

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Facultad de Ciencias Médicas

**PLANIFICACION FAMILIAR Y CONTROL DE LA NATALIDAD  
EN GUATEMALA**

*Como institución, Método y  
Programa de desarrollo*

TESIS



Presentada a la Junta Directiva de la  
Facultad de Ciencias Médicas  
de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

**OTTO RAUL TANCHEZ LOPEZ**

En el acto de su investidura como

**MEDICO Y CIRUJANO**

# *PLANIFICACION FAMILIAR Y CONTROL DE LA NATALIDAD*

## *EN GUATEMALA*

### CONTENIDO

- I. Introducción
- II. Historia
- III. Objetivos
- IV. Desarrollo
  1. Material y métodos
    - 1a. Personal
    - 1b. Instalaciones
    - 1c. Programas (planificación, divulgación).
    - 1d. Medios
  2. Ejecución de programas
    - 2a. Orientación conyugal
    - 2b. Métodos y medios anticonceptivos
    - 2c. Métodos 2 bl. ventajas y desventajas
    - 2d. Evaluación (programas, métodos)
- V. Alcances y logros
- VI. Conclusiones
- VII. Recomendaciones
- VIII. Bibliografía

## INTRODUCCION

El crecimiento demográfico en los actuales tiempos sobrepasa en proporción geométrica a los recursos naturales, materiales y humanos y conlleva al desnivel de la balanza económico-social de los pueblos.

Guatemala se puede citar entre estas, en el cual la tasa de natalidad sobrepasa a la de mortalidad y morbilidad, a los recursos de la nación, pueblos y familias. Si bien es cierto, en Guatemala, coadyuva esta proporción, la elevada tasa de mortalidad y el aumento de recursos naturales (explotación de) que se traduce en fuentes de trabajo y mayores ingresos familiares, pero que son insuficientes para nivelar la relación.

Se hace necesario pues, que exista alguna manera de disminuir o alterar uno de estos parámetros, sin menoscabo de los patrones culturales, políticos, religiosos y económicos del pueblo y de la familia.

La presente tesis enfocará un instrumento que pretende encarar el problema en Guatemala y en todo el mundo; trataré de Planificación de la Familia y Control de la Natalidad; que acude impulsada por las exigencias y necesidades de los propios guatemaltecos que en ningún momento soslayan el problema que confrontan. Por otro lado tratan de evitar autosolución con métodos deleznable (Vg. Abortos) y reforzar la paternidad responsable y con la convicción de que la planificación familiar es derecho humano inalienable y seguro también que en un balance entre la población, los recursos naturales y su productividad, es una condición indispensable para la felicidad humana, la prosperidad y la paz.

Pretendo pues, a lo largo del presente trabajo, exponer el tema de Planificación Familiar y Control de la Natalidad como institución, método y programa desde desarrollo.

Someto el presente trabajo al criterio del Honorable tribunal examinador esperando que su exposición nos haga más conscientes del problema que atraviesa Guatemala y todos los pueblos del mundo.

He dicho

## HISTORIA

La preocupación por el número de descendientes de una familia no es una cosa desconocida por todos, ni de reciente introducción.

Siempre ha preocupado a los estadistas, políticos, médicos, etc., ya sea viéndolo desde diferentes puntos de vista o atendiendo a la disciplina que lo enfoque.

Guatemala a la par de las grandes naciones se ha caracterizado por no soslayar el problema y sus pobladores han tratado de enfocarlo de una u otra manera y si retrocedemos un poco en la historia encontramos al Dr. Carlos Federico Mora en su artículo "La restricción de la Natalidad", publicado en la revista VIDA del 3 de julio de 1926 dice: "la multinatalidad entre los indios es un hecho que está fuera de duda y, que desgraciadamente fuera de control mientras no cambien sus actuales condiciones de cultura". Como se puede ver, aunque es un enfoque diferente y considerado al indígena como el único causante del problema; ya existía preocupación por la limitación del aumento desproporcionado de la población.

En el año de 1936 en su tesis doctoral el Dr. Roberto Valle Calvo plantea la necesidad de "organización de un Dispensario Clínico de Control de la natalidad", con funcionamiento dentro del círculo científico, dentro de los distintos dispensarios de asistencia pública y salas de los hospitales. Estimular el interés que merece este asunto, en que la profilaxis anticoncepcional bien dirigida, favoreciendo la paternidad responsable y consciente, es un medio muy eficaz para luchar en contra del aborto clandestino, que actualmente es motivo de gran preocupación en muchos países."

Hubo varios intentos en los años siguientes de crear instituciones que velaran por el Bienestar de la familia a través del control de la natalidad y la planificación familiar y hasta octubre del año de 1964 esta inquietud se cristaliza en acción definida; un grupo multidisciplinario decide fundar una institución que velara por el bienestar de la familia a través de la limitación de la prole.

Participaron en ese entonces maestros, médicos, economistas, trabajadores sociales, enfermeras, etc., que contaron con el asesoramiento y financiamiento de la Federación Internacional de Paternidad planificada con sede en Londres. Al

principio se trató de intentos esporádicos, pero en el año 1966 se instituyó trabajo de orientación y planeamiento en forma continua en local instalado en el Hospital Latino Americano atendido por un médico, enfermera, secretaria y gracias a las gestiones del Servicio Social el número de solicitantes fué creciendo y brindándose atención popular.

En el año de 1967 antes la demanda de servicio la Asociación decidió trasladarse, viéndose con esto duplicados los servicios. En junio del mismo año se hicieron proyectos para ampliar servicios al interior de la república con la anuencia del Ministro de Salud Pública.

En el año de 1969 (julio) el gobierno oficializó programas y las incorporó a todos los centros de salud.

Al finalizar el año de 1969 la situación era la siguiente: En 32 centros de salud se daba atención por parte del Ministerio de Salud Pública. Las clínicas centrales de la Asociación continuaron prestando servicios y asesorando las ya existentes y la ampliación de las mismas en dos centros municipales y Universitarios, en los Hospitales Roosevelt y Hospital General de acuerdo con el Ministerio. Funcionaron también en Jutiapa, Jalapa e Izabal bajo la responsabilidad de la Asociación.

De esta manera el programa ha pasado a ser un movimiento nacional con miras a proporcionar parte del bienestar familiar de los guatemaltecos, sin pretender solucionar todos los problemas que a estos aquejan.

## OBJETIVOS

La Asociación Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala tiene como objetivo y fin primordial lograr por todos los medios posibles a su alcance, la integración, buena organización, y en general el bienestar de la familia guatemalteca.

Secundariamente propugnar la paternidad responsable, como elemento esencial para el bienestar de la familia y de la comunidad en general.

Colaborar con el programa nacional de orientación familiar desarrollado por el Ministerio de Salud Pública.

Impartir educación sexual a diferentes niveles.

Evitar el aborto inducido.

Promover adiestramiento de personal para que contribuya a minorar los males que aquejan a la familia.

Y en conclusión: Integrar a la conciencia nacional, pueblo y gobierno, institucionalizando la idea de la Planificación familiar en función dinámica y constructiva, como uno de los factores fundamentales que determina el bienestar de la familia y que como consecuencia contribuye al desarrollo del país.

### **PERSONAL**

Para el buen desempeño de sus funciones la Asociación Pro-Bienestar de la Familia, cuenta con los servicios de: 17 médicos, los cuales efectúan la parte científica del programa, ejecutan estos la historia clínica cuidadosa de los pacientes, efectúan u ordenan los exámenes previos que crean necesarios al uso del anticonceptivo que la pareja ha seleccionado; en algunos casos por inquietudes del paciente se recalca sobre el objetivo y modo de actuar del anticonceptivo en cuestión; sobre la anatomía y fisiología genital, etc.

Las conferencias de tipo científico (anatomía, fisiología) son dictadas por personal médico.

3 enfermeras graduadas, las cuales están adiestradas y capacitadas, como auxiliares del médico y en caso de que este falte puedan realizar algunas de las tareas del médico (charlas, colocación de diafragmas, etc.)

10 auxiliares de enfermería, colaborando con el médico y en las distintas actividades que sean requeridas.

11 trabajadoras sociales que tienen a su cargo la labor socio-cultural y económica; las que rendirán el informe detallado de los usuarios. Dictan además conferencias en la incumbencia de su especialidad.

### **INSTALACIONES**

Sea en lugares preestablecidos previamente o en clínicas adaptadas, el programa cuenta con las instalaciones siguientes:

5 clínicas centrales que funcionan en la capital de la república.

1 clínica de infertilidad. Destinada exclusivamente para el estudio de la pareja infertil.

11 clínicas satélites que funcionan en las diferentes zonas de la capital.

3 clínicas departamentales, con subclínicas en número de 11 repartidas en los tres departamentos.

Todos los servicios indicados anteriormente deben funcionar en condiciones óptimas y contar con el equipo, material y personal deseable.

Actualmente se cuenta además con una clínica específica para quienes deseen adoptar el Método de la Ovulación, de reciente introducción en Guatemala.

### **Medios**

La asociación pro-bienestar de la familia recibe financiamiento para sus funciones:

1o. "IPPF" con sede en Londres, quien financia además a 52 países afiliados. Esta sustitución recibe aportes de diferentes países desarrollados; entre los que se cuenta Suecia, Inglaterra, etc.

El IPPF también colabora en asesoría técnica, distribución de materiales y equipo. Todos los DIU; y anticonceptivos orales son obsequiados por el IPPF., y dota de equipo ginecológico a los países afiliados.

2o. Financiamiento por parte de los pacientes que asisten a la clínica así:

- a) Valor de la consulta Q 0.25
- b) Ciclo de tabletas orales (anticonceptivas) Q 0.15
- c) Tratamiento anticonceptivo parenteral Q 0.50
- d) Diferentes medicamentos de uso ginecológico, a precio de costo.

Los dispositivos intrauterinos son distribuidos gratuitamente.

30. En 1969 la "AID" se ocupó del financiamiento de los programas, mientras el Ministerio de Salud Pública se decidía a incluir dentro de su programática nacional.
40. También "SIDA" (Asociación de Educación Sexual Suecia); también dota de material y equipo.
50. Por su parte el Ministerio de Salud Pública, financia los programas que son de su incumbencia.

En conclusión la "APROFAM" recibe multifinanciamiento de las instituciones antes citadas, además de participar en asesoramiento y capacitación del personal técnico.

### **"PLANIFICACION Y DIVULGACION DE PROGRAMAS"**

Antes de efectuar cualquier programa, es necesario hacer un análisis de las diferentes situaciones que se plantean a continuación:

- a) Es necesario realizar un estudio demográfico del área de actividad que incluye tasa de mortalidad y natalidad y su incremento anual.
- b) Es importante también recabar datos de su desarrollo económico, religioso y social; valiéndose para esto de estudios y monografías previamente elaboradas.
- c) Contacto con las autoridades civiles, religiosas y militares y especialmente con el Magisterio Nacional por la influencia que éste ejerce sobre el grupo social.
- d) Selección, adiestramiento y evaluación del elemento humano técnico.

Es de hacer notar que en la capital de la república la planificación y realización de programas es realizada únicamente tomando como guía la demanda de servicios.

En última instancia se realiza la divulgación y promoción de programas y actividades.

Un programa efectivo de relaciones con la comunidad debe incluir todos los métodos de comunicación posible como son las reuniones de sociedades y grupos comunales, la correspondencia,

etc.; los medios de comunicación de masas, tales como la prensa, la televisión y especialmente la radio, deben utilizarse para asegurarse el apoyo a el programa y difundir la información especial.

También, y esto es más importante de lo que parece, para convencer a la gente, que la planificación familiar es un método perfectamente legítimo. La idea de lograr que la planificación familiar sea algo que esté en el ambiente y sea aceptado como cosa normal por el grupo social; los programas de información deben prepararse teniendo presente la importancia de este punto. Pero su divulgación por los medios de comunicación de masas no logrará introducirlas en la población analfabeta o de educación muy limitada sino en forma indirecta y a la larga.

Posiblemente el método más eficaz de divulgar la planificación familiar es el comentario que se pasa de boca en boca.

### **ORIENTACION CONYUGAL**

En las clínicas de planificación de la familia se atiende a todo paciente que acude en busca de consejos y servicios.

Es aconsejable la presencia de ambos cónyuges, aunque nunca se ha negado atención a la esposa sola, si ésta explica la ausencia del esposo. La presencia de uno o de ambos cónyuges en las clínicas es la mayor parte de las veces, en demanda de planificación familiar; como consecuencia del aumento progresivo de su prole y la disminución de sus recursos económicos, solicitando métodos anticonceptivos en boga, vg. tabletas orales, parenterales y dispositivos intrauterinos.

Se inicia toda entrevista, con una explicación acerca de la paternidad responsable, de las diferentes maneras de disminuir el número de hijos, sin recurrir a métodos punibles, se explica cada método haciendo énfasis en las ventajas y desventajas de los mismos el porcentaje de efectividad de cada uno, aplicación y uso correcto de los mismos. Se aprovecha además hacer conciencia acerca de la importancia que reviste una adecuada educación sexual a todos los niveles.

Varios factores intervienen en la elección del método empleado para la regulación de la fertilidad.

La actitud de la comunidad (local o nacional) ejercerá gran influencia sobre la aceptabilidad del método. Tales actitudes pueden variar desde aquellos países en que los gobiernos están sólidamente unidos a los principios básicos de la planificación de la familia y que han abierto un programa público bien organizado, hasta aquellos países en donde la anticoncepción se practica en forma clandestina. Por lo tanto, los métodos que encuentran aceptación en un lugar podría ser difícil ofrecerlos en otros. Ello debe recordarnos siempre, que la motivación de la gente para aceptar alguno de los métodos de planificación familiar es de importancia primordial.

En muchos países la relación médico-paciente es la que determina la elección final. Sin embargo debe recordarse que la anticoncepción no solo afecta a una persona sino a la pareja como unidad biológica y dinámica. Se ha aceptado como una verdad que la decisión final en la elección de un método nunca deberá ser hecha por otra persona que no sea la que la necesita.

Deben ser considerados varios factores para ayudar a la pareja a decidir sobre un método. Su capacidad para entenderlo y utilizarlo correctamente es de suma importancia. Esto nunca debe ser subestimado, pues, como hemos visto con los anticonceptivos orales, aun cuando la mujer sea de escasa escolaridad y bajo nivel socioeconómico, contrariamente a todas las predicciones, son aceptadas entusiastamente y con éxito.

Los métodos anticonceptivos no deben ser considerados como un acontecimiento eventual, sino, como un proceso continuo, dándonos cuenta cabal de que el método inicialmente aceptado puede no ser el método que la pareja adopte definitivamente. Aunque el espaciamiento y la limitación de los nacimientos son las razones fundamentales para la anticoncepción, puede haber grandes diferencias, ya que se ha demostrado que una mujer preocupada por la limitación de los nacimientos será más persistente y tendrá menos fracasos que cuando solo desea espaciarlos.

Es natural que las convicciones religiosas, morales y sociales de la pareja y de la sociedad en que viven desempeñan un papel importante en la elección del método. Por ésta razón es preferible que la persona que imparta orientación sobre anticoncepción pertenezca al mismo grupo social que la pareja o que por lo menos sea respetuosa de éstos principios básicos. La delicadeza y el tacto con que se enseñe a las parejas, unidas a los conocimientos, tendrá una importancia definitiva en la habilidad

de la paciente para escoger, aceptar y practicar un método.

En conclusión es la pareja como unidad la que debe escoger el método que mejor se adopte a sus intereses y nunca ser impuesto impuesto dogmáticamente.

Es de importancia explicar algunos temores comunes que carecen de fundamento en el uso de anticonceptivos, a saber:

- a) Esterilidad como resultante de la anticoncepción.
- b) Impotencia del hombre.
- c) Disminución de la satisfacción sexual.
- d) Temor a que dispositivos intrauterinos desaparezcan en su interior.
- e) Temor al desarrollo del Cáncer: Sobre éste punto se debe dejar bien acentado que las instituciones responsables de la anticoncepción, no recomiendan nunca ningún agente anticonceptivo hasta que se ha probado completamente que no contiene ningún agente carcinogénico. También es de importancia el examen ginecológico y citológico que se realiza previo al uso de anticonceptivos y que ha permitido sistemáticamente detectar precoz o tardíamente cáncer genital femenino, el cual es tratado en algunos casos en forma eficaz.

### **MÉTODOS Y MEDIOS ANTICONCEPTIVOS**

Variadas son las técnicas, métodos y procedimientos que el hombre ha ideado para anular o disminuir su fecundidad durante el acto sexual, sin menoscabo de su felicidad y estabilidad psíquica, sexual, social y económica.

Métodos, tan frustrantes e inhibitorios como la abstinencia, el coitus interruptus; hasta aquellos en que se garantiza 100 o/o el control de la fecundación, pero que sin lugar a dudas tiene pro y contra que interfieren el acto natural y provocan alteraciones de sistemas orgánicos.

Sólo haré mención de algunos métodos y procedimientos anticonceptivos químicos y mecánicos que tienen como finalidad principal, evitar la entrada de los espermatozoides al canal cervical. Es importante recordar que no existe una barrera que

pueda evitar en modo absoluto el paso de los espermatozoides al canal cervical en todos los casos.

Los diafragmas o barreras mecánicas de uso femenino son de plástico o de caucho y se fabrican en diferentes tipos y tamaños. Es necesario para su uso efectuar una historia clínica detallada y un exámen ginecológico completo, además es necesario efectuar visitas periódicas a la clínica para comprobar la colocación correcta y efectuar revisión del mismo.

Como se puede comprobar, éstos métodos no están hechos para ser aplicados en nuestro medio, a causa de las dificultades técnicas y económicas que éstos requieren.

Por el lado masculino están los aditamentos que se usarían en las relaciones (vg. condones, gomas, etc.) que como en el caso del diafragma, no ofrece absoluta garantía en todos los casos; aparte de que se arguye disminución del placer sexual, goteo, escurrimiento, pequeños agujeros, calidad, etc.

Dentro de los productos químicos, están los llamados espermaticidas que actualmente son demandados en gran escala como métodos simples de Control de la Natalidad, por las experiencias realizadas recientemente, especialmente en el Japón, muestra que su uso ofrece una protección razonable.

Obviamente la propiedad especial de estos compuestos anticonceptivos, consiste en su efectividad espermaticida, de la cual se han realizado previamente evaluación in vitro que ha demostrado su eficacia, aunque adolecen de fallas inherentes a los mismos.

Barreras y preparados caseros de valor espermaticida no haré ningún comentario por considerar que los mismos son realizados sin ninguna técnica ni fundamento científico.

### **MÉTODOS PERMANENTES DE ANTICONCEPCION**

En la mujer la esterilidad se presenta como una consecuencia natural de la menopausia, en el hombre se presenta en edad más avanzada. En ambos sexos puede surgir como consecuencia de alguna enfermedad o como efecto secundario de una operación quirúrgica, como por ejemplo histerectomía en la mujer o prostatectomía en el hombre.

La esterilización quirúrgica de cualquiera de los dos sexos (vasectomía, ligadura de trompas) implica determinaciones de índole legal, moral, religiosa y personal.

### **Método del ritmo**

Aparte de la abstinencia, el método del ritmo o período de seguridad es el único método anticonceptivo permitido por la Iglesia Católica y aunque no recomendable por muchas razones enumeradas más adelante, se trata de un procedimiento de cálculo que puede ser útil para muchas personas.

La ovulación en la mujer se produce regularmente una sola vez durante el ciclo menstrual y sus relaciones de tiempo se mantienen más o menos constantes entre 12 y 16 días antes del próximo período menstrual. Si el óvulo no está fertilizado sólo puede sobrevivir unas pocas horas, se comprende que para que se produzca la fecundación debe estar cerca el espermatozoide en el momento de la ovulación o penetrar poco después de que el óvulo haya abandonado el ovario.

Con éstas premisas es posible dividir el ciclo en días fértiles y por lo tanto susceptibles de embarazo y deducir la improbabilidad o probabilidad de que éste tenga lugar. Puesto que el espermatozoide solo mantiene su capacidad fertilizante durante 48 horas o algo más en el aparato genital femenino y puesto que el óvulo permanece fertilizable a lo más 24 horas, se comprende que si se evitan las relaciones durante estos tres días del ciclo, es decir 48 horas antes de la ovulación y un día después se puede evitar el embarazo.

Este método anticoncepcional teóricamente sería excelente si la mujer pudiera calcular sus días de seguridad e inseguridad con cierta exactitud. Desafortunadamente esto es muy difícil por diferentes razones. Todavía no se ha podido precisar un método exacto para detectar el momento de la ovulación. Pocas mujeres tiene sus ciclos rigurosamente regulares y aún en la misma mujer la longitud del ciclo puede variar de un mes a otro. Si es el ciclo muy corto la ovulación se producirá durante el flujo menstrual o cerca de ésta, mientras que si el ciclo es largo la ovulación no se produce sino hasta 2 semanas después de finalizar el período.

Este método impone además serias restricciones de la actividad sexual, comparado con otros métodos.

Es de gran ayuda en éste método el control de la llamada

temperatura basal, que se basa en las observaciones que la temperatura corporal sufre elevación inmediatamente antes o al mismo tiempo en que se produce la ovulación. Es de hacer notar que la temperatura corporal en los humanos está sujeta a factores variados.

También ayuda en el método del ritmo, el Método de reciente introducción a Guatemala como lo es el Método de la Ovulación; que se apoya en las observaciones que durante la ovulación o cercana a ella se producen modificaciones detectables de las secreciones cervicales y uterinas. Características que no creo necesario hacer mención de ellas. Con tales advertencias es posible calcular los 5 días exactos de la fertilidad.

### **MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES**

La acción del cuerpo luteo sobre la inhibición de la ovulación se conoce desde principios de este siglo. La progesterona se aisló en 1934 y a los pocos años se supo que la progesterona, testosterona y estrógenos también pueden inhibir la ovulación. Sin embargo, hasta el año de 1954 no se emplearon estos esteroides como agentes anticonceptivos en el ser humano, ya fuese por los efectos colaterales que producían o por su ineficacia terapéutica.

En el año de 1954 se empleó una nueva técnica química para sintetizar distintos esteroides y todos estos resultaron ser activos progestágenos empleados por vía oral. Pincus y colaboradores ensayaron 200 de estas sustancias y encontraron en tres de ellas eran poderosos inhibidores de la ovulación (Noretisterona, etil nortestosterona, noretinodrel).

En el año de 1955 Pincus reportó en el 5o. Congreso internacional sobre Planificación Familiar en Tokio, "Algunos efectos de la progesterona y compuestos relacionados sobre la producción y primeras etapas del desarrollo en mamíferos".

Este trabajo incluía datos obtenidos en colaboración con el Dr. John Rock sobre inhibición de la ovulación provocada por progesterona por vía oral, con el régimen de "5o. día del ciclo al 24", así como algunos datos preliminares sobre el uso del Noretinodrel como inhibidor de la ovulación. Posteriormente se hicieron comunicaciones sobre la acción inhibitoria de varios 19- Nor esteroides en animales y sus efectos sobre el ciclo

menstrual, lo que condujo al uso de Noretinodrel como primer anticonceptivo empleado en el campo de la experimentación en San Juan de Puerto Rico en 1956.

El régimen de administración de una píldora diaria a partir del 5o. día al 24o. del ciclo, (entendido como primer día, el día en que se inicia la hemorragia menstrual); tiene dos objetivos: El primero, inhibir la ovulación y el segundo, establecer el ciclo menstrual regular. Estos objetivos mejoraron al combinar la acción de un agente progestacional del grupo de los 19 noresteroides con una pequeña cantidad de estrógeno; esta combinación es muy eficaz para mantener el endometrio hasta después de interrumpir la medicación. Además de este grupo ha surgido de nuevo la 17-acetoxiprogesterona y sus derivados y combinación con un estrógeno.

Es generalmente aceptado que estos productos inhiben la ovulación, pero todavía no se ha dilucidado si lo hacen por inhibición hipofisiaria de gonadotrofinas, por interferencia con la acción de las gonadotrofinas, por acción directa sobre el ovario o por todos estos mecanismos. Se sabe también que cuando se administran al principio del ciclo, suprimen la secreción de progesterona y estrógenos endógenos. También altera las características histológicas del endometrio de tal forma que dificultan la implantación y cambian los caracteres físicos del moco cervical, volviéndolo hostil al esperma.

Es difícil decidir con certeza si el efecto inhibitorio de las gonadotrofinas tiene lugar por acción directa sobre la hipófisis o mediante una acción complementaria o quizá exclusiva sobre el hipotálamo y otros centros cerebrales vecinos.

La electrocoagulación de distintas zonas del tronco cerebral en ratas y conejos proporcionaron la prueba de que los gestágenos también pueden ejercer un efecto inhibitorio de la secreción de gonadotrofinas actuando sobre núcleos diencefálicos.

Sobre el endometrio los estrógenos muestran las glándulas una actividad secretora anticipada en la primera mitad del ciclo, mientras el estroma posee por su parte una relativa riqueza nuclear. En la segunda mitad del ciclo permanecen las glándulas inactivas, sin experimentar una transformación secretora total, y el estroma o bien conserva su riqueza nuclear, o bien se edematiza.

La capacidad de penetración de los espermatozoos queda

disminuida a partir del 7o. al 10o. día del tratamiento a causa de modificaciones en el moco cervical, que se manifiesta por aumento de la viscosidad, disminución de la filancia y ausencia o anormalidad del fenómeno de la "arborización". Esto constituye de por sí una "barrera anticonceptiva".

De las formas parenterales queda poco que decir pues estas tienen el mismo efecto, objetivos que las formas orales con una ligera variante, que sus concentraciones son mayores y sus efectos colaterales levemente más acentuados.

### EVALUACION DE PROGRAMAS Y METODOS

Evaluar un programa y método de planificación familiar resulta una acción sobremanera compleja. Esto es porque en la práctica se tocan muchos aspectos, algunos de ellos muy íntimos, de la vida del individuo y la colectividad.

Se han llevado a cabo algunos estudios de orden sociológico tratando de encontrar el efecto causado, por los métodos actuales, en las familias de las usuarias y de ellas mismas, y al mismo tiempo, determinar sus actitudes y reacciones que serán dadas a conocer.

El Ministerio de Salud Pública brinda toda su ayuda para el procesamiento de las fichas clínicas e historias sociales.

Sería además prematuro querer extraer conclusiones de la corta experiencia en este campo sumamente complejo y controvertido. Ello será posible únicamente cuando se dispongan de las finalidades indispensables para la investigación de campo y análisis de los datos recolectados. Los cambios sociales que se operan debido a la acción de múltiples factores, uno de ellos el control de la fecundidad, dejan sentir claramente sus efectos al cabo de varios años quizá hasta la próxima generación.

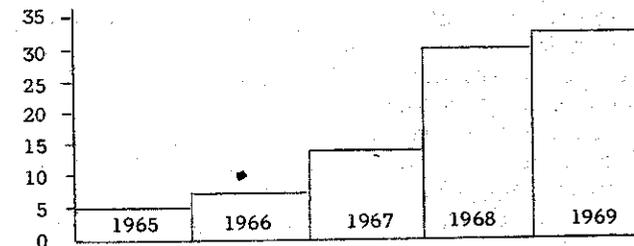
Por diversas razones no se está por ahora en posibilidad de juzgar el efecto de los programas sobre el aborto provocado, aunque hay seguros indicios de que se ha reducido en alguna medida.

A pesar de la corta experiencia que se tiene en este campo, los resultados son halagadores si se observa la creciente demanda de servicios que ha venido en aumento progresivo y de los cuales se deja constancia en los cuadros que prosiguen.

Se trató además de evaluar la repercusión que el programa de planificación familiar pudiera tener en los habitantes del Area Rural indígena; para lo cual se efectuó una encuesta a los mismos, evaluando preferentemente fertilidad, mortalidad, ingreso familiar, conocimiento de programas de planificación, disposición de aceptarlos, elección de métodos. Datos que se consignan posteriormente.

### CASOS TRATADOS POR LA ASOCIACION PRO BIENESTAR DE LA FAMILIA EN EL AÑO DE 1965 A PRIMER SEMESTRE DE 1970

AÑO	1965	1966	1967	1968	1969	1970
Casos nuevos	1661	1470	3413	7652	7629	7819
Reconsultas	3580	5800	0599	2399	3944	5312
Total	5241	7270	14144	29891	31573	23131
Total en los años de servicio 111,250 casos						



El total de casos fue tratado de la siguiente manera:

Tratamientos orales	61,445
Dispositivos intrauterinos	40,002
Tratamientos varios	9,803

**ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTO Y ACEPTACION DE PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR. REALIZADA EN EL AREA RURAL-MUNICIPIO DE PATZICIA - CHIMALTENANGO.**

Para la realización de la siguiente encuesta se procedió a realizar visitas domiciliarias a 100 familias del municipio, evaluando fertilidad, ingreso familiar, mortalidad, conocimiento de programas, disposición de aceptación, elección de métodos, conocimiento de otros métodos.

Haré mención que el 72 o/o de los encuestados los formó la población eminentemente indígena, además en la evaluación de conocimiento de Programas se dio amplia explicación a aquellas familias que desconocían tal funcionamiento.

En cuanto a la elección del método se refiere, se hizo especial insistencia sobre el método hormonal y el dispositivo intrauterino, sobre los cuales la Asociación ha trabajado con especial atención.

La encuesta arrojó los siguientes resultados:

**Número de hijos de la familia (vivos)**

3 hijos	40 o/o
4 hijos	28 o/o
5 hijos	13 o/o
7 hijos	17 o/o

**Ingreso Familiar diario**

Q.0.50	0.99	58 o/o
Q.1.00	2.00	42 o/o
Q.2.ó más		0 o/o

**Conocimiento de programas**

Conocen	62 o/o
Desconocen	38 o/o

**Disposición de aceptación**

Aceptación	94 o/o
No aceptación	6 o/o

**Elección del método**

Dispositivo intrauterino	32 o/o
Método hormonal	68 o/o

**Comentario:**

Como puede observarse en las cifras anteriores, el área rural es quizá un poco menos fértil que el área urbana a pesar de que las condiciones ambientales de la primera son factores determinantes para ello y el aborto y las pérdidas gestacionales fueron nulos en cada uno de los encuestados.

Basta observar que el 60 o/o de los pobladores tienen un número de hijos que oscila entre 4 y 7 y que el ingreso por familia diario es de menos de un quetzal en el 58 o/o de los casos, situación que se refleja en la disposición de aceptar programas que tiendan a planificar su familia, proteger la existente y fomentar la paternidad responsable.

El 94 o/o de las familias están en disposición de unirse a los programas, aunque solamente el 62 o/o de los casos conocían la existencia de los mismos.

En cuanto al método elegido, después de explicar las ventajas y desventajas de cada uno; el 68 o/o se inclinó hacia el método hormonal (oral y parenteral).

Fiel reflejo de la demanda de planificación, son los porcentajes anteriormente enumerados y fuerte motivación constituyen los mismos para la creación y extensión de servicios que protejan la familia guatemalteca, especialmente la del área rural que tan marginada se encuentra de los mismos.

Sirva esta encuesta como voz de alerta para quienes abogan por programas de extensión rural.

### *Alcances y Logros*

Además de ofrecer la planificación familiar a toda persona que la solicite, la asociación pro bienestar de la familia ha propugnado por la implantación, divulgación y enseñanza de una educación sexual adecuada a todos los niveles de la vida del hombre, con la premisa de que la palabra sexo encierra más que una simple expresión física: siendo en efecto, uno de los más importantes valores de la personalidad y convencidos de que el conocimiento de la problemática sexual conlleva a un mejor conocimiento y aplicación de programas y métodos de anticoncepción y planificación familiar.

Es evidente que la educación sexual no es labor para una sola institución. Solamente se puede esperar lograr un programa de educación sexual equilibrado, con una base amplia apoyada en objetivos sociales en la medida que cada uno brinde su aporte desde su propia posición ventajosa y con su propia fortaleza.

De lo dicho se desprende que la educación sexual debe perseguir los siguientes objetivos:

1. Proporcionarle a cada individuo un conocimiento adecuado de la forma en que alcanza su propia madurez física, mental y emocional en lo que se refiere a su sexo.
2. Eliminar temores y ansiedad referentes al desarrollo y a los ajustes sexuales individuales.
3. Crear actitudes objetivas y comprensivas hacia cuestiones sexuales en todas sus diversas manifestaciones en el individuo y en otros.
4. Dar a cada individuo una percepción clara sobre sus relaciones con miembros de ambos sexos y ayudarle a comprender sus obligaciones y responsabilidades con los demás.
5. Hacer comprender la satisfacción positiva que pueden proporcionar las relaciones humanas sanas tanto en la vida individual como en la familia.
6. Forjar una comprensión sobre la necesidad de los valores morales que son esenciales para proporcionar bases racionales para tomar decisiones.

7. Proporcionar suficientes conocimientos sobre los abusos y las aberraciones sexuales para que el individuo pueda protegerse contra la explotación y contra perjuicios a su salud física y mental.
8. Proporcionar un incentivo para que se trate de crear una sociedad en la cual no existan males como la prostitución y la ilegitimidad, leyes sexuales arcaicas, temores irracionales con respecto a lo sexual, y la explotación sexual.
9. Proporcionar la comprensión y adaptación que le permitan a cada individuo utilizar su sexualidad en forma eficaz y creadora en sus diversas capacidades, es decir, como esposo, padre, miembro de la comunidad y ciudadano.

Basados en el concepto de que toda educación es un proceso gradual que avanza poco a poco es que se ha hecho incapie en proporcionar educación sexual acorde con las etapas evolutivas de todo ser.

#### *1. Primer período*

Iniciación sexual 2—3 hasta 5 — 6 años cuya finalidad es dar al niño las primeras nociones fisiológicas básicas siempre dentro de un contexto efectivo y moral profundo.

#### *2. Segundo período*

Pre adolescencia: 8 — 10, 11, 12 años.  
Sobre la base de una buena anterior (iniciación sexual) proporcionar una visión más completa desde el punto de vista fisiológico, sin descuidar los aspectos psíquicos y éticos de la sexualidad.

#### *3. Tercer período*

*Pubertad y adolescencia* 13,14 ... 16 años.  
Quizá la etapa más difícil de todas que debe exigir una guía hacia una adecuada comprensión del amor sexual y de su orientación hacia el matrimonio. En esta etapa en la edad más avanzada es la indicada, en línea de máxima, para introducir el tema de la paternidad responsable.

#### *4. Cuarto período*

*Juventud* 17 — 18 años  
Completar la cultura científica (fisiológica y biológica) del

educando en todo lo referente a fecundación, gestación, parto, desarrollo infantil. Este período es de maduración y asentamiento.

### 5. Quinto período

**Adultos 20 — 27 ... 25 años.**

Preparación inmediata al matrimonio, no sólo como vida sexual sino también como empresa organizadora de la familia y educadora de los hijos. *El noviazgo.*

### 6. Sexto período

#### **Matrimonio**

La educación sexual, como toda educación, nunca termina. La maduración del amor conyugal tanto en el plano físico como en el psíquico, es tarea de años y meta tal vez jamás alcanzada enteramente, dada la dimensión y riqueza inagotable de la persona humana.

## CONCLUSIONES

1. La planificación familiar, está siendo un hecho en Guatemala y todo guatemalteco tiene derecho a ella.
2. La planificación familiar es un medio que contribuye a mantener e incrementar la salud familiar.
3. La demanda de servicios son fiel reflejo y motivo de estudio, para quienes pregonan el bienestar social.
4. Programas de alcance nacional y no sectarista son de vital urgencia.
5. Una gran parte del aumento de la producción, la absorbe el crecimiento de la población.
6. Al mejorar las condiciones de salud y de salubridad, bajará aún hasta tasa de mortalidad; en especial la de mortalidad infantil, y por algún tiempo quizá hasta tienda a aumentar la de natalidad.
7. El método elegido por la pareja queda a criterio de ellos y nunca imponerlos dogmáticamente.
8. Sea cual fuere el método anticonceptivo de escogencia, éstos están llenando su cometido.
9. A la fecha, no se dispone de un método anticonceptivo perfecto. Todos presentan algún inconveniente; pero, debe evaluarse el riesgo de la multiparidad y el efecto de la familia numerosa frente a los peligros potenciales del empleo de un método dado.
10. Usar algún método anticonceptivo con constancia, es mejor que ensayar varios o no usar ninguno.
11. La educación sexual en todos los niveles de la vida del ser, forman parte de su crecimiento y desarrollo.

## RECOMENDACIONES

1. En primer lugar es importante que los gobiernos compilen los datos sobre el crecimiento de su población, los analicen con relación a sus planes nacionales o aspiraciones de

desarrollo económico y social y lleguen a comprender totalmente los obstáculos que pueda oponer el crecimiento de la población a su propio progreso económico y social.

2. Debe estudiarse y comentarse el interés que existe en todo guatemalteco por la planificación de su familia.
3. Es fundamental establecer programas educativos de alcance nacional, y convertir la planificación de la familia en movimiento nacional en beneficio de la salud; la dignidad del hombre y el progreso económico y social.
4. Debe integrarse la planificación familiar a los procedimientos y acciones de salud pública.
5. Que se ofrezca en todos los servicios de Maternidad, programas que incluyan la planificación familiar.
6. Es necesario incrementar los programas de adiestramiento de personal técnico y científico y promover estudios de investigación.
7. Debe intensificarse e incrementarse la Educación sexual en todos los niveles de desarrollo y educación del país.

## BIBLIOGRAFIA

1. Asociación Colombiana de Facultades, División de Estudios de Población. Estudios de Planificación Familiar, selección y traducción de los artículos aparecidos en "Studies in Family Planning". Traducción y Producción de Mercedes de Torres. Bogotá, Ediciones Tercer Mundo. s. f. 293 p.
2. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, División de Estudios de Población. Planificación familiar y programas de población, selección y traducción de la memoria de la Primera Conferencia Internacional sobre Programas de Planificación Familiar, Ginebra 23-27, 1965. Traducción y Producción (de) Mercedes de Torres. Bogotá, Ediciones Tercer Mundo. s. f. 281 p.
3. Asociación Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala, División de Servicios de Planificación Familiar. Desarrollo de la Asociación Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala, trabajo presentado al Segundo Seminario sobre problemas demográficos de Guatemala y su relación con el Servicio Social Profesional, celebrado en la Ciudad de Quezaltenango, del 4 al 6 de septiembre —1970. (mimeografiado). Guatemala, septiembre 1970. 21 p.
4. Berelson, Bernard. Population challenging world crisis. Edited by Bernard Berelson. Voice America Forum Lectures. Noviembre 1969. 335 p.
5. Billings, John. Método de la ovulación, resumen. Aprobado por la Iglesia Católica. Guatemala, Movimiento Familiar Cristiano. Septiembre 1970. 19 p.
6. Brenes, Víctor. Educación sexual, métodos y principios. Costa Rica, Asociación Demográfica Costarricense. 1969. 20 p.
7. Escardó F. Razón de ser de la Familia, de su Anatomía de la Familia. Guatemala, Asociación Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala. 1970. 34 p. (mimeografiado).
8. Haller, Jurgen. Ovulístasis hormonal. Madrid, Editorial Alhambra, S. A. s. f. 218 p.
9. Jones, Joseph Marion. La sobrepoblación ¿significa pobreza?, los hechos acerca del crecimiento de la población y el desarrollo económico. Prólogo de Eugene R. Black.

Washington, Center for International Economic Growth: 1962. 64 p.

10. Kirkendall, Lester A. Educación Sexual. Costa Rica, Asociación Demográfica Costarricense, 1970. 20 p.
11. Kleinman, R. L. Manuel Médico Anticoncepción. Argentina, Editorial Pax-México. 1967. 159 p.
12. Monteforte Toledo, Mario. La Familia de su Guatemala. Monografía Sociológica. Guatemala, Asociación Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala. 1970. 25 p. (mimeografiado).
13. Valle Calvo, Roberto. Ensayo crítico sobre el problema de la limitación de la familia. Tesis. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Agosto 1936: 32 p.

Ruth R. de Amaya  
Bibliotecaria

Dr. OTTO RAUL TANCHEZ LOPEZ

Dr. LUIS FERNANDO GALICH  
Asesor

Dr. GUILLERMO VASQUEZ  
Revisor

Dr. AMADO QUINONEZ  
Director de la Fase

Vo. Bo.

DR. CARLOS BERNHARD  
Secretario

DR. CESAR A. VARGAS M.  
Decano