

FRECUENCIA DEL COITO Y CALCULO DEL NUMERO DE MESES DE PROTECCION POR PAREJA EN OCHO PAISES LATINOAMERICANOS

*María Antonieta Pineda,¹ José David Araya Z.,² Jane T. Bertrand,³
Margarita Suazo,⁴ Luis Rosero Bixby,⁵ Lilia Inés Cuervo,⁶
Eucaris E. Espino L.,⁷ Claudia Infante,⁸ Alfredo Roche Grijalva⁹
y Ramón Luna Liriano¹⁰*

INTRODUCCION

Con el aumento de los programas de planificación familiar en todo el mundo, ha crecido el interés por simplificar la reunión de datos estadísticos de los servicios, usados para evaluar esos programas. En realidad, la necesidad de simplificar las estadísticas impulsó a cuatro asociaciones privadas de planificación familiar de la región latinoamericana del Caribe a unir sus esfuerzos en la búsqueda de una solución común para este problema. En el último trimestre de 1980, los directores ejecutivos de las asociaciones de planificación familiar de El Salvador, Guatemala, Honduras y la República Dominicana crearon un Comité

Técnico de Evaluación (una comisión asesora sobre evaluación). Este grupo, constituido por el jefe de investigaciones y evaluación de cada asociación, se reunió por primera vez en enero de 1981 para analizar medios de simplificar la reunión y procesamiento de datos y estadísticas de los servicios en esos cuatro países.

El resultado más importante de la reunión fue la decisión de sustituir la vigilancia de usuarios nuevos y activos por la determinación del número de meses de protección por pareja (NMPP), como instrumento fundamental para evaluar la distribución de los programas

¹ Asociación pro-Bienestar de la Familia de Guatemala, División de Investigaciones y Evaluación, Guatemala, Guatemala.

² Asociación Demográfica Salvadoreña, Sección de Investigaciones, Planificación y Evaluación, San Salvador, El Salvador.

³ Universidad de Tulane, Departamento de Ciencias Aplicadas de la Salud, New Orleans, Louisiana, EUA.

⁴ Asociación Hondureña de Planificación de la Familia, División de Evaluación, Tegucigalpa, Honduras.

⁵ Asociación Demográfica Costarricense, Departamento de Investigaciones Sociodemográficas, San José, Costa Rica.

⁶ Federación Internacional de Planificación de la Familia, Oficina Regional para el Hemisferio Occidental, New York. Dirección postal: 902 Broadway, New York, NY 10010, EUA.

⁷ Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia, Panamá, Panamá.

⁸ Asociación Mexicana para la Planificación Familiar, Departamento de Investigaciones y Evaluación, México, DF, México.

⁹ Asociación Demográfica Nicaragüense, Estadísticas y Evaluación, Managua, Nicaragua.

¹⁰ Asociación Dominicana pro-Bienestar de la Familia, Santo Domingo, República Dominicana.

dirigidos a la comunidad en cada país.¹¹ Un problema que se presentó con respecto a las estadísticas del NMPP se relacionó con los factores de conversión usados para calcularlo. Este cálculo se basa en el volumen de contraceptivos vendidos (o distribuidos gratuitamente), que luego se convierte en una estimación del tiempo que estará protegida de embarazos la pareja que los usa.¹² Específicamente, a cada método contraceptivo se le asigna un factor de conversión equivalente al promedio de tiempo durante el cual una "aplicación" del método teóricamente protege a una pareja. En el caso de ciertos métodos temporales (incluidos la espuma y crema contraceptivas, las tabletas vaginales y los preservativos), el cálculo del NMPP requiere una estimación de la frecuencia del coito para determinar el factor de conversión apropiado.

En la literatura concerniente al cálculo del NMPP se recomienda que los administradores de los programas usen datos locales sobre la frecuencia del coito para calcular la duración media de la protección que proporciona cada método. Sin embargo, a menudo los factores de conversión se basan en "estimaciones eruditas" o cifras tomadas de otros países (que, a su vez, pueden ser estimaciones eruditas), ya que en la mayoría de los casos no se dispone con facilidad de información sobre la frecuencia del coito. En

los programas de planificación familiar, en gran parte basados en el empleo de píldoras y dispositivos intrauterinos (DIU), los datos sobre la frecuencia del coito son de mínima importancia, pero, a medida que aumenta el porcentaje de usuarios de otros métodos, crece esa importancia.

En el momento de la primera reunión del Comité Técnico, la Federación Internacional de Planificación de la Familia/Oficina Regional para el Hemisferio Occidental (FIPF/RHO) recomendó el empleo de factores de conversión basados en el supuesto de una frecuencia de 100 relaciones sexuales al año (o 8,3 al mes) (1). Los factores de conversión indicados por los Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos de América (CDC) variaban ligeramente según el método, de acuerdo con el supuesto de que el número de relaciones fluctuaba entre 80 y 100 al año; en el caso de los preservativos, la cifra estimada era de 100 relaciones al año (2). En síntesis, tanto la FIPF/RHO como los CDC estimaban un número aproximado de 100 relaciones al año. Al tomar la decisión de adoptar el sistema del NMPP, los integrantes del Comité Técnico pretendían una mayor seguridad de que los factores de conversión (y, más específicamente, las hipótesis básicas sobre la frecuencia del coito) eran realmente apropiados para la región.

En 1981 se efectuó en cuatro países (El Salvador, Guatemala, Honduras y la República Dominicana) un estudio inicial, que sirvió como prueba preliminar para la investigación a que se refiere este artículo y en el cual se usó una metodología uniforme (este trabajo no ha sido publicado). Se informaron los resultados en una reunión posterior del Comité Técnico en octubre de 1981, cuando dicho Comité ya se había ampliado para incluir representantes de asociaciones privadas de planificación fami-

¹¹ De hecho, tres de los cuatro países pusieron en práctica esta decisión antes de que se cumpliera un año.

¹² El NMPP es análogo al número de años de protección por pareja (NAPP; es decir, el NMPP dividido por 12 (meses) equivale al NAPP). El concepto de NAPP fue introducido por primera vez por S. M. Wishik y K. Chen en su obra *Couple Years of Protection: A Measure of Family Planning Program Output*, Nueva York, Instituto Internacional de Estudio de la Reproducción Humana, Universidad de Columbia, 1973.

liar de Costa Rica, México, Nicaragua y Panamá. En esta reunión el Comité decidió llevar a cabo la encuesta aquí descrita. El propósito específico de este estudio era determinar el promedio de relaciones sexuales semanales de usuarias de las clínicas de planificación familiar e identificar factores relacionados con la frecuencia del coito. Además, los investigadores esperaban descubrir en qué medida los países de la región son similares en cuanto a la frecuencia del coito (es decir, ¿sería válido usar una sola cifra para la frecuencia del coito al calcular el NMPP en los distintos países en cuestión?).

Además del valor de la información que proporciona, este estudio tiene el mérito de constituir uno de los ejemplos más fructíferos de investigación sobre planificación familiar con la colaboración de varios países. Por otra parte, se realizó la labor sin fondos de origen externo; cada una de las asociaciones contribuyó con tiempo y recursos de personal a este esfuerzo conjunto, que resultó en la obtención de datos comparables correspondientes a ocho países.

MATERIAL Y METODOS

La población estudiada comprendía a mujeres no esterilizadas que estaban usando los servicios clínicos de las asociaciones de planificación familiar participantes, y que concurrían a las clínicas en un período específico para reabastecerse de contraceptivos o someterse a revisión médica.

El primer paso para definir la muestra consistió en seleccionar las clínicas que se incluirían. En seis de los ocho países se incluyeron todas las clínicas que suministraban servicios de contracepción en el momento de la encuesta: El Salvador (cuatro clínicas), Guatemala (cinco),

Honduras (dos), Nicaragua (una), Panamá (dos) y República Dominicana (una).

En Costa Rica y México era mucho mayor el total de clínicas que prestaban esos servicios y, por consiguiente, se seleccionó al azar una muestra probabilística (15 clínicas en Costa Rica y 11 en México).

El tamaño deseado de la muestra de cada país era de 500 usuarias. Suponiendo que el porcentaje de mujeres que rehusarían responder al interrogatorio podría llegar al 10%, se decidió intentar entrevistar a 550 mujeres en cada país. Con este propósito, se fijó un período durante el cual se entrevistaría a todas las mujeres que concurrieran a las clínicas seleccionadas y que reunieran las condiciones establecidas. En el caso de que existiera más de una clínica en el país, el período sería el mismo en cada una de ellas. Con esto se pretendía conseguir una muestra autoponderada pues, suponiendo que las fechas del calendario y la frecuencia del coito son hechos independientes (no existen fluctuaciones estacionales), se garantizaría la obtención de una muestra aleatoria de la población de las clínicas.

Se determinó la duración del estudio en cada país de acuerdo con la cantidad de mujeres que concurrían a las clínicas, sin tener en cuenta el número de estas. Por ejemplo, en Guatemala había aproximadamente 27 600 usuarias que utilizaron las cinco clínicas durante el año anterior al estudio y son 250 los días laborables en un año. En consecuencia, se estimó que cada día se atendía un promedio de 110 mujeres (27 600 dividido por 250). Para contar con 550 mujeres que reunieran las condiciones estableci-

RESULTADOS

das, se programó la reunión de datos durante un período de cinco días.

Se aplicó el mismo procedimiento en los demás países. En el caso de Costa Rica, se descubrió que las estadísticas de los servicios existentes subestimaban el número real de usuarias y, por consiguiente, la muestra obtenida se elevó a 826 mujeres. En Panamá, hubo que excluir a 133 de un total de 450 usuarias escogidas porque se había incluido inadvertidamente a mujeres que habían sido esterilizadas o que no usaban un método contraceptivo; el tamaño de la muestra resultante fue de 317 usuarias. En los países restantes el número total de entrevistadas varió entre 491 en la República Dominicana y 559 en México.

En cuatro de los ocho países (El Salvador, Guatemala, México y Panamá), los médicos que atendían a las usuarias obtuvieron la información durante la consulta. En Honduras, Nicaragua y la República Dominicana, las mujeres fueron entrevistadas por personal paramédico (enfermeras, trabajadores sociales o educadores). En Costa Rica, un médico o una enfermera efectuaron la mayoría de las entrevistas, aunque en algunos casos la obtención de los datos estuvo a cargo de personal auxiliar.

El personal que participó en el estudio fue informado de los objetivos que se perseguía y recibió instrucciones detalladas acerca de cómo se llenaban los formularios; también contó con la supervisión del representante del Comité en cada país.

En todos los países, excepto Panamá, se reunieron datos entre junio y septiembre de 1982. A causa de un movimiento anterior de personal, la asociación panameña de planificación familiar efectuó su estudio en 1984.

Los datos corresponden a mujeres no esterilizadas que concurrían a las clínicas de las asociaciones de planificación familiar para una consulta médica o reabastecerse de algún contraceptivo.

Perfil de la población estudiada

El promedio de edad de las mujeres fluctuaba entre los 26 y 30 años en los ocho países (cuadro 1) y la media en la muestra total fue de 27 años. Más del 90% de las mujeres en cada país estaban casadas o vivían en unión consensual, excepto en la República Dominicana donde el 12% informó que no tenía compañero.

El nivel de educación de las entrevistadas varió según el país. En cuatro de los países (Guatemala, Honduras, México y Nicaragua) era similar la situación educativa y del 26 al 30% de las mujeres habían alcanzado niveles de instrucción superiores a la escuela primaria. En Costa Rica, El Salvador y la República Dominicana ese porcentaje era ligeramente mayor (37 a 44%), mientras que en Panamá el 87% de las mujeres tenían una escolaridad superior al nivel primario.

Los métodos contraceptivos más usados eran las píldoras y el DIU, seguidos con una frecuencia mucho menor por los preservativos, inyecciones y espermicidas. En Costa Rica, El Salvador y Nicaragua el principal método era la píldora, mientras que el DIU era el método más frecuente en Guatemala, Honduras, México, Panamá y la República Dominicana.

Frecuencia del coito

La pregunta clave acerca de la frecuencia del coito se formuló de dos maneras diferentes: "En general, ¿cuán-

CUADRO 1. Perfil de la población estudiada

	Total (n=4 332)	Costa Rica (n=826)	El Salvador (n=504)	Guatemala (n=553)	Honduras (n=532)	México (n=559)	Nicaragua (n=550)	Panamá (n=317)	República Dominicana (n=491)
<i>Edad:</i>									
15-19	8,6	9,8	10,1	7,1	6,8	6,1	8,5	9,8	11,2
20-24	32,1	28,9	37,1	28,9	36,8	21,6	32,2	35,3	40,7
25-29	29,1	27,8	23,6	29,8	30,8	24,3	34,2	34,4	30,7
30-34	16,8	17,2	15,7	20,1	16,7	18,6	16,7	15,5	12,5
35-39	7,9	9,4	5,4	9,3	7,0	15,9	6,9	2,5	3,1
40-44	3,3	4,2	3,6	3,1	1,1	8,8	1,3	0,9	1,8
45-49	2,1	2,8	4,6	1,8	0,8	4,7	0,2	1,6	0,0
Edad media	27,1	27,5	26,9	27,7	26,2	30,2	26,3	25,8	25,1
<i>Estado civil:</i>									
Casadas	50,7	68,3	31,2	51,2	35,4	86,1	40,0	52,1	28,2
Unión consensual	44,1	23,8	66,7	47,9	61,4	11,9	50,2	46,7	59,9
Solteras	4,1	6,7	0,4	0,5	2,1	0,4	9,6	0,0	10,6
Viudas, separadas, divorciadas	1,1	1,2	1,8	0,4	1,1	1,6	0,2	1,3	1,2
<i>Edad del compañero^a</i>									
15-19	1,3	— ^b	1,0	1,1	0,8	1,1	2,0	1,6	1,7
20-24	17,3	—	22,6	16,6	16,3	13,1	18,7	19,2	15,6
25-29	27,3	—	24,2	26,2	29,1	21,2	31,8	30,9	29,4
30-34	24,3	—	21,0	25,3	25,9	21,9	24,2	26,2	26,3
35-39	14,4	—	12,5	14,5	14,8	18,2	12,2	13,2	14,8
40-44	7,5	—	5,4	7,1	7,3	13,7	5,8	5,7	6,9
45-49	4,2	—	4,8	4,3	3,4	7,8	3,6	0,9	3,1
50 o más	3,6	—	8,5	4,9	2,5	2,9	1,6	2,2	2,3
Edad media del compañero	31,5	—	32,5	31,5	31,2	33,5	30,3	29,8	30,9
<i>Número de años de unión^a</i>									
Menos de un año	4,1	5,2	3,9	0,7	1,1	1,1	2,7	12,5	8,9
1-2 años	16,0	16,1	20,6	13,3	13,5	8,3	14,0	20,4	24,7
3-4 años	20,3	17,8	23,0	22,4	22,4	12,2	21,6	23,6	22,7
5-10 años	38,6	36,6	36,6	40,1	47,8	35,1	44,0	33,2	33,4
11 o más años	21,0	24,3	15,8	23,5	15,2	43,4	17,6	10,2	10,3
Promedio	7,1	7,4	6,6	7,5	6,6	10,7	6,6	4,9	5,1
<i>Nivel de educación</i>									
Ninguna	7,3	3,6	9,0	11,7	6,6	9,7	9,3	0,3	7,2
Primaria incompleta	30,4	28,2	30,9	26,3	38,2	33,3	41,1	3,2	31,8
Primaria completa	25,5	31,0	21,0	35,2	29,4	30,1	20,0	9,5	17,4
Superior a la primaria	36,8	37,1	39,1	26,8	25,8	27,0	29,6	87,1	43,6
<i>Método empleado</i>									
Píldora	45,4	60,4	49,8	35,4	45,7	21,3	67,5	30,3	38,7
DIU	40,3	12,8	41,3	48,6	53,0	60,1	17,3	58,4	54,5
Preservativo	7,1	20,4	2,8	5,6	0,8	0,7	8,2	6,3	4,0
Inyección	4,9	5,4	3,0	6,7	0,2	17,0	2,2	1,6	0,9
Tabletas vaginales	1,0	0,1	0,0	2,0	0,2	0,0	3,3	0,9	1,5
Espuma, crema	0,7	0,5	2,0	0,7	0,0	0,5	1,1	1,3	0,2
Supositorios	0,6	0,5	1,2	0,9	0,2	0,4	0,5	1,3	0,2

^a Datos basados en las respuestas de las entrevistadas que tenían un compañero.

^b No se obtuvieron estos datos en Costa Rica.

tas veces a la semana tiene relaciones sexuales?" y, en segundo término, "¿cuántas veces tuvo relaciones sexuales la semana pasada?" (período definido a la entrevistada como el lapso entre el lunes y el domingo de la semana anterior y no necesariamente los siete días anteriores). En el cuadro 2 se presentan las respuestas a estas preguntas.

Cuando se formuló la pregunta "en general", la media del número de relaciones resultó superior en comparación con las respuestas concernientes a "la semana pasada". Uno de los autores ha sugerido que la respuesta a la pregunta "en general" tal vez refleje una noción idealizada de lo que se podría esperar y ponga de manifiesto presiones sociales en este aspecto, mientras que la respuesta concerniente a "la semana pasada" probablemente sea la estimación más realista del verdadero comportamiento (3).

El resultado principal del estudio está consignado en la última línea del cuadro 2: la media del número de relaciones mensuales (basada en las res-

puestas concernientes a "la semana pasada"). En cinco de los ocho países se obtuvo una estimación de 7 a 8 relaciones al mes (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y México); en Panamá la cifra fue más baja (6,0 al mes) mientras que resultó más elevada en Nicaragua (10,4) y en la República Dominicana (9,5). La media del número de relaciones sexuales mensuales correspondiente a los ocho países estudiados (sin ponderar los datos para compensar el número desigual de entrevistadas en los distintos países) fue de 7,8 relaciones.

Factores relacionados con la frecuencia del coito

Parte de este análisis consistió en identificar los factores que explican las diferencias en la frecuencia del coito (medida según el número de relaciones durante "la semana pasada"). Como fac-

CUADRO 2. Promedio de relaciones sexuales semanales y mensuales

	Total (n=4 332)	Costa Rica (n=826)	El Salvador (n=504)	Guatemala (n=553)	Honduras (n=532)	México (n=559)	Nicaragua (n=550)	Panamá (n=317)	República Dominicana (n=491)
<i>A. Promedio de relaciones de acuerdo con la pregunta "en general"</i>									
<i>Semanales</i>									
Media	2,7	2,5	2,6	2,5	2,5	2,5	2,9	2,5	3,6
Desviación típica	1,6 ^{tr}	1,5	1,4	1,3	1,3	1,5	1,3	1,3	2,4
Mediana	2,5	2,3	2,4	2,4	2,4	2,3	2,8	2,4	3,2
<i>Mensuales</i>									
Basado en la media ^a	11,7	10,8	11,3	10,8	10,8	10,8	12,5	10,8	15,6
<i>B. Promedio de relaciones de acuerdo con la pregunta concerniente a "la semana pasada"</i>									
<i>Semanales</i>									
Media	1,8	1,7	1,7	1,6	1,6	1,8	2,4	1,4	2,2
Desviación típica	1,6	1,5	1,5	1,4	1,2	1,4	1,4	1,3	2,5
Mediana	1,6	1,4	1,5	1,6	1,6	1,6	2,3	1,1	1,9
<i>Mensuales</i>									
Basado en la media ^b	7,8	7,4	7,4	7,0	7,0	7,8	10,4	6,0	9,5

^a La media de las relaciones mensuales se calculó multiplicando la mediana semanal por 4,33 (el número de semanas dividido por el número de meses del año, o 52/12).

^b El número de relaciones mensuales se calculó multiplicando la media semanal por 4,33.

tores que presuntamente establecían alguna diferencia se incluyeron la edad de la usuaria, su estado civil, la edad de su compañero, la duración de la unión, el nivel de educación de la usuaria y el método contraceptivo empleado. En el cuadro 3 se presentan los resultados obtenidos.

La edad de la usuaria efectivamente influye sobre su actividad sexual; en general, las usuarias de mayor edad señalaron un número menor de relaciones. No obstante, no se demostró que la actividad sexual disminuyera en forma escalonada en los cinco grupos de edad. Más bien, en la mayoría de los países tuvo un nivel similar entre las mujeres de 15 a 34 años y comenzó a decaer solo a partir de los 35 o más años.

El estado civil también se relaciona con la frecuencia del coito. En este sentido, existe muy poca diferencia entre las mujeres casadas y las que viven en unión consensual (excepto en Panamá, donde la diferencia entre ambos grupos era de 0,5 relaciones por semana). La diferencia se presenta más bien entre las uniones permanentes y las no permanentes. En siete de los ocho países las mujeres solteras, viudas, divorciadas o separadas señalaron una frecuencia del coito inferior a la indicada por las entrevistadas que vivían con un hombre. La única excepción fue Nicaragua, donde las mujeres solteras informaron una frecuencia de relaciones superior a la de los demás grupos. En general, los resultados confirman la suposición tan difundida de que las mujeres que viven en unión estable con un compañero (cualquiera sea la condición legal de la unión) están expuestas a un mayor riesgo de embarazo.

Ya que la edad de la usuaria se relaciona estrechamente con la de su

compañero, no es sorprendente que la frecuencia del coito se asocie con la edad de este. Sin embargo, por lo general comienza a disminuir esa frecuencia a los 45 años o más.

Los resultados que muestra el cuadro 3 refutan la creencia de que la vida sexual de las parejas es particularmente activa durante el primer año de matrimonio. Solo en tres de los ocho países (Costa Rica, Guatemala y Nicaragua) el nivel más alto de actividad sexual correspondió a quienes se habían casado menos de un año antes. La frecuencia del coito más baja se encontró entre quienes habían estado casados (o habían convivido en unión consensual) durante 11 años o más.

Es interesante observar que, de acuerdo con los resultados de esta investigación y al contrario de lo que comúnmente se supone, el nivel de educación no constituye un factor relacionado con la frecuencia del coito. No se observó una relación sistemática entre esas dos variables y, por consiguiente, es preciso concluir que el nivel educativo influyó muy poco sobre la frecuencia de la actividad sexual de esta población de usuarias de las clínicas. (Es posible que con una muestra más heterogénea, basada en el total de la población femenina de cada país y no solo en las usuarias de los servicios de planificación familiar, se hubieran producido más variaciones de acuerdo con el nivel de educación.)

Por último, se trató de determinar si el tipo de método contraceptivo usado era un factor relacionado con la frecuencia del coito. Estudios realizados en los Estados Unidos de América han indicado que la frecuencia del coito es más elevada entre quienes usan píldoras, posiblemente porque tienen más confianza en la seguridad de ese método; además, la píldora no interfiere en el acto sexual (4). En Guatemala y Nicaragua, la frecuencia del coito fue ligeramente

CUADRO 3. Factores relacionados con la frecuencia del coito

	Total (n=4 332)	Costa Rica (n=826)	El Salvador (n=504)	Guatemala (n=553)	Honduras (n=532)	México (n=559)	Nicaragua (n=550)	Panamá (n=317)	República Dominicana (n=491)
Media del número de relaciones durante la semana pasada									
<i>Total de la muestra</i>	1,8	1,7	1,7	1,6	1,6	1,8	2,4	1,4	2,2
<i>Edad de la usuaria</i>									
15-19	1,8	1,8	1,8	1,9	1,7	1,5	2,7	1,1	1,7
20-24	1,9	1,7	1,8	1,8	1,7	2,0	2,5	1,3	2,6
25-29	1,8	1,7	1,6	1,7	1,6	1,8	2,4	1,5	1,8
30-34	1,8	1,8	1,5	1,5	1,5	1,7	2,4	1,4	2,6
35-39	1,6	1,5	1,5	1,3	1,4	1,8	2,2	1,3	2,2
40-44	1,6	1,8	1,1	1,8	1,5	1,6	1,3	0,7 ^a	1,0
45-49	1,3	1,3	1,7	0,9	0,0	1,4	1,0	1,0 ^a	0,0
<i>Estado civil</i>									
Casadas	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7	1,8	2,3	1,6	2,3
Unión consensual	1,8	1,7	1,7	1,6	1,6	1,8	2,4	1,1	2,4
Solteras	1,8	0,2	0,0	0,7 ^a	0,8	0,5 ^a	3,1	0,0 ^a	1,6
Viudas, separadas, divorciadas	0,4	0,8	0,1	1,5 ^a	0,4	0,1	2,0 ^a	0,0	0,2
<i>Edad del compañero^b</i>									
15-19	1,5	— ^c	1,4	2,0	0,8 ^a	0,8	2,6	1,6	0,6
20-24	2,1	—	2,1	2,0	1,8	1,9	2,6	1,5	2,8
25-29	1,9	—	1,6	1,7	1,6	1,9	2,5	1,4	2,0
30-34	1,9	—	1,5	1,5	1,6	1,8	2,3	1,3	2,8
35-39	1,7	—	1,3	1,5	1,5	1,7	2,5	1,4	1,7
40-44	2,0	—	2,3	2,2	1,8	1,8	2,2	1,1	2,4
45-49	1,3	—	0,9	1,3	1,1	1,4	1,8	0,7 ^a	1,4
50 o más	1,3	—	1,4	1,1	1,3	1,6	1,9	0,4 ^a	1,4
<i>Número de años de unión</i>									
Menos de un año	2,0	2,6	1,3	2,3	1,3	1,5	3,2	1,3	2,0
1-2 años	2,1	1,9	2,0	2,2	1,8	1,9	2,7	1,4	2,5
3-4 años	1,8	1,5	1,6	1,8	1,7	1,9	2,5	1,4	2,0
5-10 años	1,8	1,7	1,5	1,6	1,6	1,8	2,4	1,3	2,4
11 o más años	1,6	1,6	1,2	1,4	1,4	1,6	2,0	1,0	2,0
<i>Nivel de educación</i>									
Ninguna	1,9	2,0	1,6	1,5	1,4	1,8	2,6	3,0 ^a	2,8
Primaria incompleta	1,8	1,7	1,8	1,6	1,6	1,7	2,4	1,0	2,2
Primaria completa	1,8	1,7	1,8	1,8	1,7	1,9	2,3	1,3	2,1
Superior a la primaria	1,8	1,7	1,5	1,6	1,5	1,7	2,5	1,4	2,3
<i>Método empleado</i>									
Píldora	1,9	1,7	1,8	1,6	1,5	1,8	2,5	1,1	2,4
DIU	1,7	1,9	1,5	1,7	1,7	1,8	2,3	1,4	2,0
Inyección	1,8	1,5	1,8	1,8	0	1,7	2,6	2,4 ^a	3,8 ^a
Preservativo	1,8	1,6	2,0	1,4	1,3 ^a	2,5 ^a	2,3	1,6	2,7
Métodos vaginales	2,0	2,6	2,0	1,5	1,0 ^a	2,1 ^a	2,4	2,0	2,8

^a Datos basados en menos de cinco casos.

^b Datos basados en las respuestas de las entrevistadas que tenían un compañero.

^c No se obtuvieron estos datos en Costa Rica.

mayor entre las mujeres que usaban un método fiable que no interfería en el acto sexual (píldoras, DIU o inyecciones). Por el contrario, en Costa Rica, Panamá y la República Dominicana se presentó el caso opuesto: las mujeres que empleaban un método "de contención" señalaron una mayor actividad sexual. En El Salvador no se descubrió ninguna relación sistemática entre esas variables y en Honduras y México era tan pequeño el número de usuarias de métodos de contención que no se pudieron establecer comparaciones válidas. En síntesis, los resultados con respecto al tipo de método como factor relacionado con la frecuencia del coito no coinciden en los distintos países estudiados y, en consecuencia, sería arriesgado generalizar sobre este punto a partir de esos datos.

DISCUSION

El presente estudio se llevó a cabo para determinar la frecuencia del coito en usuarias de servicios clínicos de programas de planificación familiar en determinados países latinoamericanos, con el propósito de establecer factores de conversión apropiados para calcular los meses de protección por pareja en esos países.

Al evaluar los resultados de este estudio, es importante tener en cuenta que la manera de formular la pregunta clave respecto a la frecuencia del coito influyó sobre las respuestas obtenidas en los ocho países. Específicamente, la media del número de relaciones fue más elevada en las respuestas a la pregunta "En general, ¿cuántas veces a la semana tiene relaciones sexuales?", en comparación con la media correspondiente a las respuestas a la pregunta "¿Cuántas veces tuvo relaciones sexuales la semana pasada?". Una razón de esto

es que pocas entrevistadas estaban dispuestas a contestar "ninguna" en el caso de la pregunta "en general" (aun cuando la frecuencia del coito fuera casi nula), mientras que sí se obtuvo esa respuesta a la pregunta concerniente a "la semana pasada". Otra razón es que en las respuestas a la pregunta "en general" no se refleja la abstención provocada por la menstruación, algo que sí sucede cuando la pregunta se refiere a "la semana pasada". En síntesis, las entrevistadas suelen dar una respuesta más idealizada o que consideran acorde con las expectativas sociales cuando se formula la pregunta "en general"; en cambio, con la pregunta concerniente a "la semana pasada" se obtienen respuestas que se aproximan más al comportamiento real.

En consecuencia, pensamos que, para el propósito de evaluar la frecuencia del coito con el fin de calcular el NMPP, la mejor estimación es la media del número de relaciones informado en respuesta a la pregunta concerniente a la actividad sexual durante "la semana pasada". En los datos combinados de ocho países, la media del número de relaciones informado por las 4 332 mujeres entrevistadas fue de ocho relaciones al mes.

Los factores de conversión actualmente aplicados a los datos correspondientes a América Latina por la FIPF/RHO y los CDC (según se indicó antes) se basan en una estimación de aproximadamente 100 relaciones al año (8,3 relaciones al mes). Los datos obtenidos en este estudio proporcionan un respaldo empírico para continuar usando esa cifra.

Si bien el número de relaciones mensuales obtenido en nuestra investigación es ligeramente inferior a 8,3, pensamos que esta última cifra consti-

tuye una estimación válida y, usada como base para calcular el NMPP (en lugar de 7,8, número determinado en este estudio), proporcionaría un pequeño margen para compensar la pérdida o desgaste de los contraceptivos empleados.

La literatura concerniente a población y planificación familiar incluye relativamente pocos estudios con los cuales comparar los resultados de esta investigación. Además, difieren mucho las características de las poblaciones estudiadas. Varios informes provenientes de los países desarrollados indican que la frecuencia del coito es similar a la encontrada en nuestra investigación en América Latina. Dos estudios efectuados en Inglaterra señalan que la frecuencia del coito fue de cuatro a ocho relaciones mensuales en parejas de mediana edad de las clases altas (5), y de cuatro a doce relaciones mensuales en una muestra más diversificada (6). En este último caso, se comprobó que a mayor edad y más alta clase social había una disminución de la frecuencia del coito.

En los Estados Unidos de América, los datos correspondientes a una muestra que incluyó a mujeres blancas casadas de todo el país, señalan un aumento de la frecuencia del coito en los últimos 15 años: de 7,3 veces al mes en 1965 a 8,5 veces al mes en 1970 y a 9,9 en 1975 (4). Esos datos también revelan una relación inversa muy marcada entre la frecuencia del coito y la edad (que fluctuó entre 12,1 relaciones mensuales en las mujeres de 19 años y 6,5 en las de 43-44 años).

Los datos de diversas investigaciones efectuadas en la India indican una frecuencia del coito similar o ligeramente mayor. Un estudio de parejas urbanas en una clínica de planificación fa-

miliar mostró que la frecuencia era de 8 a 11 relaciones al mes, según los ingresos, la edad, la intimidad en el hogar y otros factores (7). En otro estudio realizado en una comunidad de tejedores del distrito de Madurai, el número de relaciones mensuales fue de 10, o de 11,5 cuando se tuvo en cuenta la ausencia del esposo, los días de enfermedad y la menstruación (8). Un tercer estudio efectuado en ese mismo país indicó que la frecuencia del coito variaba entre cinco veces al mes en las parejas casadas por más de 25 años y 22 veces al mes en las que habían estado casadas menos de un año; esta investigación también reveló que existía una relación inversa entre la frecuencia de las relaciones y el número de hijos, los ingresos, el prestigio profesional y la edad del esposo (9).

En conclusión, es necesario destacar que los datos de nuestro estudio no se basaron en una muestra aleatoria de las mujeres de cada país, sino en una muestra de aquellas que concurren a los servicios de planificación familiar en clínicas. No obstante, esta es la población que interesa para calcular estadísticas del NMPP.

Si bien existen variaciones en los ocho países incluidos, pensamos que, para calcular el NMPP, una cifra normalizada es preferible a cifras más precisas o individuales para cada país, ya que esto no permitiría establecer comparaciones válidas entre países o programas.

Según la información con que cuentan los autores, este es el primer intento de poner a prueba las hipótesis que sustentan el cálculo del NMPP en América Latina. Es preciso mencionar que hay otras formas de mejorar los cálculos del NMPP o el NAPP, como el "número normalizado de años de protección por pareja" propuesto por Gorosh y Wolfens (10). Sin embargo, las metodologías más complejas también requieren datos adicionales que actualmente no propor-

cionan las estadísticas simplificadas de los servicios y, por esa razón, tal vez no resulten prácticas para la evaluación ordinaria de los programas de planificación familiar. Esperamos que en otros países latinoamericanos se lleven a cabo estudios similares que aporten más datos sobre la materia.

RESUMEN

Para calcular la duración media de la protección brindada por diversos métodos de planificación familiar, es necesario usar estimaciones fiables de la frecuencia del coito en la población en cuestión. Antes no se contaba con esa información en México, América Central, Panamá y el Caribe. En un esfuerzo conjunto, los autores de este estudio realizaron encuestas entre usuarias de clínicas privadas de planificación familiar con el fin de determinar la frecuencia del coito y factores relacionados con ella.

Mediante procedimientos de muestreo aleatorio, se reunieron datos correspondientes a 4 332 mujeres no esterilizadas que concurrían a servicios de planificación familiar en México, países de América Central, Panamá y el Caribe. Esos datos indicaron que la media del número de relaciones sexuales al mes era de 7,8.

Se encontró que se producía una disminución de la frecuencia del coito entre las entrevistadas de más de 35 años de edad y también cuando sus compañeros sobrepasaban los 45 años. Las mujeres que vivían en unión estable con un compañero (cualquiera fuera la condición jurídica de esa unión) tenían relaciones más frecuentes. No se comprobó que el nivel de educación y el tipo de método contraceptivo usado fueran factores relacionados con la frecuencia del coito. □

AGRADECIMIENTO

Los autores manifiestan su gratitud a los Directores ejecutivos de las asociaciones de planificación familiar de los ocho países. También agradecen a las siguientes personas e instituciones: Dr. Roberto Santiso, Director ejecutivo en Guatemala; Dra. Rosa Judith Cisneros, ex Directora ejecutiva en El Salvador, ya fallecida; Development Associates Inc.; Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región del Hemisferio Occidental; Centro de Población y Salud de la Familia de la Universidad de Columbia; Srta. Doris Sosa (Costa Rica); Lic. Vicente Alberto Rodas Alvarez y Dr. Enrico Henríquez (El Salvador); Lic. Lourdes Regina Bacca (Honduras); Lic. Hugo Luciano D'Orville, Lic. Modesto Reynoso y Sr. Héctor Alcántara (República Dominicana); Sras. Evelyn G. Landry, Amy B. McConnell y Dorothy Henriques.

REFERENCIAS

- 1 Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región del Hemisferio Occidental. *Overview 1978-79: A Report on the Contraceptive Service of Family Planning Associations in the Western Hemisphere Region*. New York, FYPF/RHO, 1980.
- 2 Centros para el Control de Enfermedades. *Cómo estimar la cobertura de un programa de planificación familiar utilizando datos financieros y logísticos*. Atlanta, Georgia, EUA, 1980.
- 3 Rosero Bixby, L., Sosa Jara, D. y Grimaldo Vásquez, C. *La actividad sexual en Costa Rica: una medición estadística*. San José, Asociación Demográfica Costarricense, 1984.

- 4 Trussell, J. y Westoff, C. V. Contraceptive trends in coital frequency. *Fam Plann Perspect* 12(5):246-249, 1980.
- 5 Potts, M. y McDevitt, J. A use effectiveness trial of spermicidally lubricated condoms. *Contraception* 11(6):701-710, 1975.
- 6 James, W. Marital coital rates, spouses' ages, family size and social class. *J Sex Res* 10(3):205-218, 1974.
- 7 Kappor, I. y Aravindakshan, T. K. Coital frequency of urban couples attending family planning clinic at Bombay. *J Fam Welfare* 26(4):50-63, 1980.
- 8 Kachirayan, M. y Lakshmi, M. Coital frequency and incidence of abortion in weaver community: an exploratory survey. Bureau of Demography and Biostatistics. *Bull Gandhigram Inst Rural Health Fam Plann* 6(3):261-279, 1972.
- 9 Sengupta, A. Program building operations for promotion of family planning: The Indian Statistical Institute Clinic Experiment. *J Indian Med Assn* 49(1):19-27, 1967.
- 10 Gorosh, M. y Wolfens, D. *Standard Couple Years of Protection: A Methodology for Program Assessment*. New York, Universidad de Columbia, Centro de Población y Salud de la Familia, 1977.

SUMMARY

FREQUENCY OF COITUS AND DURATION OF COUPLE PROTECTION IN EIGHT LATIN AMERICAN COUNTRIES

Calculating the average duration of the protection afforded by different family planning methods requires the use of reliable estimates of the frequency of coitus in the subject population. In the past, such information was unavailable in Mexico, Central America, Panama, and the Caribbean. The authors of this study together conducted surveys of women patients of private family planning clinics to determine the frequency of coitus and associated factors.

Random sampling procedures were used to assemble data on 4 332 non-sterile women presenting at family planning units in Mexico, countries of Central America, Panama, and the Caribbean. These data yielded a mean of 7.8 sexual acts a month. It was found that this frequency declined among interviewees over 35 years of age and when their partners were over 45. Women living permanently with one companion (regardless of the legal status of the union) had coitus more frequently. No relationship was found between frequency of coitus and educational level or the contraceptive method employed.