

Dolor pélvico y características asociadas en las mujeres del norte de México

Por Hilda García-Pérez, Sioban D. Harlow, Christine A. Erdmann y Catalina Denman

Hilda García-Pérez es profesora asistente del Departamento de Estudios Transfronterizos de Chicanas/os y Latinas/os de la Universidad Estatal de Arizona, Tempe, AZ, EEUU. Sioban D. Harlow es profesor del Departamento de Epidemiología de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan, Ann Arbor, MI, EEUU. Christine A. Erdmann es profesora colegiada de la Universidad de Medicina de las Américas, Charlestown, Nevis, Las Antillas. Catalina Denman es profesora de investigación del Departamento de Salud y Sociedad de El Colegio de Sonora, Hermosillo, México.

CONTEXTO: Hasta hace poco, las estrategias para avanzar la salud reproductiva se han centrado en un número restringido de indicadores de morbilidad, especialmente en aquellos asociados con enfermedades que conllevan un riesgo de vida. Sin embargo, las morbilidades ginecológicas que producen dolor pélvico, aunque no representan un riesgo de vida, sí imponen una carga sustancial para la salud debido a su potencial para reducir el bienestar general de las mujeres.

METODOS: En 2005, se realizó un estudio poblacional transversal en Hermosillo, México, para evaluar las condiciones auto-reportadas de dolor pélvico en una muestra aleatoria de 1,307 mujeres de 25–54 años de edad. Se calculó la prevalencia a 12 meses de cada condición y se utilizó regresión logística para evaluar la asociación entre el dolor pélvico y las características sociales, demográficas, antropométricas y reproductivas, así como otras condiciones médicas.

RESULTADOS: En las 1,007 mujeres que todavía menstruaban, la prevalencia del dolor pélvico durante la menstruación fue del 40%. El 12% de las 1,183 mujeres sexualmente activas, reportaron dolor pélvico durante o después del coito. De las 1,201 mujeres no embarazadas, el 6% reportaron dolor pélvico crónico. En los análisis ajustados, tener una edad menor (25–34 años) o una historia de ITS o de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), estuvo asociado con un mayor riesgo de dolor durante la menstruación y dolor pélvico crónico (razones de momios, 1.6–3.1). Un indicador de la interacción entre la edad menor y una historia de ITS o EIP, estuvo asociado con un riesgo elevado de dolor pélvico vinculado con el coito (6.4). Se reportaron como factores que interfieren con las actividades diarias el dolor pélvico crónico y el dolor durante la menstruación, con mayor frecuencia que el dolor pélvico asociado con la relación sexual. La proporción de mujeres que habían conversado con un médico sobre su condición fue la mayor en aquellas con dolor pélvico crónico (40%).

CONCLUSIÓN: El dolor pélvico asociado con la menstruación, el dolor pélvico durante o después del coito y el dolor pélvico crónico, son quejas comunes en mujeres mexicanas en edad reproductiva. Los proveedores de servicios de salud deben poner una mayor atención a estas condiciones.

Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva, número especial de 2011, pp. 22–30

Quienes formulan las políticas y los investigadores han destacado la urgencia de desarrollar un enfoque más amplio para abordar las necesidades relacionadas con la salud reproductiva de las mujeres y para identificar las prioridades en cuanto a las políticas de salud, especialmente en los países menos desarrollados.¹ Aunque el concepto actual de salud reproductiva exige la identificación de las necesidades de salud de las mujeres, en la actualidad el principio organizador de las políticas de salud y de la investigación en esta área continúan poniendo énfasis en la enfermedad por encima de la salud; lo cual refuerza una conceptualización limitada de las necesidades relacionadas con la salud de las mujeres.¹ Hasta hace poco, los defensores de la salud reproductiva se han centrado en un número restringido de indicadores de morbilidad, especialmente en aquellos que están asociados con enfermedades que representan un riesgo de vida. Algunos estudios han prestado atención a los aspectos de la salud sexual y reproductiva que mejoran la vida de las personas, tales como el sexo placentero o la calidad de vida relacionada

con la salud de las mujeres en edad reproductiva.² Pero, el concepto de salud reproductiva se extiende más allá de la mortalidad y debe incluir explícitamente la ausencia de morbilidad reproductiva y discapacidades asociadas, así como también la gama completa de condiciones, experiencias y circunstancias que afectan la calidad de vida de las mujeres a lo largo del ciclo de su vida reproductiva.

Debido, en parte, a este énfasis en las enfermedades que representan un riesgo de vida, tradicionalmente las afecciones ginecológicas que pueden causar dolor pélvico han sido omitidas en la investigación y los programas de servicios de México.³ Los programas de salud reproductiva y la investigación se han concentrado principalmente en la salud de la madre y el niño, la anticoncepción, las ITS y el cáncer cervical y de mama.³ Sin embargo, el dolor pélvico es una de las principales quejas ginecológicas de las mujeres en edad reproductiva;^{4–7} y algunas mujeres comienzan a sufrir este dolor a partir del inicio de la menstruación. El dolor pélvico crónico y el coito doloroso han estado asociados a dificultades en el funcionamiento sex-

ual y social de las mujeres.⁵ En algunos estudios se ha reportado la incidencia de múltiples manifestaciones de dolor pélvico.^{6,8}

Aunque en los países desarrollados se ha documentado el impacto negativo del dolor pélvico sobre la salud general de las mujeres, existen pocos datos sobre la prevalencia y la carga que representa el dolor pélvico en los países menos desarrollados.⁹ A partir de una revisión sistemática realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se calcula que la prevalencia del dolor pélvico asociado con la menstruación es de 17–81%,^{9,10} del dolor pélvico durante o después del coito, de 8–22%;⁹ y del dolor pélvico crónico, de 2–24%.⁹ Las diferencias en las definiciones, en el diseño de los cuestionarios y en las poblaciones del estudio pueden explicar la mayor parte de estas variaciones. En México, sólo unos pocos estudios, la mayoría de los cuales no fueron poblacionales, han calculado la carga poblacional de las condiciones de dolor pélvico.^{11–15}

En este estudio, intentamos determinar la prevalencia a 12 meses de las condiciones que causan dolor pélvico y que no representan un riesgo de vida para la mujer en forma directa, pero que imponen una carga sustancial debido a su potencial para afectar las actividades diarias y reducir el bienestar general de las mujeres. Esta investigación estimó en qué medida las mujeres del norte de México se ven afectadas por el dolor pélvico crónico y por el dolor pélvico asociado a la menstruación y al coito.

DATOS Y MÉTODOS

Marco del estudio

Hermosillo es la ciudad capital de Sonora, un estado ubicado a lo largo de la frontera de México con Estados Unidos. Esta área del país es una de las más urbanizadas e industrializadas de México; y cuenta con una economía basada en industrias y servicios orientados a la exportación. En 2005, más del 95% de la población de la región vivía en municipios clasificados con niveles de muy bajos a bajos de marginación socioeconómica.¹⁶ Con una población de 702,000 habitantes en 2005, Hermosillo es uno de los principales centros urbanos y económicos de Sonora. Actualmente, casi una cuarta parte de la población de Sonora reside en Hermosillo, ciudad que presenta una tasa de crecimiento anual del 3%.¹⁷

En general, Sonora presenta mejores resultados que México en su totalidad, en cuanto a diversos indicadores demográficos y reproductivos. En 2009, la expectativa de vida de las mujeres al nacer era de 77.8 años en Sonora comparada con 77.6 a nivel nacional.¹⁸ La mortalidad infantil era de 12.1 muertes por cada 1,000 nacimientos vivos en comparación con 14.6 por cada 1,000 a nivel nacional.¹⁸ Sonora tiene un porcentaje muy alto de mujeres que usan anticonceptivos, el 80% de las mujeres que viven con una pareja sexual en comparación con el 71% a nivel nacional.¹⁹

Una cobertura incompleta y altos niveles de estratificación y centralización son las características que mejor describen el sistema de salud de México.²⁰ Los diferentes

grupos sociales se dividen en subsistemas de salud separados, que abarcan poblaciones con y sin seguro médico. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) son los más grandes subsistemas de salud pública que ofrecen asistencia médica y otros beneficios para el empleado formal y sus familias. El resto de la población Mexicana utiliza en su mayoría el sistema de salud estatal y el sector privado.* En 2005, se calculó que el 67% de la población de Sonora cuenta con alguna clase de seguro médico público. De aquellas personas con seguro médico, el 67% tenía cobertura de IMSS, el 15% del Seguro Popular (seguro voluntario que ofrece cobertura limitada para las familias pobres) y el 9% de ISSSTE; el 9% restante tenía cobertura de Petróleos Mexicanos, el Ejército, la Armada u otros subsistemas públicos.²¹ De la población sin seguro médico, la mayoría utiliza el departamento de salud del estado de Sonora, a través de las clínicas comunitarias y los hospitales públicos.²²

Muestra

En 2005, una muestra aleatoria de 1,307 mujeres de 25 a 54 años de edad fue entrevistada como parte de una encuesta poblacional transversal sobre morbilidad ginecológica, llevada a cabo en Hermosillo. En primer lugar, se seleccionaron 29 distritos censales de un total de 234 distritos censales residencial con al menos 50 habitantes. En cada distrito censal seleccionado, se seleccionaron aleatoriamente 10 cuadras censales y se encuestaron consecutivamente las casas de esas cuadras, hasta entrevistar aproximadamente a 45 mujeres elegibles por distrito censal (rango, 6–78 mujeres). Se utilizó un cuestionario breve de evaluación de los hogares para identificar a las mujeres de 25 a 54 años de edad que residían de manera permanente en Hermosillo. En los hogares que incluían dos o más mujeres elegibles, se seleccionó aleatoriamente solamente a una mujer para la entrevista. Se identificó un total de 1,420 mujeres elegibles, de las cuales 1,307 fueron entrevistadas (92%), 49 se negaron a participar (3%) y 64 no pudieron ser contactadas (5%). El estudio fue aprobado por las Juntas Institucionales de Revisión de la Universidad de Michigan, de la Universidad del Estado de Arizona y de El Colegio de Sonora en México. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de cada mujer.

Mediciones

Este estudio utilizó una entrevista cara a cara para evaluar la proporción de mujeres que informaron tener dolor menstrual, dolor pélvico durante o después del coito y dolor pélvico crónico. Se utilizó una traducción al español de una versión resumida del cuestionario del Estudio de Salud de Mujeres de Oxfordshire.⁸ Las variables sociales y

*Se estima que menos del 3% de la población mexicana cuenta con seguro de salud privado (fuente: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OCDE], Revisiones de los Sistemas de Salud de OCDE—Méjico, 2005, <<http://www.oecd.org/dataoecd/4/56/36986949.pdf>>, consultado el 10 de junio de 2010).

demográficas incluyen la edad, la educación y el estado civil.

• **Dolor pélvico y nivel de intensidad del dolor.** El estudio describe la prevalencia a 12 meses de tres clases de dolor pélvico: dolor en la parte inferior del abdomen durante la menstruación; dolor durante el coito o a las 24 horas posteriores; y dolor pélvico crónico, definido como un dolor constante o intermitente debajo del ombligo o en los órganos femeninos durante un período de seis meses o más, excluyendo el dolor asociado a la menstruación, el coito o el embarazo.⁸ Se evaluó la intensidad del dolor utilizando tres categorías (muy leve/leve, moderadas y graves). Se solicitó a las participantes que indicaran si el dolor pélvico afectaba sus actividades diarias en el trabajo, el hogar y la vida social.

• **Condiciones médicas y reproductivas.** En este análisis, consideramos las variables reproductivas y médicas que han estado asociadas al dolor pélvico en estudios previos, en otras poblaciones.²³ La endometriosis no está incluida en este análisis debido a que pocas mujeres informaron tener esta condición; es probable que la endometriosis presente un sub-registro en nuestros datos.²⁴ Las condiciones reproductivas y médicas se evaluaron a través de la pregunta: “¿Le ha dicho un médico que usted padece alguna de las siguientes enfermedades o afecciones?” La lista de posibles condiciones médicas incluyó infecciones crónicas de la vía urinaria (cistitis crónica e infecciones renales recurrentes), colitis, fibrosis uterina, ITS y enfermedad inflamatoria pélvica. Además, les preguntamos la edad que tenían en su debut sexual; paridad; antecedentes de

cesárea y anticonceptivos, incluido el uso de DIU.

• **Antropometría e índice de masa corporal.** El peso corporal en kilogramos se midió mediante el uso de una balanza digital y las participantes debían llevar ropa liviana, sin calzado. La estatura se midió usando una cinta métrica de modista y se registró con incrementos de medio centímetro. Luego se calculó el índice de masa corporal (IMC en kg/m²).

• **Uso de recursos de servicios de salud.** Para evaluar el uso de los servicios de salud, preguntamos si las encuestadas habían consultado a un médico o utilizado algún medicamento para tratar el dolor pélvico en los últimos 12 meses, tomando en cuenta si la condición de la mujer había sido diagnosticada, así como si la mujer contaba con seguro médico.

Análisis

Todos los análisis se llevaron a cabo utilizando la versión SAS 8.2. Calculamos la proporción de mujeres (con un intervalo de confianza del 95%) que habían sufrido de cada una de las clases de dolor pélvico durante los últimos 12 meses. Se analizó el dolor menstrual en el subgrupo de mujeres que informaron haber tenido al menos un período menstrual en los últimos 12 meses (N=1,007); el dolor relacionado con el coito en el subgrupo que informó haber tenido una pareja sexual en los últimos 12 meses (N=1,183); y el dolor pélvico crónico, en el subgrupo de mujeres que no estuvieron embarazadas durante los últimos 12 meses (N=1,201). Se calcularon las estadísticas descriptivas, incluidas las frecuencias y las mediciones de tendencia y dispersión central. Se llevaron a cabo análisis ajustados y sin ajustar de regresión logística para calcular las probabilidades de padecer dolor menstrual, dolor relacionado con el coito y dolor pélvico crónico, dadas algunas variables demográficas, reproductivas, antropométricas, de estilo de vida y médicas. Se calcularon cocientes de probabilidades con intervalos de confianza del 95% y se evaluaron todas las interacciones posibles.

RESULTADOS

Características personales y dolor

La edad promedio de las participantes fue de 38.5 años (desviación estándar: 8.4 años). En general, el 33% había completado la secundaria o cierto nivel universitario, el 40% había completado al menos la escuela secundaria y el 27% no había alcanzado la escuela secundaria. La mayoría de las mujeres (79%) estaban casadas o en unión marital; el 9% estaban divorciadas, separadas o eran viudas; y el 12% eran solteras. La mayoría de las mujeres tenían dos o más hijos (83%), el 10% tenía un hijo y el 7% no tenía hijos.

De un total de 1,007 mujeres con menstruación, el 40% había sufrido dolor abdominal durante la menstruación en los últimos 12 meses; el 16% y el 8%, respectivamente, informaron que el dolor fue moderado o grave (Cuadro 1). Durante los 12 meses previos, el 12% de un total de 1,183 encuestadas sexualmente activas informaron que

CUADRO 1. Características selectas de las condiciones de dolor pélvico entre las mujeres de 25 a 54 años de edad en Hermosillo, México, 2005

Característica	Dolor menstrual†	Dolor relacionado con el coito‡	Dolor pélvico crónico§
TODAS LAS MUJERES (N=1,007)			
Con esta condición (%)	39.9 (36.9–43.0)	12.3 (10.5–14.4)	6.4 (5.1–8.0)
Intensidad del dolor (%)††			
Leve	15.5 (13.4–17.9)	6.7 (5.4–8.3)	2.4 (1.7–3.5)
Moderado	16.4 (14.2–18.9)	4.6 (3.6–6.1)	3.2 (2.3–4.4)
Grave	7.9 (6.3–9.7)	1.0 (0.6–1.8)	0.7 (0.3–1.4)
MUJERES CON ALGUNA CONDICIÓN (N=402)			
Edad de aparición de la condición (%)‡‡			
≤24 años	72.2	29.0	na
≥25 años	27.7	71.0	na
Mediana de edad desde los primeros síntomas‡‡	15.8 (DE=10.2)	5.8 (DE=6.3)	na

†En todas las mujeres que habían tenido al menos un período menstrual en los últimos 12 meses. ‡En las mujeres que habían tenido al menos una pareja sexual en los últimos 12 meses. §En las mujeres que no habían estado embarazadas en los 12 meses previos. ††No se dispone de datos sobre dos mujeres con dolor menstrual y dolor pélvico crónico. ‡‡No se dispone de datos sobre seis mujeres con dolor menstrual y sobre una mujer con dolor relacionado con el coito. Notas: A menos que se indique lo contrario, las cifras que se encuentran entre paréntesis corresponden a intervalos de confianza del 95%. na=no aplicable. DE=desviación estándar.

CUADRO 2. Porcentaje de mujeres con condiciones de dolor pélvico y cocientes de probabilidades sin ajustar (e intervalos de confianza del 95%), con probabilidad de padecer cada una de las condiciones obtenidos en los análisis de regresión logística, según las características seleccionadas, por condición

Característica	Dolor menstrual†			Dolor relacionado con el coito‡			Dolor pélvico crónico§		
	N	%	CP (IC 95%)	N	%	CP (IC 95%)	N	%	CP (IC 95%)
DEMOGRÁFICA									
Edad (años)									
25–34	450	45.3	1.50 (1.16–1.93)	436	17.4	2.04 (1.44–2.89)	397	10.3	2.45 (1.54–3.91)
≥35 (ref)	557	35.5	1.00	747	9.4	1.00	804	4.4	1.00
Estado civil									
Soltera	136	39.7	1.01 (0.69–1.47)	88	5.6	0.41 (0.1–1.04)	142	3.5	0.51 (0.20–1.31)
Casada/vive en pareja (ref)	792	39.4	1.00	1,026	12.6	1.00	941	6.6	1.00
Divorciada/separada/viuda	79	45.5	1.28 (0.81–2.05)	69	15.9	1.30 (0.66–2.55)	118	8.4	1.31 (0.65–2.63)
REPRODUCTIVA									
Edad del debut sexual (años)									
10–14	42	57.1	2.26 (1.20–4.26)	51	23.5	2.54 (1.28–5.02)	46	6.5	1.16 (0.35–3.09)
15–17	239	46.0	1.45 (1.07–1.47)	279	15.1	1.46 (0.98–2.17)	278	9.0	1.65 (0.99–2.74)
≥18 (ref)	686	37.0	1.00	852	10.8	1.00	834	5.6	1.00
No debutó sexualmente	40	35.0	0.91 (0.47–1.78)	na	na	na	43	4.7	0.81 (0.19–3.48)
Dato faltante	0			1			0		
Tipo de nacimiento									
Vaginal (ref)	524	38.3	1.00	41	10.7	1.00	661	6.5	1.00
Cesárea	258	40.7	1.10 (0.81–1.49)	662	15.9	1.58 (1.06–2.35)	272	6.2	0.95 (0.53–1.71)
Ambos	145	42.0	1.16 (0.80–1.69)	294	11.3	1.06 (0.63–1.78)	182	6.0	0.92 (0.46–1.83)
Nunca dio a luz	80	43.7	1.25 (0.77–2.01)	185	17.0	1.71 (0.73–4.00)	86	6.9	1.07 (0.44–2.61)
Dato faltante	0			1			0		
Uso de DIU									
Sí	107	45.8	1.30 (0.87–1.95)	110	20.0	1.91 (1.15–3.16)	103	6.8	1.07 (0.47–2.39)
No (ref)	900	39.2	1.00	1,073	11.5	1.00	1,098	6.3	1.00
Antecedentes de ITS/EIP									
Sí	126	57.9	2.31 (1.58–3.38)	153	24.1	2.71 (1.78–4.13)	151	16.5	3.80 (2.28–6.34)
No (ref)	880	37.2	1.00	1,028	10.5	1.00	1,049	4.9	1.00
Dato faltante	1			2			1		
Antecedentes de fibromas uterinos									
Sí	38	57.9	2.13 (1.10–4.11)	70	17.1	1.51 (0.79–2.88)	76	14.4	2.70 (1.36–5.36)
No (ref)	962	39.2	1.00	1,105	12.0	1.00	1,120	5.8	1.00
Dato faltante	7			8			5		
MÉDICA									
Antecedente de colitis									
Sí	321	50.4	1.91 (1.46–2.51)	393	17.8	2.08 (1.54–2.97)	402	8.7	1.71 (1.07–2.72)
No (ref)	683	34.7	1.00	787	9.4	1.00	796	5.3	1.00
Dato faltante	3			3			3		
Infecciones crónicas de las vías urinaria									
Sí	380	45.5	1.45 (1.12–1.89)	483	16.9	2.06 (1.45–2.92)	473	9.0	2.38 (1.28–3.24)
No (ref)	626	36.4	1.00	698	9.0	1.00	727	4.6	1.00
Dato faltante	1			2			1		
ANTROPOMÉTRICA									
Índice de masa corporal (kg/m²)									
<25	238	34.0	1.00	245	11.4	1.00	261	6.5	1.00
≥25	757	41.8	1.39 (1.03–1.89)	924	12.7	1.13 (0.73–1.75)	926	6.4	0.96 (0.55–1.68)
Dato faltante	12			14			14		
Estatura (cm)									
≤150	73	39.7	0.98 (0.60–1.60)	85	11.7	0.93 (0.47–1.84)	92	11.9	2.12 (1.07–4.17)
>150 (ref)	924	40.0	1.00	1,086	12.5	1.00	1,097	6.0	1.00
Dato faltante	10			12			12		

†En las mujeres que habían tenido su período menstrual en los últimos 12 meses.‡En las mujeres que habían tenido al menos una pareja sexual en los últimos 12 meses.§En las mujeres que no habían estado embarazadas en los 12 meses previos. Notas: ref=grupo de referencia. na=no aplicable. CP=Cociente de probabilidades. IC=Intervalo de Confianza.

sufrieron dolor durante el coito o dentro de las 24 horas posteriores, de las cuales el 6% describió su dolor como moderado o grave. De un total de 1,201 mujeres que no habían estado embarazadas durante los 12 meses previos, el 6% informó que sintió dolor pélvico constante o inter-

mitente durante seis meses o más; y el 4% describió los síntomas como graves o moderados. Más del 70% de las mujeres con dolor menstrual informó que el inicio del dolor se produjo antes de los 25 años. En contraste, la mayoría de las mujeres con dolor pélvico vinculado con el

CUADRO 3. Cocientes de probabilidades ajustados (e intervalos de confianza del 95%) obtenidos en múltiples análisis de regresión logística para identificar las asociaciones entre ciertas características y las condiciones de dolor pélvico, por condición

Característica	Dolor menstrual	Dolor relacionado con el coito	Dolor pélvico crónico
Edad (años)			
25–34	1.60 (1.22–2.10)	na	3.13 (1.90–5.13)
≥35 (ref)	1.00	na	1.00
Edad del debut sexual (años)			
10–14	2.30 (1.19–4.45)	2.61 (1.27–5.33)	na
15–17	1.46 (1.07–1.99)	1.26 (0.82–1.93)	na
≥18 (ref)	1.00	1.00	na
No debutó sexualmente	1.14 (0.55–2.33)	na	na
Antecedentes de ITS/EIP			
Sí	1.76 (1.17–2.64)	na	2.86 (1.64–5.00)
No (ref)	1.00	na	1.00
Edad x antecedente de ITS/EIP			
25–34 años x ITS/EIP	na	6.38 (3.40–11.90)	na
25–34 años x sin ITS/EIP	na	1.65 (1.09–2.49)	na
≥35 años x ITS/EIP	na	1.04 (0.53–2.07)	na
≥35 años x sin ITS/EIP (ref)	na	1.00	na
Estatura (cm)			
≤150	na	na	2.47 (1.21–5.02)
>150 (ref)	na	na	1.00
Antecedentes de colitis			
Sí	1.83 (1.37–2.44)	1.77 (1.21–2.59)	na
No (ref)	1.00	1.00	na
Infecciones crónicas de las vías urinarias			
Sí	na	1.83 (1.25–2.66)	1.86 (1.13–3.05)
No (ref)	na	1.00	1.00
Antecedente de fibromas uterinos			
Sí	na	na	3.05 (1.45–6.40)
No (ref)	na	na	1.00
IMC x antecedente de fibromas			
IMC ≥25 kg/m ² x fibromas	4.57 (1.93–10.80)	na	na
IMC ≥25 kg/m ² x sin fibromas	1.38 (0.99–1.93)	na	na
IMC <25 kg/m ² x fibromas	0.25 (0.02–2.17)	na	na
IMC <25 kg/m ² x sin fibromas (ref)	1.00	na	na

Notas: ref=grupo de referencia. na=no aplicable. EIP=enfermedad inflamatoria pélvica. IMC=índice de masa corporal

coito informó que había comenzado a sentir este dolor a los 25 años o más (71%). En promedio, entre las mujeres con dolor pélvico relacionado con la menstruación, la duración promedio de esta condición fue de 15.8 años (desviación estándar de 10.2 años); la duración media en las mujeres con dolor pélvico relacionado con el coito fue de 5.8 años (desviación estándar, 6.3 años).

Los cocientes de probabilidades sin ajustar para la asociación del dolor pélvico con las variables demográficas, reproductivas, antropométricas y médicas se muestran en el Cuadro 2 (página 25). El hecho de tener 25 a 34 años en el momento de la encuesta; de haber debutado sexualmente antes de los 18 años de edad; el tener antecedentes de ITS o enfermedad inflamatoria pélvica; el haber auto-reportado fibroma uterino, colitis, infección crónica de las vías urinarias; y tener un IMC alto (25 kg/m² o más) estuvieron asociados con un aumento de las probabilidades de

reportar dolor menstrual (índices de probabilidades: 1.4–2.3). Tener menos de 35 años de edad también estuvo asociado con mayores probabilidades de reportar dolor durante o después del coito, al igual que haber debutado sexualmente antes de los 15 años, haberse sometido a una cesárea, estar usando un DIU, tener antecedentes de ITS o de enfermedad inflamatoria pélvica, haber tenido colitis e infección crónica de las vías urinarias (1.6–2.7). Tener menos de 35 años de edad, tener antecedentes de ITS o de enfermedad inflamatoria pélvica, haber tenido fibromas, colitis, tener infecciones crónicas de las vías urinarias o tener una estatura de 150 cm o menos, estuvieron vinculados con mayores probabilidades de reportar dolor pélvico crónico (1.7–3.8).

Morbilidad ginecológica y riesgo de dolor pélvico

• **Dolor menstrual.** En los análisis ajustados, el hecho de ser más joven, haber debutado sexualmente antes de los 18 años, tener antecedentes de ITS o de enfermedad inflamatoria pélvica y haber auto-reportado colitis, aumentaron de forma independiente las probabilidades de sufrir dolor menstrual (cocientes de probabilidades: 1.5–2.3; Cuadro 3). Se observó una interacción entre los fibromas uterinos y el IMC: las mujeres con fibromas y un IMC alto (25 kg/m² o más) presentaron probabilidades de sufrir dolor menstrual 4.6 veces más altas que las mujeres sin fibromas y con un IMC inferior a 25 kg/m².

• **Dolor pélvico durante o después del coito.** La probabilidad de que las mujeres con un debut sexual temprano (entre los 10 y los 14 años) sufran dolor pélvico relacionado con el coito fue significativamente mayor que en aquellas que debutaron sexualmente a los 18 años o más (cociente de probabilidad ajustado: 2.6). La colitis auto-reportada y las infecciones crónicas de las vías urinarias auto-reportadas estuvieron asociadas a un mayor riesgo de sufrir dolor durante y después del coito (1.8 en cada caso). Además, se observó una interacción entre la edad y los antecedentes de ITS o de enfermedad inflamatoria pélvica: las mujeres de 25 a 34 años con antecedentes de ITS o de enfermedad inflamatoria pélvica presentaron probabilidades ajustadas de reportar dolor relacionado con el coito 6.4 veces más altas en comparación con las mujeres de mayor edad sin antecedentes de ITS o de enfermedad inflamatoria pélvica, mientras que las mujeres de la misma edad sin antecedentes de ITS o de enfermedad inflamatoria pélvica presentaron probabilidades ajustadas de 1.65.

• **Dolor pélvico crónico.** En los análisis ajustados, las mujeres menores de 35 años de edad y aquellas con antecedentes de ITS o de enfermedad inflamatoria pélvica, con menor estatura, infecciones crónicas de las vías urinarias o antecedentes de fibromas, presentaron mayores probabilidades de dolor pélvico crónico que las mujeres sin estas características (índices de probabilidades: 1.9–3.1).

• **Interferencia del dolor con la vida diaria y uso de los recursos de servicios de salud por las mujeres.** Aproximadamente entre una quinta y una cuarta parte de las mujeres

dijeron que el dolor menstrual y el dolor pélvico crónico interferían con sus actividades laborales y domésticas (Cuadro 4). El año anterior a la encuesta, el 40% de las mujeres con dolor pélvico crónico, el 25% de las mujeres con dolor pélvico relacionado con la menstruación y el 23% de las mujeres con dolor pélvico durante o después del coito habían consultado a un médico sobre su condición, incluso aun cuando casi el 70% de las mujeres de cada grupo informaron tener seguro médico público o privado. Durante el año previo, el 59% de las mujeres con dolor menstrual, el 47% de aquellas con dolor vinculado con el coito y el 64% de aquellas con dolor pélvico crónico informaron haberse automedicado o administrado analgésicos recetados.

• **Dolor pélvico concurrente.** En nuestra población de estudio, el 36% de las mujeres experimentaron algún tipo de dolor pélvico (Cuadro 5). Muchas mujeres informaron que tenían múltiples tipos de dolor pélvico. De esta forma, encontramos que el 30% de las mujeres con dolor menstrual informaron tener dolor relacionado con el coito o dolor pélvico crónico o ambos, mientras que el 70% de las mujeres con dolor relacionado con el coito o con dolor pélvico crónico informaron tener otras condiciones de dolor pélvico (no mostradas en el cuadro).

ANÁLISIS

Este estudio es uno de los primeros en evaluar la carga del dolor pélvico para las mujeres en edad reproductiva, en una muestra representativa del norte de México. Encontramos que el dolor pélvico es una condición común entre las mujeres adultas mexicanas; con un 40% habiendo reportado dolor menstrual; casi una de cada ocho, dolor pélvico durante o después del coito; y una de cada 16, dolor pélvico crónico.

La proporción de mujeres en este estudio que reportaron dolor menstrual en los 12 meses previos a la entrevista, es comparable con la proporción registrada por las mujeres adultas tanto de Estados Unidos como de los países en vías de desarrollo.^{9,10} Asimismo, la proporción de mujeres con dolor durante o dentro de las 24 horas posteriores al coito es similar al 16% reportado por Laumann y colegas en una encuesta nacional basada en la población de Estados Unidos;⁴ también se encuentra dentro del rango encontrado en una revisión sistemática de reportes de dolor pélvico realizada por la OMS.⁹ La proporción de mujeres que dijeron tener dolor pélvico crónico también coincide con el rango reportado en el estudio de la OMS (4–43%).

Ciertos factores de riesgo fueron comunes en las tres categorías de dolor pélvico, específicamente en las mujeres menores de 35 años y con antecedentes de ITS o de enfermedad inflamatoria pélvica. Los síntomas genitourinarios fueron factores de riesgo tanto para el dolor vinculado con el coito como con el dolor pélvico crónico, mientras que el debut sexual a temprana edad y la colitis fueron factores de riesgo comunes para el dolor menstrual y el dolor vinculado con el coito. Estos hallazgos son consistentes con

CUADRO 4. Distribución porcentual de mujeres con condición de dolor pélvico que informaron sobre algunas consecuencias selectas de su dolor, por condición

Característica	Dolor menstrual†	Dolor relacionado con el coito	Dolor pélvico crónico
El dolor interfiere con las actividades laborales (N=335)			
Sí	26.0	9.8	21.9
No	74.0	90.2	78.1
El dolor interfiere con sus actividades en el hogar y sociales (N=402)			
Sí	23.6	8.9	20.8
No	76.4	91.1	79.2
Alguna vez habló con un médico al respecto (N=402)			
Sí	25.1	22.6	40.3
No	75.0	77.4	59.7
Tomó un analgésico (N=402)			
Sí	59.0	47.3	63.6
No	41.0	52.7	36.4
Tiene seguro médico (N=399)			
Sí	70.4	67.6	70.1
No	29.6	32.4	29.9
Total	100.0	100.0	100.0

Notas: Las cantidades difieren debido a que las variables no se aplicaron a todas las mujeres y a que algunas mujeres no respondieron a todas las preguntas. Los porcentajes posiblemente no sumen un total de 100.0 debido al redondeo.

los que se obtuvieron en otros estudios, que han documentado que las mujeres con un tipo de dolor pélvico tienden a padecer otro de los tipos de dolor; y que estas condiciones están relacionadas con la presencia de trastornos intestinales,⁸ síntomas genitourinarios⁸ e ITS o enfermedad inflamatoria pélvica.^{4,23}

Los antecedentes de fibromas uterinos aparecieron como un factor de riesgo tanto para el dolor pélvico crónico como para el dolor menstrual. Aunque algunos estudios sobre la relación entre un IMC alto y el dolor menstrual han arrojado resultados contradictorios,^{25,26} nuestros datos indican que un IMC alto es un factor de riesgo para el dolor menstrual, principalmente en mujeres

CUADRO 5. Distribución porcentual de mujeres, por número y tipo de condición de dolor pélvico

Número y tipo	(N=1,307)
Una condición	26.8
Dolor menstrual	21.6
Dolor relacionado con el coito	3.5
Dolor pélvico crónico	1.7
Dos condiciones	7.8
Dolor menstrual y dolor relacionado con el coito	5.4
Dolor menstrual y dolor pélvico crónico	1.9
Dolor relacionado con el coito y dolor pélvico crónico	0.5
Las tres condiciones	1.8
Ninguna condición	63.6
Total	100.0

con antecedentes de fibromas uterinos. En estudios previos, se ha documentado una vía endocrina,^{27,28} donde la obesidad produjo cambios hormonales que pueden aumentar el riesgo, la cantidad y el tamaño de los fibromas. La presencia de fibromas ha estado relacionada con hemorragias abundantes y presión o dolor pélvico.^{27,28} Aunque el dolor relacionado con el coito también estuvo vinculado con fibromas uterinos en otros estudios poblacionales,²⁹ no observamos asociación alguna en nuestra muestra.

En este estudio, el debut sexual a temprana edad fue un factor de riesgo tanto para el dolor menstrual como para el dolor relacionado con el coito. El abuso sexual, que está asociado al debut sexual a temprana edad,^{30,31} puede explicar parte de esta relación. Hemos informado en otro documento que el dolor relacionado con el coito está vinculado con el abuso sexual en la niñez y con la violación.³² Según otros estudios, los trastornos ginecológicos tales como el dolor menstrual, la hemorragia menstrual excesiva y la disfunción sexual están asociadas con algún antecedente de violación.³³ Algunas investigaciones indican que existe una asociación entre los antecedentes de abuso sexual en la niñez y el dolor menstrual y el dolor pélvico crónico.^{23,34}

Hasta donde sabemos, no se ha reportado en estudios previos la asociación entre la estatura baja (150 cm o menos) y el dolor pélvico crónico. La estatura baja, que puede ser el resultado de factores genéticos o ambientales, puede guardar correlación con una pelvis angosta.³⁵ Las consecuencias perinatales adversas son más comunes en mujeres cuya pelvis es angosta y en mujeres de baja estatura,^{35,36} pero existen pocos datos centrados en el efecto del embarazo y el nacimiento sobre los trastornos de dolor pélvico.³⁷ Es necesario dedicar mayor atención al impacto a largo plazo que produce la lesión obstétrica vinculada con la baja estatura sobre la salud ginecológica de las mujeres.

Muchas mujeres presuponen que el dolor menstrual es normal e intentan reducir su efecto en la vida diaria bebiendo té caliente, colocando una almohadilla de calor en el área abdominal inferior o tomando algún analgésico.³⁸ No se dispone de información análoga sobre las rutinas de salud seguidas por las mujeres con dolor relacionado con el coito y el dolor pélvico crónico. Dado que las conversaciones sobre sexualidad son mal vistas en la cultura de América Latina, es probable que las mujeres mexicanas eviten hablar con sus médicos sobre los problemas relacionados con su salud sexual. La sexualidad es un tema privado; por lo tanto, es muy poco probable que las mujeres revelen alguna disfunción relacionada con la actividad sexual debido a una fuerte sensación de vergüenza.^{39,40} Las normas culturales que rodean las prácticas sexuales pueden afectar de forma negativa la salud sexual de las mujeres debido a que esto puede evitar que las mujeres reciban información sobre salud sexual y que se inhiban a la hora de comunicar problemas sexuales a sus parejas sexuales⁴¹ y a los prestadores de servicios de

salud.^{40,42} Por lo tanto, no es sorprendente que, a pesar de que el dolor vinculado con el coito ha afectado a nuestras encuestadas durante un promedio de seis años, sólo una de cinco mujeres había hablado con su médico sobre esta condición el año anterior a la encuesta.

En comparación con las mujeres que sufren dolor menstrual y dolor relacionado con el coito, una proporción considerablemente más alta de mujeres con dolor pélvico crónico reportó haber hablado con un médico, haber recibido un diagnóstico y haber usado un analgésico. La naturaleza crónica y la gravedad de esta patología pélvica puede explicar por qué fue más probable que las mujeres buscaran ayuda médica e informaran que el dolor interfería con su trabajo y actividades sociales. Previamente se había informado sobre hallazgos similares.^{6,8}

Dado que una mujer puede sufrir más de un tipo de dolor pélvico y que estos trastornos normalmente son difíciles de diagnosticar, los programas de salud reproductiva en México deben abordar la complejidad de la evaluación clínica de los síntomas de dolor pélvico. Debido a que sabemos que los prestadores de servicios de salud generalmente esperan que las mujeres revelen los problemas sobre su salud sexual en lugar de preguntarles directamente, sugerimos una práctica médica más proactiva en cuanto a la valoración del dolor pélvico, especialmente a la hora de evaluar el dolor relacionado con el coito. En los países en vías de desarrollo se están realizando cada vez mayores esfuerzos por abordar el dolor y la morbilidad asociados con dos de los eventos reproductivos más comunes en las vidas de las mujeres: la menstruación y el coito.

Está claro que la agenda sobre salud reproductiva de México debe ampliarse para incluir morbilidades ginecológicas tales como el dolor pélvico. Dado el nivel de cobertura de los programas de salud reproductiva del norte de México, esta región sería un lugar apropiado para implementar un programa piloto que detectara y tratara las morbilidades ginecológicas. Estudios adicionales sobre las relaciones potenciales entre la obesidad, los fibromas uterinos y el dolor menstrual están plenamente justificados en el contexto mexicano, dada la alta prevalencia de obesidad entre las mujeres en edad reproductiva de este país.⁴³

Este estudio transversal se centra en la evaluación de la prevalencia en 12 meses de tres condiciones de dolor pélvico. Futuras investigaciones en México deben considerar los factores asociados a la incidencia, especialmente la incidencia conjunta de las múltiples condiciones ginecológicas relacionadas con el dolor en las mujeres, dada la frecuencia de sus ocurrencias concomitantes. Es muy importante identificar los casos que representan el dolor sin una causa orgánica. Además es necesario reunir mayor información en el contexto mexicano sobre el comportamiento saludable de las mujeres, debido a que no se dispone de información suficiente sobre las estrategias de las mujeres para disminuir el efecto del dolor pélvico en la vida cotidiana. Estudios cualitativos permitirían la carac-

terización de las prácticas de auto-cuidado y auto-medication que utilizan las mujeres para estas condiciones.

Este estudio presenta algunas limitaciones. Las condiciones auto-reportadas no fueron validadas por un examen clínico o una revisión de la historia clínica. Sin embargo, contamos con un índice de respuesta alto, utilizamos un cuestionario validado y nuestros hallazgos concordaron con las relaciones esperadas. Este estudio llena un espacio vacío importante en nuestro conocimiento sobre el estado de salud ginecológica y las necesidades de las mujeres mexicanas. Es el primero en brindar datos poblacionales sobre la frecuencia de las tres condiciones de dolor pélvico y los factores de riesgo asociados, destacando la alta proporción de mujeres en México que no han consultado a su médico acerca de sus condiciones. Los hallazgos de este estudio ilustran la importancia de atender las quejas ginecológicas de las mujeres dentro de un contexto de salud más amplio.

REFERENCIAS

1. Cottingham J y Myntti C, Reproductive health: conceptual mapping and evidence, en: Sen G, George A y Ostlin P, eds., *Engendering International Health: The Challenge of Equity*, Cambridge, MA, EEUU: MIT Press, 2002, pp. 85-109.
2. AbouZahr C y Vaughan JP, Assessing the burden of sexual and reproductive ill-health: questions regarding the use of disability-adjusted life years, *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 2000, 78(5):655-666.
3. Consejo Nacional de Población (CONAPO), *Cuadernos de Salud Reproductiva, República Mexicana*, Distrito Federal, México: CONAPO, 2000.
4. Laumann EO, Paik A y Rosen RC, Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors, *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281(6):537-544.
5. Zondervan KT et al., The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behaviour, *British Journal of General Practice*, 2001, 51(468):541-547.
6. Mathias SD et al., Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates, *Obstetrics & Gynecology*, 1996, 87(3):321-327.
7. Kjerulff KH, Erickson BA y Langenberg PW, Chronic gynecological conditions reported by U.S. women: findings from the National Health Interview Survey, 1984 a 1992, *American Journal of Public Health*, 1996, 86(2):195-199.
8. Zondervan KT et al., Chronic pelvic pain in the community—symptoms, investigations, and diagnoses, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2001, 184(6):1149-1155.
9. Latthe P et al., WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity, *BMC Public Health*, 2006, Vol. 6, Art. 177.
10. Harlow SD y Campbell OM, Epidemiology of menstrual disorders in developing countries: a systematic review, *BJOG*, 2004, 111(1):6-16.
11. Rosales-Delgado J, Gonzalez-Sicilia C y Aedo-Ocaña O, Hallazgos laparoscópicos de endometriosis en mujeres con dismenorrea, dolor pélvico y esterilidad: informe preliminar, *Ginecología y Obstetricia de México*, 1994, 62:389-394.
12. Pawlowski B, Prevalence of menstrual pain in relation to the reproductive life history of women from the Mayan rural community, *Annals of Human Biology*, 2004, 31(1):1-8.
13. Pedron-Nuevo N et al., Frecuencia de la dismenorrea y síntomas asociados en mujeres de 12 a 24 años, *Ginecología y Obstetricia de México*, 1998, 66(12):492-494.
14. Rojas-Poceros G et al., Perspectivas y alcances de la endoscopia ginecológica en el hospital ABC: revisión de 10 años, *Perinatología y Reproducción Humana*, 2001, 15(4):229-237.
15. Carranza Lira S et al., Hallazgos laparoscópicos en pacientes con dolor pélvico crónico y dismenorrea, *Ginecología y Obstetricia de México*, 1994, 62:82-84.
16. CONAPO, *Índices de Marginación*, 2005, Distrito Federal: CONAPO, 2005, p. 52.
17. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), *Conteo de Población y Vivienda 2005*, <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/conte02005/datos/26/pdf/cpv26_pob_2.pdf>, consultado el 17 de diciembre de 2009.
18. CONAPO, *Prontuario Demográfico 2008: Indicadores Demográficos 2006-2012*, <<http://www.conapo.gob.mx/prontuario2008/02.pdf>>, consultado el 17 de diciembre de 2009.
19. CONAPO, *Prontuario Demográfico 2008: Salud Reproductiva y Planificación Familiar 2006*, <<http://www.conapo.gob.mx/prontuario2008/02.pdf>>, consultado el 17 de diciembre de 2009.
20. Tamez S y Molina N, The context and process of health care reform in Mexico, en: Fleury S, Belmartino S y Baris E, eds., *Reshaping Health Care in Latin America: A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil, and Mexico*, Montreal, QC, Canada: International Development Research Center, 2000, pp. 133-153.
21. INEGI, *II Conteo de Población y Vivienda 2005*, <<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/soc/sis/sisep/default.aspx?t=msoc02&s=est&c=1880>>, consultado el 28 de mayo de 2010.
22. Gobierno del Estado de Sonora, *Anuario Estadístico 2003*, <<http://www.saludsonora.gob.mx/descargas/estadisticas/AnuarioEstadistic02003.swf>>, consultado el 28 de mayo de 2010.
23. Latthe P et al., Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review, *BMJ*, 2006, 332(7544):749-755.
24. García-Pérez MH, The impact of gynecological morbidity on women's quality of life in northern region of Mexico, *disertación no publicada*, Ann Arbor, MI, EEUU: University of Michigan, 2006.
25. Sundell G, Milsom I y Andersch B, Factors influencing the prevalence and severity of dysmenorrhoea in young women, *BJOG*, 1990, 97(7):588-594.
26. Harlow SD y Park M, A longitudinal study of risk factors for the occurrence, duration and severity of menstrual cramps in a cohort of college women, *BJOG*, 1996, 103(11):1134-1142.
27. Marshall LM et al., Risk of uterine leiomyomata among premenopausal women in relation to body size and cigarette smoking, *Epidemiology*, 1998, 9(5):511-517.
28. Stewart EA, Uterine fibroids, *Lancet*, 2001, 357(9252):293-298.
29. Lippman SA et al., Uterine fibroids and gynecologic pain symptoms in a population-based study, *Fertility and Sterility*, 2003, 80(6):1488-1494.
30. Hindin MJ y Fatusi AO, Adolescent sexual and reproductive health in developing countries: an overview of trends and interventions, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2009, 35(2):58-62.
31. Wu ZH, Berenson AB y Wiemann CM, A profile of adolescent females with a history of sexual assault in Texas: familial environment, risk behaviors, and health status, *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 2003, 16(4):207-216.
32. García-Pérez H y Harlow SD, Cuando el coito produce dolor: una exploración de la sexualidad femenina en el norte de México, *Salud Pública de México*, 2010, 52(2):148-155.
33. Golding JM, Wilsack SC y Learman LA, Prevalence of sexual assault history among women with common gynecologic symptoms, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1998, 179(4):1013-1019.
34. Lampe A et al., Chronic pain syndromes and their relation to childhood abuse and stressful life events, *Journal of Psychosomatic Research*, 2003, 54(4):361-367.
35. Camilleri AP, The obstetric significance of short stature, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 1981, 12(6):

347–356.

36. Kappel B et al., Short stature in Scandinavian women. An obstetrical risk factor, *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 1987, 66(2):153–158.

37. Mens JM et al., Understanding peripartum pelvic pain. Implications of a patient survey, *Spine*, 1996, 21(11):1363–1369.

38. Denman Champion CA, *Mujeres, Maquila y Embarazo. Prácticas de Atención de Madres-Trabajadoras en Nogales, Sonora, México*, Hermosillo, México: Colegio de Sonora, 2008.

39. Amuchástegui A y Rivas M, Construcción subjetiva de ciudadanía sexual en México: género, heteronormatividad y ética, en: Szasz I y Salas G, eds., *Sexualidad, Derechos Humanos y Ciudadanía. Diálogos Sobre un Proyecto en Construcción*, Distrito Federal, México: Colegio de México, 2008, pp. 57–133.

40. Davila YR, The social construction and conceptualization of sexual health among Mexican American women, *Research and Theory for Nursing Practice*, 2005, 19(4):357–368.

41. Amuchástegui A, Saber o no saber sobre sexo: los dilemas de la actividad sexual femenina para jóvenes mexicanos, en: Szasz I y Lerner

S, eds., *Sexualidad en México: Algunas Aproximaciones Desde la Perspectiva de las Ciencias Sociales*, Distrito Federal, México: Colegio de México, 2005, pp. 107–135.

42. Hirsch JS et al., The social constructions of sexuality: marital infidelity and sexually transmitted disease–HIV risk in a Mexican migrant community, *American Journal of Public Health*, 2002, 92(8):1227–1237.

43. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006: Resultados por Entidad Federativa*, Sonora, México: INSP, 2007.

Agradecimientos

Este artículo está basado en la investigación respaldada por el subsidio D43 TW01276 de los Institutos Nacionales de Salud/Fogarty International Center y el subsidio 1000-1241 de la Fundación Ford.

Contacto con la autora:

hilda.garcia@asu.edu

OTRAS PUBLICACIONES DEL GUTTMACHER INSTITUTE DISPONIBLES EN ESPAÑOL

RESUMEN EJECUTIVO

Haciendo cuentas—costos y beneficios de invertir en planificación familiar y en salud materna y neonatal

EN RESUMEN

Datos sobre la inversión en planificación familiar y en salud materna y neonatal en Latinoamérica y el Caribe

Datos sobre el aborto y el embarazo no planeado en América Latina y el Caribe

Datos sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres adolescentes en el mundo en desarrollo

Datos sobre la satisfacción de la necesidad anticonceptiva en los países en desarrollo



PRÓXIMAMENTE EN SEPTIEMBRE

INFORME

Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias

Estas y otras publicaciones en español están disponibles en el sitio web del Guttmacher Institute:
<http://www.guttmacher.org/sections/sp/index.php>