

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PLANIFICACION FAMILIAR
CARACTERISTICAS Y CONSECUENCIAS

(Estudio efectuado en el municipio de Ocós
del Departamento de San Marcos,
en el segundo semestre de 1978)

TESIS

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

Por

ZOILA MIRNA QUEZADA ESCOBAR

En el acto de investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

CONTENIDO

- I. Introducción
- II. Antecedentes
- III. Objetivos
- IV. Planteamiento de las hipótesis
- V. Material, Metodología y Recursos
- VI. Descripción del área de trabajo
- VII. Presentación de resultados
- VIII. Análisis
- IX. Conclusiones
- X. Recomendaciones
- XI. Bibliografía

1. INTRODUCCION

La planificación puede considerarse de distintas maneras de acuerdo a la visión que de la misma se tenga, es decir de acuerdo a la concepción, análisis, juicio y posición ante la misma; se le puede considerar como solución, área de trabajo, componente programático, políticas de desarrollo o bien puede considerarse como problema, que es como lo considera la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

El consejo directivo del programa centroamericano de ciencias de la salud de la confederación de Universidades Centroamericanas (CSUCA) estableció el tema planificación familiar para estudiarse en el área.

Por lo tanto con éste trabajo de investigación en el área específica del municipio de Ocós, Departamento de San Marcos pretendimos encontrar las repercusiones socioculturales, biológicas y/o iatrogénicas que nuestro problemas ocasiona.

La asociación pro-bienestar de la familia (APROFAM) considera que la planificación familiar es el derecho y el deber que tiene la pareja humana para decidir cuantos hijos desea tener y cuando tenerlos.

Dada la magnitud del problema, no podíamos limitarnos con exclusividad a ciertos aspectos biológicos del mismo ni tampoco podíamos limitar nuestro campo de acción a aspectos puramente operacionales. Por el contrario; nuestro campo de acción en la investigación estuvo presente en la complejidad del problema estudiado, a través del trabajo de campo.

Dicha investigación se llevó a cabo durante el período comprendido del primero de Agosto/78 al treinta y uno de Enero de 1979; correspondiente a la práctica de ejercicio profesional supervisado (EPS) en dicho municipio.

II. ANTECEDENTES

La planificación familiar como tal en Guatemala fué iniciada por APROFAM (Asociación pro-bienestar de la Familia); la que se define como una entidad privada no lucrativa, sin nexos políticos ni religiosos, al servicio del pueblo, la cual fué reconocida como entidad con personería jurídica por acuerdo gubernativo del 27 de Agosto de 1964.

La primer clínica fué establecida en la capital, y en 1967 se extendió al área rural, con tres proyectos pilotos situados en Jutiapa, Jalapa y Puerto Barrios.

A partir de 1970 ha venido desarrollandose un programa incluyendo: adolescentes, pre-adolescentes, estudiantes, líderes religiosos y políticos; en distintos poblados del país, utilizando para ello médicos, trabajadores sociales y psicólogos.

La planificación familiar en el municipio de Ocosingo se introdujo a inicios de 1978 (no se encontraron datos exactos).

III. OBJETIVOS

- 1- Conocer las características de los programas de Planificación Familiar (sus componentes, actividades, tareas, normas, recursos y coberturas) en el municipio de Ocos.
- 2- Conocer las características sociales (concepción de la familia, su formación y composición, hábitos y creencias) en el municipio de Ocos.
- 3- Detectar en la medida de lo posible, los efectos - iatrogénicos de los métodos anticonceptivos.
- 4- Determinar los mecanismos de distribución de los productos contraceptivos.
- 5- Establecer el grado de utilización de los recursos de salud del país en función de las prioridades.

IV. PLANTEAMIENTO DE LAS HIPOTESIS

- 1- Los programas de planificación familiar contribuyen a agravar la situación de salud del municipio de Ocós al consumir parte de los recursos destinables a la atención en otros campos.
- 2- Los programas de planificación familiar en el municipio de Ocós se aplican sin tomar en cuenta los efectos iatrogénicos de los métodos utilizados.
- 3- Los programas de planificación familiar en el municipio de Ocós no toman en cuenta los efectos socio-culturales de la población.

V. MATERIAL METODOLOGIA Y RECURSOS

- Material:
- 1o. Puesto de Salud del Mpio. de Ocos.
 - 2o. Personal paramédico del puesto de salud de Ocos.
 - 3o. Muestra aleatoria representativa de las mujeres en edad reproductiva del municipio de Ocos (consistente en 72 mujeres).

Metodología:

- Revisión de recursos del puesto de salud.
- Entrevistas y observaciones personales del personal paramédico.
- Encuesta a muestra aleatoria.

Recursos:

- Puesto de salud del municipio de Ocos.
- Instrumentos de trabajo (anexos).

VI. DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO

Datos Geográficos e historicos; Ocós municipio del departamento de San Marcos; municipalidad de cuarta categoría; extensión aproximada de 205 Km².

Colinda al norte con ciudad Tecún Uman (Ayutla) y Coatepeque; al este con Retalhuleu; al sur con el océano pacífico y al oeste con México.

El banco de marca establecido por la Dirección General de caminos en el parque de la cabecera, está a 3.71 mts. sobre el nivel del mar; latitud 14° 30' 35", longitud 92° 11' 26".

La principal carretera que une a Ocós con ciudad Tecún Uman tiene una extensión aproximada de 20 kms.

De la cabecera municipal se cuenta también con caminos de herradura y veredas que unen a su poblados entre y si con los municipios vecinos.

Antes de la conquista era conocido con lengua Mam como Ucuz, siendo mencionado así en las crónicas indígenas.

Ocós es apócope de las voces mexicanas Okoshotl, Ocosote e Izotl, nombre aborígen de la yuca gloriosa.

En el municipio existen varias salinas; además de la pesca a que se dedica la mayoría de sus habitantes, también hay importantes crianzas de ganado vacuno y porcino.

La feria titular es movable, celebrandose durante la Se-

El municipio cuenta con un pueblo, dos aldeas y doce caseríos.

Fué declarado como puerto en el año 1884, y en 1887 contaba con muelle de hierro y era puerto activo, tenía - 1,314 pies de largo.

En 1902 hizo erupción el volcán Santa María, quedando destruido el puerto por la enorme cantidad de piedra y arena que arrastraron los ríos Naranjo y Ocosito.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

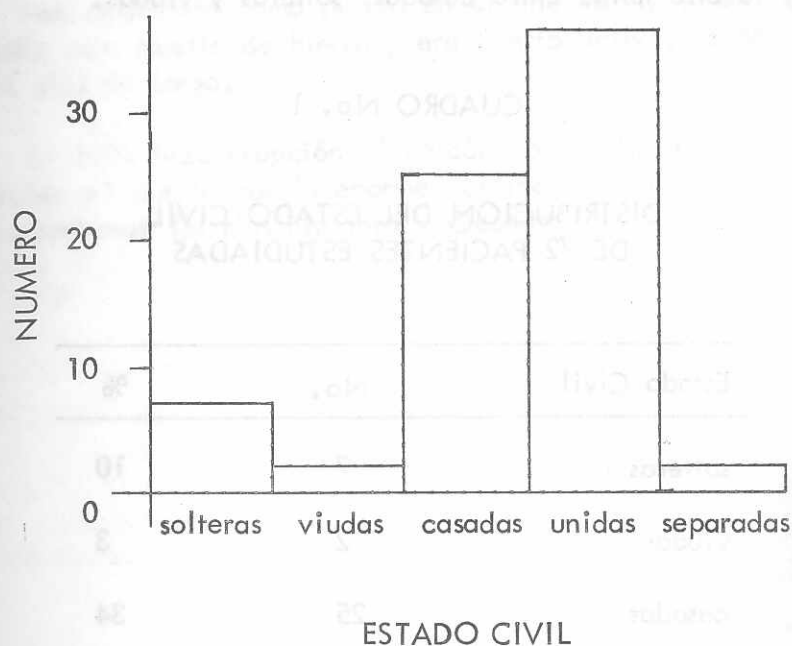
El Estado Civil de la población encuestada presentó cinco variantes, la mitad de nuestro universo fueron mujeres unidas y la otra mitad entre casadas, solteras y viudas.

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION DEL ESTADO CIVIL DE 72 PACIENTES ESTUDIADAS

Estado Civil	No.	%
solteras	7	10
viudas	2	3
casadas	25	34
unidas	36	50
separadas	2	3
Total	72	100%

GRAFICA No. 1



Fuente: Cuadro No. 1

Diagrama de barras en el cual se observa una gran cantidad de mujeres que viven maritalmente, representando más del 80% de mujeres encuestadas.

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION ETAREA DE 72
PACIENTES ESTUDIADAS

grupo etáreo	No.	%
de 14 - 20 años	15	21
de 21 - 25 años	14	19
de 26 - 30 años	13	18
de 31 - 35 años	4	6
de 36 - 40 años	12	17
de 41 - 44 años	14	19
TOTAL	72	100%

La edad osciló entre los 14 y los 44 años, clasificándose por lustros para su mejor evaluación.

Llama la atención el hecho que la frecuencia de mujeres sea más ó menos igual, con excepción del grupo de mujeres del grupo de 31-35 años que difiere de la pirámide de distribución etárea clásica.

CUADRO No. 3

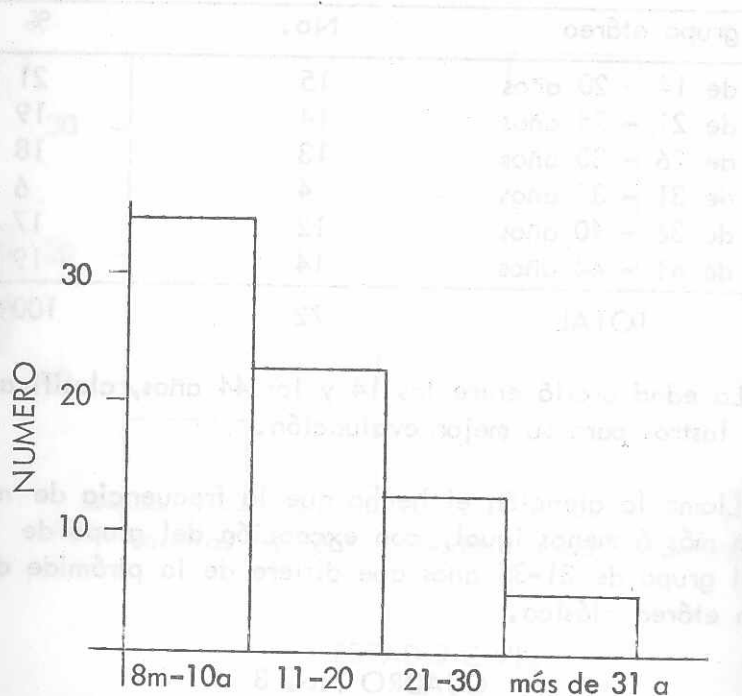
DISTRIBUCION DE ACUERDO A SU RELIGION
DE 72 PACIENTES ESTUDIADAS

religión	No.	%
católica	35	49
evangélica	19	26
ninguna	18	25
TOTAL	72	100%

La religión a la cual pertenecían nuestras entrevistadas,

presentó tres variantes; católicas, evangélicas y el resto no re-
firió pertenecer a ninguna.

GRAFICA No. 2



TIEMPO DE CONVIVENCIA

El tiempo de convivencia fué clasificado por décadas,
en contrándose que la mayoría de nuestras entrevistadas tenían
menos de 10 años de vida marital.

CUADRO No. 4

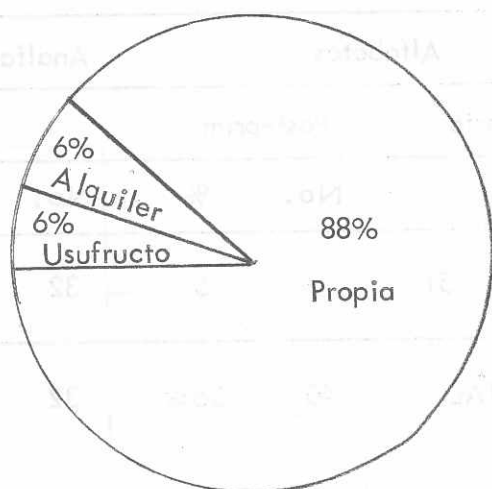
DISTRIBUCION DEL GRADO DE ESCOLARIDAD
DE 72 PACIENTES ESTUDIADAS

Alfabetas				Analfabetas	
Primaria		Post-prim			
No.	%	No.	%	No.	%
37	51	3	5	32	44
TOTAL		40	56%	32	44%
		72	100%		

La escolaridad de nuestras entrevistadas presentó dos va-
riables principales, encontrando mayor porcentaje de alfabete-
tas.

GRAFICO No. 3

TENENCIA DE LA VIVIENDA



El anterior diagrama circular nos muestra que el mayor porcentaje de nuestras entrevistadas poseían cada propia y el resto entre alquileres y usufructo.

CUADRO No. 5

Situación ambiental:

Indice de dormitorios por persona = 0.22

Indice de camas por persona = 0.60

Estos índices son mas bajos de lo aceptado, para poder decir que en las casas de las entrevistadas no hay hacinamiento.

CUADRO No. 6

ASPECTOS GINECOBISTETRICOS DE LAS ENTREVISTADAS

Menarquía	No.	%
12 años	5	7
13 años	23	32
14 años	21	29
15 años	15	21
16 años	8	11
TOTAL	72	100%

La menarquía en la mayoría de nuestras entrevistadas se presentó a la edad de 13 años.

CUADRO No. 7

FRECUCENCIA MENSTRUAL DE
72 PACIENTES ESTUDIADAS.

Frecuencia menstrual	No.	%
de 26 - 30 días	61	85
de 31 días o más	8	11
no sabe	3	4
TOTAL	72	100

La proporción de frecuencia menstrual fué de 85% 26 a 30 días.

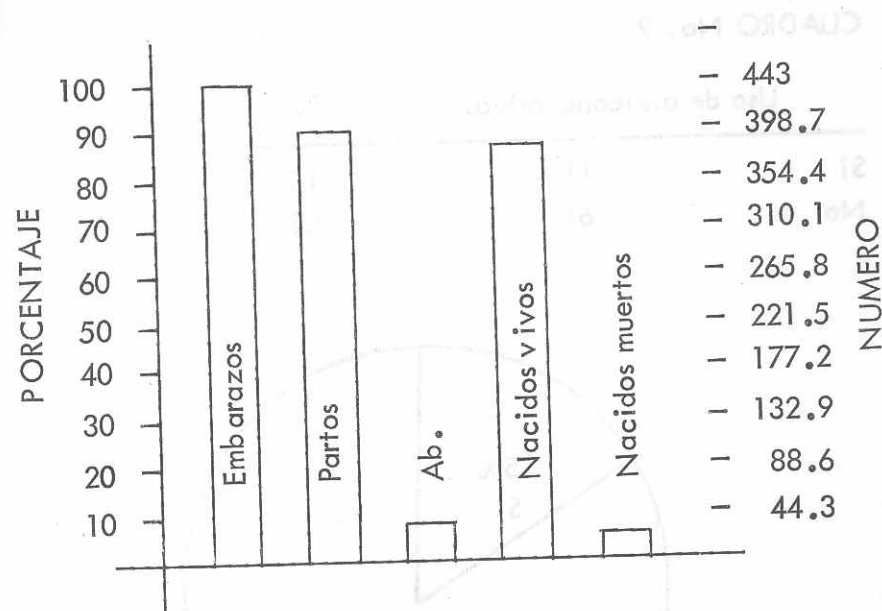
CUADRO No. 8

CARACTERISTICAS DE LA MENSTRUACION
DE 72 PACIENTES ESTUDIADAS

Características de la menstruación	SI		NO	
	No.	%	No.	%
Dolorosa	40	56	32	44
tensión premenst.	23	32	49	68
hemorragia con coágulos	20	28	52	72

De las características menstruales de nuestras entrevistadas se encontró que un 56% es indolora, en un 68% no tienen tensión premenstrual y un 72% la presentan sin coágulos.

GRAFICO No. 4

RESULTADO DE CADA EMBARAZO
DE 72 PACIENTES ESTUDIADAS

RESULTADO DE CADA EMBARAZO

Diagrama de Barras que representa el resultado de cada embarazo con respecto a Partos, Abortos, Nacidos Vivos y Nacidos Muertos.

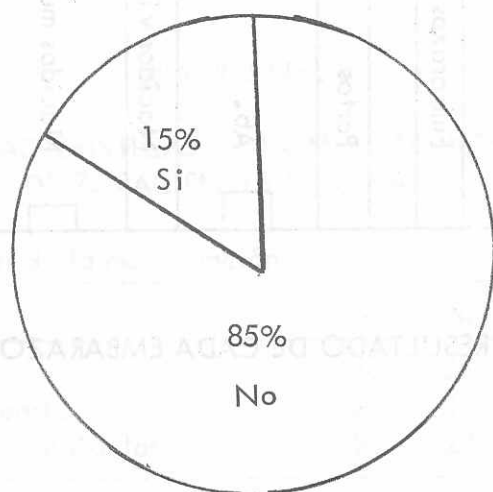
USO DE ANTICONCEPTIVOS

GRAFICO No. 5

Diagrama de sectores referente al uso de anticonceptivos en una muestra de 72 personas.

CUADRO No. 9

Uso de anticonceptivos		%
Si	11	15
No	61	85



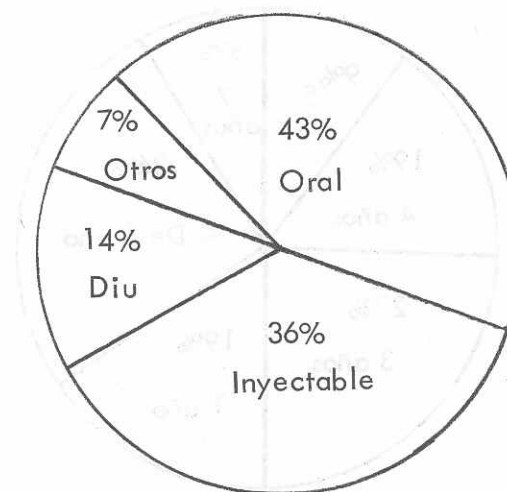
FUENTE: CUADRO No. 9

GRAFICO No. 6

Diagrama de sectores que representa la forma de administración de anticonceptivos, en una muestra de 11 mujeres.

CUADRO No. 10

Forma de administración	No.	%
Oral	6	43
Injectable	5	36
Disposit.	2	14
Otros (ritmo)	1	7



FUENTE: CUADRO No. 10

GRAFICO No. 7

Gráfico de sectores que representa el tiempo de uso de anticonceptivos en una muestra de 11 mujeres.

CUADRO No. 11

Tiempo de uso	No.	%
1 - 12 meses	4	36
1 año	2	19
3 años	3	27
4 años	2	19
5 años	1	9
7 años	1	9



FUENTE: CUADRO No. 11

GRAFICO No. 8

Diagrama de sectores que representan el cambio del uso de anticonceptivos.

CUADRO No. 12

Cambio	No.	%
Si	3	27
No	8	73



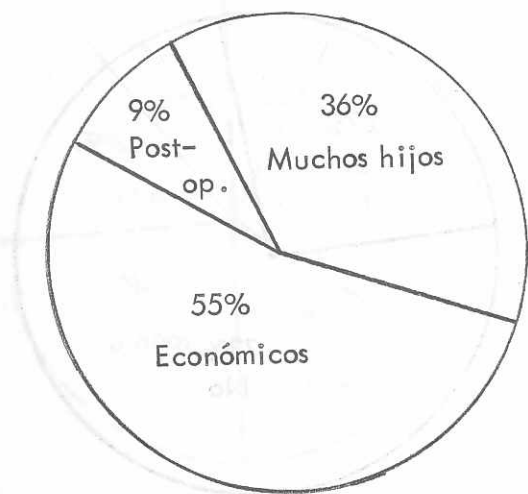
FUENTE: CUADRO No. 12

GRAFICO No. 9

Diagrama de sectores que representan las razones de asistir a la planificación familiar.

CUADRO No. 13

Razones	No.	%
Muchos hijos	4	36
Económicos	6	55
Post-op.	1	9



FUENTE: CUADRO No. 13

GRAFICO No. 10

Gráfico de sectores que representa quién recomendó asistir al programa de planificación familiar.

CUADRO No. 14

Medio de recomendación	No.	%
Esposo	3	27
Familiar	2	18
Médico	3	27
Amigas	2	18
Radio	1	9



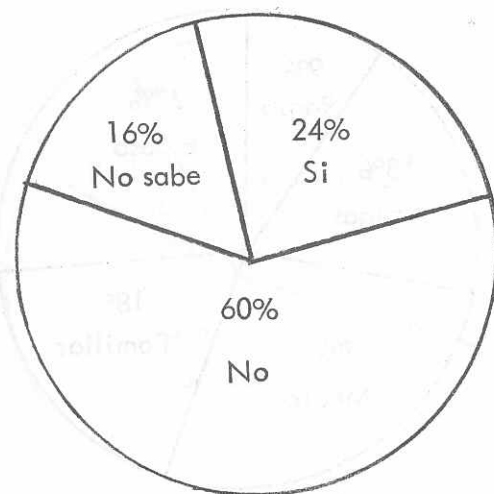
FUENTE: CUADRO No. 14

GRAFICO No. 11

Diagrama de sectores que representa la respuesta si los esposos están o nó de acuerdo al uso de anticonceptivos.

CUADRO No. 15

Está de acuerdo su esposo	No.	%
Si	17	24
No	43	60
No sabe	12	16



FUENTE: CUADRO No. 15

CUADRO No. 16

Efectos Colaterales del Uso de anticonceptivos	SI	NO
Aparecimiento de Cloasma	2	9
Cefalea	4	7
Cambios en la visión	1	10
Aumento de la sed	1	10
Aumento del apetito	2	9
Aumento de peso	2	9
Sensación de llenura	1	10
Tendencia a la Obesidad	2	9
Náusea	1	10
Pirosis (acidez)	1	10
Descubrimiento de nódulos en los senos	1	10
Ausencia de menstruación	3	8
Aumento de sangrado	3	8
Cambios en la lactancia	2	9
Disminución de la libido	1	10
Aumento de várices	1	10
Irritabilidad	1	10

CONCEPCION DE LA FAMILIA

La mayor parte de las entrevistadas siempre consideraron a la familia como una pareja de Padres y sus hijos con el fin de ayudarse entre sí, unidos por el amor y por razones biológicas.

Consideraban a los familiares de su cónyuge como parte de su familia; la ayuda mutua es una razón muy importante.

Por otro lado la mayoría de ellos consideraba que para formar una familia, tanto el hombre como la mujer debían ser adultos.

Con respecto al tamaño de la familia hubieron diversas opiniones pero en general consideraron que la familia debía de ser de un promedio de cinco a seis hijos.

Estando en su mayoría conformes con los hijos que tienen, con excepción de 14 señoras, de las cuales una de ellas quisiera tener menos hijos y el resto quisiera tener por lo menos uno más.

El 40% consideraban que sus hijos si los ayudan, ya sea en lo económico o en el propio trabajo; el restante 60% consideró que nó, ya que sus hijos eran menores de edad.

VIII. ANALISIS

De acuerdo a los diferentes cuadros y gráficas de resultados presentados podríamos analizar lo siguiente:

Se entrevistaron 72 mujeres de las cuales 50 eran del municipio y 22 de una aldea o sea que nuestro trabajo está basado en un 69% de una población urbana y un 31% de rural.

El estado civil de nuestra muestra presentó cinco variantes; la mitad de nuestro universo eran mujeres unidas (50%) y la otra mitad entre unidas, casadas, solteras y viudas. (ver cuadro y gráfica No. 1)

La edad osciló entre los 14 y 44 años, clasificándose por lustros para su mejor evaluación, encontrándose el mayor porcentaje (21%) mujeres menores de 21 años (por lo anterior la mayoría podrían ser unidas); se encontró además un 19% de mujeres entre 21 y 25 años y de 41 a 44 años o sea igual porcentaje para ambas edades. (ver cuadro No. 2).

La religiosidad presentó tres variantes; católico, evangélico y un 25% no refirieron ninguna. (ver cuadro No. 3).

El mayor porcentaje encontrado fueron mujeres católicas aunque realmente no llegan a practicar ningún culto religioso y lo son por el hecho de haber sido bautizadas en dicha religión; un 26% refirieron pertenecer a la religión evangélica, pudiendo comprobar en su mayoría que si asisten a sus cultos religiosos.

El tiempo de convivencia fué clasificado por décadas, desde 8 meses hasta más de 31 años; el 38% tenían menos de 10 años de convivencia; (ver gráfica No. 2), el 24% tenían entre

11 y 20 años de convivencia pudiendo relacionarse con las edades de segunda frecuencia (21-25 años y 41-44 años) por lo que se concluye que éstas pudieron unirse entre los 15 y 20 años de edad.

La escolaridad de nuestras entrevistadas fué de 56% alfabetas y 44% analfabetas, haciendo la siguiente aclaración del porqué nuestro porcentaje de alfabetas fué tan alto comparándose con porcentajes a nivel nacional. Se tomó en cuenta el grado de alfabetización en primaria y post-primaria. (ver cuadro No. 4). La población fue en su gran mayoría urbana y ladina.

La ocupación principal de nuestras entrevistadas fueron los oficios domésticos en un 92%; y un 8% de mujeres que tenían trabajo remunerado, especificando que la mitad tenían oficios temporales (corte de algodón); y permanente (venta de mariscos, por lo general todo el año).

Con respecto a la extensión tenencia y uso de la tierra el porcentaje fué bajo, ya que se encontró solo un 3%; y un 97% que no tienen tierras cultivables de lo que se puede concluir que los habitantes del puerto inactivo de Ocos no viven del uso de su tierra, sino de la pesca y del trabajo remunerado en tierras que no son de su propiedad.

Con respecto a la tenencia de la vivienda un 88% tienen vivienda propia un 6% es alquilada y un 6% en usufructo lo cual pertenece a personas que tienen casas de veraneo en la playa para ciertas épocas del año y dichas personas lo cuidan durante la ausencia de sus dueños (ver gráfico No. 2).

El tipo de vivienda fué único, ya que en su mayoría son con techo de palma, paredes de madera y algunas también de palma, y el piso de tierra.

El número y clase de ambiente fué para un 75% de un solo ambiente y cocina separada. Se encontró un índice de dormitorios por persona de 0.22; y un índice de camas por persona de 0.60 que indican un cierto grado de hacinamiento en dichas viviendas. (ver cuadro No. 5).

El agua que utiliza el 86% es de pozo, ocupándola para beber, cocinar los alimentos, bañarse, lavar ropa, etc.; algunos toman el agua hervida, pero no en su mayoría. Un 14% utilizan agua de río, encontrándose esto únicamente en aldeas.

La disposición de excretas es en un 61% a flor de tierra y un 30% poseen letrina que en su mayoría no tienen fosa ya que al excavarlo encontrarían agua; es únicamente una tarima un poco alta.

Con respecto a los aspectos ginecoobstétricos de las entrevistadas se analiza que la menarquía se inició en nuestra muestra de los 12-16 años; el más alto porcentaje fue de 32% a la edad de 13 años, 29% a los 14 años y 21% a los 15 años y bajos porcentajes a los 12 y 16 años (ver cuadro No. 6).

La frecuencia fué de 26-30 días en un 85%, un 11% más de 31 días y un 4% no supieron decir su frecuencia (ver cuadro No. 7).

Con respecto a características de la menstruación si era o no dolorosa el 56% fué afirmativo, encontrando variabilidad en frecuencia e intensidad del dolor, un 46% fué negativo. (ver cuadro No. 8).

La tensión premenstrual fué negativa probablemente porque en su mayoría no presentan problemas psicológicos y no viven en constante tensión; positivos se encontraron 32%. (ver cuadro No. 8).

Con respecto a si la hemorragia era o no con coagulos en un 72% fué negativo y 28% positivos, por lo que se puede concluir que en la mayoría de las mujeres encuestadas no se presentan problemas en sus días menstruales (ver cuadro No. 8).

En el número de embarazos se presentaron 16 variables; de cero embarazos hasta 17.

El mayor porcentaje fue de 14% para mujeres con tres embarazos, analizando comprobamos que la mayoría de entrevistadas eran menores de 20 años y con tiempo de convivencia menor de 10 años, serían por lo tanto uniones recientes por el número de hijos procreados.

El número de partos fué un total de 399 lo cual es menos que el número de embarazos 443; el porcentaje más alto fué de mujeres que presentaron 7 partos en un 13%; esto significa que en su mayoría las mujeres son multíparas lo que concuerda, si recordamos que el tiempo de convivencia fué menos de 10 años, las mujeres podrían quedar embarazadas un año y medio cada producto un 11% de las mujeres con tres partos, éstos no se relacionan con el número de gestas por lo que cabría que éstas mujeres presentaron partos múltiples lo cual no fué investigado; los demás resultados presentaron variables, se encontraron mujeres con dos partos (10%), cuatro, seis y once partos con porcentaje de 8%; mujeres con ocho partos (10%) con uno y cinco partos (6%), mujeres con trece partos (4%) y 17 partos (2%).

No hubo ningún nacido por cesárea; las madres no visitan el hospital para la atención del parto, el número de embarazos es alto por lo que se deduce que en su mayoría son partos eutócicos. (ver gráfico No. 4).

El uso de anticonceptivos fué 85% negativo o sea que solo

15% utilizaban métodos anticonceptivos (11 mujeres); resultado realmente bajo, ésto podría ser dado por el hecho que en el municipio no hay expendederos exclusivos de APROFAN y el puesto de salud tiene poca afluencia de ellas. (ver gráfico No. 5 y cuadro No. 9).

Con respecto al método utilizado el oral era el mas usado (43%), siguiéndole el inyectable (36%) que en su mayoría no tienen control médico; el dispositivo intrauterino (un 14%) y se encontró que una mujer planificaba su familia por el método del ritmo (se investigó y era bien usado). (ver gráfico No. 6 y cuadro No. 10).

El tiempo del uso de anticonceptivos fué variable; encontrándose desde un mes hasta 7 años, un 36% tenían menos de un año de usarlo y algunas de ellas comenzaban a usarlo y si se presentaban algunos efectos colaterales dejaban de utilizarlos, el 27% lo usaron por 3 años, un 10% lo usaron por uno y cuatro años; un 9% lo usaron 5 y 7 años. (ver gráfico No. 7 y cuadro No. 11).

El cambio del tipo de anticonceptivos fué 27% afirmativo lo que coincide con el mayor porcentaje de tiempo de uso menor de un año. (ver gráfico No. 8 y cuadro No. 12).

Las razones que dieron nuestras entrevistadas para utilizar métodos anticonceptivos fueron en un 55% económicos y 36% el tener muchos hijos que viene siendo casi lo mismo, ya que sus ingresos son bajos y difícilmente pueden ser aumentados lo que no les permite darles una buena atención a tantos hijos; como recomendación post-operatoria se encontró un caso. (ver gráfico No. 9 y cuadro No. 13).

Con respecto a quien le recomendó que utilizaran métodos

anticonceptivos 27% lo recomendó el esposo al igual que el médico; un 18% un familiar y un amigo; y al escucharlo por la radio decidió usarlo una persona; de lo anterior podríamos decir que el esposo quien al sostener el hogar ordena a su mujer el uso de anticonceptivos y otro porcentaje es recomendación médica; la radio aunque en menor porcentaje forma parte para que la familia sea o no planificada (ver gráfico No. 10 y cuadro No. 14).

Con respecto a si el esposo estaba o no de acuerdo al uso de anticonceptivos se obtuvieron 60% negativos dado esto posiblemente a la desconfianza que el hombre tiene en la mujer por la probabilidad que ésta tenga otro marido; un 24% fué positivo con una pequeña diferencia con las mujeres que utilizaban métodos anticonceptivos; un 16% no supieron responder dicha pregunta, (ver gráfico No. 11 y cuadro No. 15)

Entre nuestra muestra de 11 pacientes los efectos colaterales encontrados fueron variables, en su mayoría presentaron cefalea; luego la menstruación presentó variablemente ya sea en aumento o ausencia; por lo que éstas mujeres al no tener control médico y presentar dichos problemas cambiaban a otro método anticonceptivo o dejaban de utilizarlo.

Los otros efectos colaterales encontrados fueron cloasma, aumento del apetito aumento de peso, tendencia a la obesidad, cambios de lactancia y en menor número se encontró disminución de la libido, aumento de varices, irritabilidad, nódulos en los senos, sensación de llenura y aumento de sed pudiendo ser esto ocasionado con el método menos usado que fué el dispositivo intrauterino. (ver cuadro No. 16).

Por último con respecto a la concepción de la familia que tienen las entrevistadas, podemos analizar que la conciben como

un núcleo de unión y de ayuda mutua para lograr una vida mejor, en forma madura y no irresponsable. Además en general se piensa que el número de hijos debe ser de cinco o seis. Siempre que dichos hijos son mayores de edad se conciben como un soporte económico para la misma familia.

IX. CONCLUSIONES

Hipótesis No. 1

"Los programas de Planificación Familiar contribuyen a agravar la situación del País al consumir parte de los recursos destinables a otros campos".

La anterior hipótesis no puede aceptarse ni rechazarse y a que los datos de nuestro trabajo no son suficientes para demostrarse.

Hipótesis No. 2

"Los programas de Planificación Familiar en el municipio de Ocos se aplican sin tomar en cuenta los efectos iatrogénicos de los métodos utilizados".

- El uso de métodos contraceptivos en nuestra población estudiada fué solamente un 15%.
- La forma que ésta es administrada (por demanda espontánea en el puesto de salud, en algunos casos; es 43% por vía oral, casi la mitad de nuestra muestra y 36% inyectable; en contrándose en uso el dispositivo intrauterino y el método del ritmo; los cuatro métodos utilizados.
- El tiempo de uso fué variable de un mes a 7 años, habiendo para ello cambios de un método a otro.
- Los efectos colaterales fué entre 17 variantes no encontrando datos de control de su uso.

Por lo tanto la segunda hipótesis se acepta.

Hipótesis No. 3

"Los programas de planificación familiar no toman en cuenta los aspectos socio-culturales de la población".

- La mayoría de la población en estudio la constituía un 50% de mujeres unidas y 34% de casadas.
- El 44% eran analfabetas y 56% habían tenido estudios únicamente entre primaria y post-primaria.
- La familia fué considerada por nuestras entrevistadas como la pareja de Padres y sus hijos con el fin de ayudarse entre sí, unidos por el amor y también por razones biológicas.
- Consideraban a los familiares de su cónyuge como parte de su familia la ayuda mutua es una razón muy importante.
- Por otro lado la mayoría de ellos consideraba que para formar una familia, tanto el hombre como la mujer debían ser adultos.
- Con respecto al tamaño de la familia hubieron diversas opiniones, pero en general consideraron que la familia debía de ser de un promedio de cinco a seis hijos.
- Estando en su mayoría conformes con los hijos que tienen, con excepción de 14 señoras, de las cuales una de ellas quisiera tener menos hijos y el resto quisiera tener por lo menos uno más.
- El 40% consideraban que sus hijos ayudaban al hogar; y a sea en lo económico o en el propio trabajo; el restante 60% consideró que nó, ya que sus hijos eran menores de edad.

Por lo tanto la tercera hipótesis se acepta.

X. RECOMENDACIONES

1. Que se establezcan las justificaciones para la existencia de un verdadero programa de planificación familiar a nivel nacional.
2. Que se cancele la venta de contraceptivos sin previa receta médica.
3. Que se aclare el hecho entre la gente de escasos recursos económicos que al evitar tener hijos no mejorara su nivel socio-económico.
4. Que sean mejorados los servicios de Salud del municipio de Ocosingo.
5. El mejorar los niveles económicos-culturales de las poblaciones mejorará el control de la familia.
6. Que en la Universidad de San Carlos de Guatemala se continúen realizando investigaciones que nos permitan conocer en forma real la situación nacional y sus posibles soluciones.

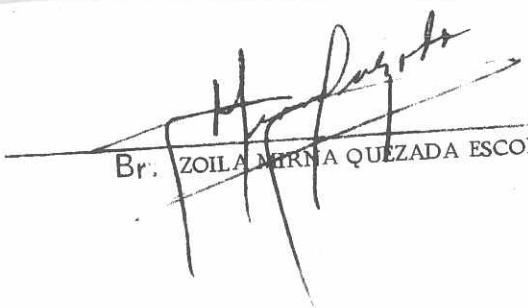
XI. BIBLIOGRAFIA

- 1) Arias Blois, Jorge
La Familia y la población
Asociación pro-bienestar de la familia
Folleto.
- 2) APROFAM
El gran desafío
Folleto
- 3) Aprofam
Que es APROFAM
Folleto
- 4) De León Méndez, Julio
Coloquio sobre planificación familiar
Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de CC MM
Folleto de 46 hojas.
- 5) Domínguez Rueda, José Luis
Evaluación crítica del programa de planificación familiar
Tesis presentada a la Facultad de CC MM
Mayo de 1979
- 6) Klein, R. L.
Manual médico de anticoncepción
Editorial Pax-México.
- 7) Lucero Salazar, Nery Osberto
Estudio y auditoría Médica sobre Planificación Familiar en
los Municipios de El Chol y Granada, Baja Verapaz.

Tesis presentada a la Facultad de CC MM
Agosto de 1978.

8) Martínez Galvez, Edgar Ariel
Realidad de la Planificación Familiar en Baja Verapaz
Tesis presentada a la Facultad de CC MM
Mayo de 1978.

9) Soto Avendaño, Arturo
Consideraciones demográficas Guatemaltecas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de CC MM, Fase II
Folleto 1975.

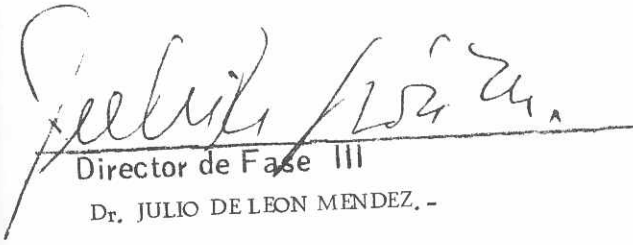

Br. ZOILA MIRNA QUEZADA ESCOBAR. -


Asesor

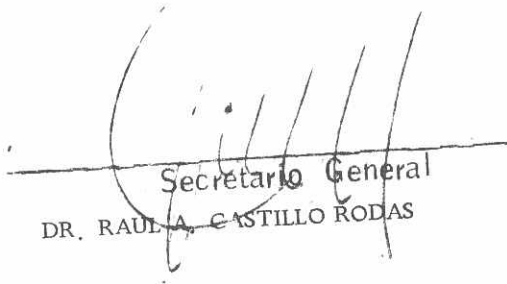
DR. ROBERTO ORELLANA.


Revisor

DR. FERNANDO RENDON CONTRERAS

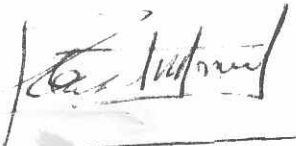

Director de Fase III

Dr. JULIO DE LEON MENDEZ. -


Secretario General

DR. RAUL A. CASTILLO RODAS

V.O.D.O.


Decano

Dr. ROLANDO CASTILLO MONTALVO