacia	42,5
Larga duración	47,5
De fácil uso	37,5
No interfiere en relación sexual	52,5
Rápida recuperación de fecundidad	37,5
Desventajas/efectos secundarios	75,0
Dolor al insertar/eliminar	60,0
Sangrado/irregularidad menstrual	50,0
Contraindicaciones	20,0
Sangrado vaginal de etiología indeterminada	12,5
Embarazo	7,5
Infección	7,5

tendían a estar satisfechas con el método. Por ejemplo, una enfermera señaló que “Hay personas, usuarias, que están bien satisfechas...Dicen que es un método ideal”.

Sin embargo, algunos proveedores se mostraron vacilantes o renuentes a recomendar el DIU. A algunos de estos proveedores les preocupaban los efectos secundarios—el sangrado y el dolor, en particular. Una médica indicó que el uso del DIU era contrario a sus creencias religiosas, posiblemente una referencia a la idea de que el DIU actúa como abortífero. Otro médico indicó que cuando recomienda el DIU, usa un estándar diferente:

“Pues en lo personal, así, pues el uso del DIU para mí sería un poco más restringido. No estoy tal vez muy de acuerdo en ello.”

Durante las entrevistas a fondo, 23 de los 30 proveedores indicaron que habían recibido adiestramiento en técnicas de inserción del DIU, y 21 en las técnicas de remoción. No obstante, varios médicos se quejaron que no podían practicar las técnicas aprendidas; nueve proveedores manifestaron que nunca habían tenido la oportunidad de insertar un DIU y otros seis dijeron que habían insertado muy pocos. Además, 23 proveedores indicaron que habían sido adiestrados en la consejería sobre el DIU, aunque la mayoría de ellos indicaron que dicho entrenamiento había sido incorporado en su formación en consejería sobre los métodos de planificación familiar en general.

DISCUSIÓN

Nuestros resultados han identificado algunas de las razones por las cuales El Salvador presenta bajos niveles de uso del DIU; los datos sugieren las formas que se podrían utilizar para incrementar su uso, no solamente en El Salvador, sino que también en otros países. Con respecto a la demanda, hemos demostrado que los rumores desalientan el uso del DIU, pero los proveedores pueden desempeñar un papel importante en disipar dichos rumores y mitos. Cuando esto ocurre, hay un cambio en la actitud de las clientas con respecto al DIU, y las mujeres que obtienen este método se convierten en usuarias satisfechas.

La consejería es la clave para combatir los rumores; sin embargo, hemos observado que la calidad de este servicio no es muy alta. Si bien las clientas simuladas indicaron que durante sus visitas se les hablaba sobre el DIU, con frecuencia debían solicitar la información ellas mismas; las clientas típicas de planificación familiar probablemente no tomarían la iniciativa de preguntar sobre un método determinado, particularmente si ya habían oído historias negativas al respecto. Los proveedores se mostraban renuentes a hablar sobre el DIU porque pensaban que las clientas no estaban interesadas en el método y porque no se sentían cómodos ofreciéndolo. La falta de confianza estaba relacionada con la falta de experiencia.

Los proveedores deben adoptar una actitud proactiva al hablar directamente sobre el DIU y aclarar todas las ideas erróneas que existen con respecto a este método. Desde la perspectiva de proporcionar una elección informada, los proveedores tienen la obligación de ofrecer información

sobre el DIU, así como sobre otros métodos, de manera que las clientas puedan conocer todas sus opciones. Algunos proveedores indicaron que los rumores y mitos eran una valla insalvable, y por lo tanto no mencionaban este método durante sus sesiones de consejería. No obstante, las usuarias del DIU que participaron en los grupos focales indicaron que los proveedores disiparon las ideas erróneas, lo cual demuestra que estos obstáculos pueden ser salvados si se dispone de buena información.

Además, los proveedores necesitan de oportunidades para mejorar sus habilidades de ofrecer consejería e insertar el dispositivo. Por ejemplo, algunos proveedores no saben que el DIU es un método que puede durar hasta 10 años, y esta falta de información suprime su potencial de promover el DIU como un método de larga duración. En las entrevistas a fondo, se comprobó que pocos proveedores tenían una experiencia significativa en inserción y remoción del DIU. No obstante, al menos que los proveedores colaboren para que haya una mayor demanda, no podrán acumular suficiente experiencia en inserciones como para sentirse confiados en promover el método.

Los programas pueden utilizar nuestros resultados para incrementar el uso del DIU. Los actuales recursos limitados para comprar anticonceptivos llevan a los países a prestar mayor atención a este método. Sin embargo, los países con una elevada prevalencia del VIH pueden ser renuentes a hacerlo, debido a que la adopción del DIU por mujeres infectadas de VIH puede conducir a mayores niveles de complicaciones y mayores probabilidades de transmitir el virus a la pareja. Frente a estas preocupaciones, la Organización Mundial de la Salud y la Federación Internacional de Planificación de la Familia recomendaron que las mujeres VIH-positivas no usen el DIU,¹³ aunque algunos estudios sugieren que estas preocupaciones pueden ser injustificadas.¹⁴

Nuestros resultados indican que una vez que los países decidan que el DIU es un componente importante de la mezcla de métodos anticonceptivos, se debe hacer más que simplemente adiestrar a los proveedores en las técnicas de inserción. Se deberá alentar a las clientas a que consideren este método como una alternativa, y se deberá alentar a los proveedores a que ofrezcan información clara y adecuada sobre su uso.

Finalmente, desde una perspectiva metodológica, hemos observado, de igual forma que otros,¹⁵ que nuestros resultados varían de acuerdo con la identidad del observador. Los proveedores manifestaron que ofrecían un nivel mucho más elevado de servicios de consejería e inserción que lo que indicaron las clientas simuladas. Asimismo, nuestro estudio revela que los resultados de los grupos focales con las mujeres no concuerdan con los resultados obtenidos de las entrevistas a los proveedores; en consecuencia, cuando se necesita de información sobre las prácticas realizadas en la clínica, la perspectiva de las clientas es esencial y puede ser obtenida a través de clientas simuladas o grupos focales. Evidentemente, los proveedores deben ser entrevistados si se necesita de información acerca de su conocimiento, ac-

titudes, capacitación y experiencia. Este estudio indica el beneficio que se obtiene mediante el uso de diferentes métodos de recabar datos para lograr un conocimiento integral de la situación.

REFERENCIAS

1. Grimes D y Hubacher D, IUDs: time for a renaissance, *American Family Physician*, 1988, 58(9):1963-1964.
2. Measure DHS, STAT compiler, <www.measuredhs.com/data/indicators>, accedido el 4 de julio, 2001.
3. Mishell D y Sulak P, The IUD: dispelling the myths and assessing the potential, *Dialogues in Contraception*, 1997, 5(2):1-4.
4. Forrest JD, U.S. women's perceptions of and attitudes about the IUD, *Obstetrical & Gynecological Survey*, 1996, 51(12):S30-S34.
5. Carolina Population Center Evaluation Project, IUD use in Morocco: identifying barriers and evaluating progress, Chapel Hill, NC, EEUU: Carolina Population Center Evaluation Project, 1997.
6. Bailey PE et al., An evaluation of reproductive health as an approach to family planning in Ceará, Brazil, ponencia presentada en la reunión anual de la American Public Health Association, Washington, DC, 8-12 de noviembre, 1992.
7. Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS) y Centers for Disease Control and Prevention (CDC), *Encuesta Nacional de Salud Familiar: Informe Final. FESAL-98*, San Salvador, El Salvador: ADS y CDC, 2000.
8. Ibid.
9. Hillis SD et al., Poststerilization regret: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization, *Obstetrics & Gynecology*, 1999, 93(6):889-895.
10. ADS y CDC, 2000, op. cit. (véase referencia 7).
11. Huntington D y Schuler SR, The simulated client method: evaluating client-provider interactions in family planning clinics, *Studies in Family Planning*, 1993, 24(3):187-193.
12. Bernard HR, *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches*, Thousand Oaks, CA, EEUU: Sage Publications, 2000, pág. 210.
13. Organización Mundial de la Salud (OMS), WHO Scientific Working Group on Improving Access to Quality Care in Family Planning, *Medical Eligibility Criteria for Initiating and Continuing Use of Contraceptive Methods*, Ginebra: OMS, 1996; y Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), IPPF International Medical Advisory Panel, Statement on contraception for clients who are HIV-positive, *IPPF Medical Bulletin*, 1991, 25:1-2.
14. Sinei S et al., Complications of use of intrauterine devices among HIV-1-infected women, *Lancet*, 1998, 351(9111):1238-1241.
15. Franco L et al., Quality of case management of sexually transmitted diseases: comparison of the methods for assessing the performance of providers, *Bulletin of the World Health Organization*, 1997, 75(6): 523-532.

Reconocimientos

Los autores agradecen a Doree Trottier por el desarrollo de este estudio y a Tita Oronoz y Bill Conn por su ayuda continua durante todo el proyecto. Asimismo, agradecemos los esfuerzos de nuestro personal en San Salvador. El apoyo a los trabajos de investigación fue suministrado por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos, San Salvador. Los puntos de vista expresados en este artículo no reflejan necesariamente la opinión de la agencia financiadora.

Para comunicarse con la autora: kkatz@fhi.org