

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ANALISIS DE LA PLANIFICACION FAMILIAR EN EL
MUNICIPIO DE IZTAPA

Presentada Ante la Junta Directiva

Facultad de Ciencias Médicas

de la

Universidad de San Carlos

por:

JULIO RENE SOLIS PENEDO

En el Acto de Investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

I N D I C E

- I. INTRODUCCION
- II. ANTECEDENTES DE LA PLANIFICACION FAMILIAR
- III. OBJETIVOS
- IV. JUSTIFICACIONES
- V. HIPOTESIS
- VI. MATERIAL, METODOS Y RECURSOS
- VII. ANALISIS DE POBLACION Y MONOGRAFIA DE IZTAPA
- VIII. PRESENTACION DE DATOS
- IX. DESCRIPCION, ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS ESTADISTICOS.
- X. CONCLUSIONES

XI. RECOMENDACIONES

XII. BIBLIOGRAFIA

I. INTRODUCCION

Debido al gran auge que ha tomado el tema "PLANIFICACION FAMILIAR" en nuestro país y del desarrollo y forma en que se ha estado llevando desde hace más o menos 15 años, y dado a la incertidumbre que se ha creado sobre la conveniencia o no de la utilidad de la Planificación Familiar en Guatemala; si en realidad es o no una necesidad urgente y solicitada por el guatemalteco o si éste está preparado para recibir una planificación familiar.

Además, la forma en que se está llevando actualmente la planificación familiar es otro tema de discusión que necesitaría un estudio inmediato buscando mejores soluciones.

Dado a estas circunstancias es que me ha servido de estímulo para la realización de este trabajo de tesis, que implicó un estudio durante cuatro meses en el Municipio de Iztapa departamento de Escuintla, en el año de 1978.

El presente estudio, en el Municipio de Iztapa, tiene por objeto, siendo ésta una área representativa como cualquier otro municipio, de la forma en como se está llevando a cabo la planificación familiar para analizar y corroborar la forma de trabajo de las entidades que participan en la planificación familiar (APROFAM, DIMIF). Además, detectar el cumplimiento de sus objetivos, comprobar las coberturas alcanzadas y analizar las repercusiones en los campos psico-bio-sociales en la población investigada, así como también verificar la necesidad de una planificación fami-

liar en el presente momento, o por el contrario dirigir nuestros esfuerzos en la solución de otros problemas de salud tales como enfermedades transmisibles etc., con programas de prevención que de hecho sabemos que son más útiles.

II. ANTECEDENTES DE LA PLANIFICACION FAMILIAR

2.1 Aspectos Históricos de la Planificación Familiar

En el libro "El Arcano de los Príncipes" escrito en el siglo XVII se planteaba que la carestía de los bienes se debía al crecimiento de la población. Pero a pesar de esto, en esa época no existió preocupación alguna para disminuir dicho crecimiento, sino por el contrario, se preocuparon por procurar el crecimiento de la población como se demuestra en el "Edicto Francés" de 1666 en el que se entregaban diversos derechos a las familias numerosas, tales como dinero en efectivo y no tener que realizar trabajos ad-honorem para la administración pública.

En el año 1798, época de la revolución industrial, en que surge el iniciador de las teorías del control natal, el inglés Robert Malthus con su obra "Ensayos sobre el Principio de la Población", en donde se pregonó la limitación de la misma, al concluir en que la población, crecía en progresión geométrica y los recursos en progresión aritmética. Esto sucedió en los momentos de explosión demográfica de Europa, en donde los poseedores de los medios de producción veían el levantamiento de las masas obreras explotadas, por ejemplo, menciona la "Comuna de París".

Esta teoría Malthusiana es la que ha servido de base para el desarrollo de todos aquellos programas que tienden a limitar el crecimiento de la población.

No obstante, las sociedades desarrolladas han procurado implantar políticas que tiendan al incremento de la población interna.

Musolini en 1922 se lamentaba que Italia tuviera sólo 40 millones de habitantes "Para destacar en el mundo debemos ser no menos de 60 millones antes de finalizar la segunda mitad de este siglo". El premiaba a las madres más fecundas.

En 1944 la URSS daba dinero mensualmente durante 5 años por cada hijo, desde el tercero. A la madre soltera se le daba desde el primer hijo durante doce años. La madre con cinco hijos recibía una medalla, y con 10 hijos recibía la orden de la "Madre Heroína". En la década del 60, en 27 países europeos y 62 del mundo se pagaba a sus ciudadanos por tener hijos.

En 1967, el Presidente de los Estados Unidos, Lyndon B. Johnson celebró una ceremonia frente al "Reloj de Censo" con motivo que éste marcaba 200 millones de habitantes, declaró que esa nación siempre sería bendita por cuanto millones habiten en ella.

No obstante, esa declaración, en el principio de la década del 60, el mismo Lyndon Johnson, hizo célebre una frase: "Cinco dólares invertidos contra el crecimiento de la población son más efectivos que 100 dólares invertidos en el crecimiento económico".

Claro está, esta declaración se refería a las poblaciones económicas y políticamente dependientes de su país.⁽²⁾

2.2 Origen de la Planificación Familiar

Históricamente, el interés de las clases dominantes en el control de la población, puede remontarse hasta Malthus.

En U.S.A. surge un movimiento eugenístico que pretende abolir el mestizaje, participando la familia Osborn de la Oligarquía, pero para darle una nueva orientación, para que no fuera confundido con el Hitlerismo, fue envuelto en el programa del control demográfico.

En 1930 la fundación Rockefeller comenzó a pagar diversas investigaciones, en 1952, creando el Population Council con Rockefeller, Osborn, Lewis Strauss (ex-funcionario del Gobierno y Director de la R.C.A. Víctor) T. Borren, C.P. Weskini (miembro del Consejo de Relaciones Internacionales) órgano de la clase burguesa que confecciona políticas internacionales para el gobierno de los EE.UU.

Todos pertenecen a la clase dominante o a representantes del Gobierno; un grupo similar formó el Comité Presidencial de la Política de Materiales, el cual concluyó que los "EE.UU. tenía recursos necesarios para mantener su civilización si sólo podía contar con las reservas del III mundo", por lo tanto, ponían en evidencia que si los países en desarrollo no les brindaban su apoyo tenían el peligro de desaparecer. A mediados de la década del 60 se institucionaliza este programa por los siguientes motivos:

1. Control de las materias primas de los países dependientes,
2. Por su seguridad militar.

De todo esto resulta la estrecha relación entre burguesía y gobierno.

En 1965 la AID ingresó al programa invirtiendo el 11% del total de sus ingresos de fuentes norteamericanas para el control de la población del III mundo. En 1968, éste asciende al 55%, más el 12% de las instituciones nacionales de salud. Es así como el financiamiento pasó de las élites del gobierno, al de empresas multinacionales para conformar una institución. (2)

2.3 Origen de la Planificación Familiar en Guatemala

La Planificación Familiar en Guatemala vino a través de una Asociación cuyas siglas son APROFAM -Asociación Pro-Bienestar de la Familia-

Fue fundada en Guatemala por un grupo de profesionales, multidisciplinados, médicos, enfermeras y trabajadores sociales en el año de 1964, obtuvo su personería jurídica el 25 de agosto del mismo año y dio principio a sus labores el 2 de enero de 1965; afiliada a la IPPF (Planned Parenthood, World Population). Se hizo órgano consultor desde 1971 de las siguientes organizaciones: Mundial de la Salud WHO, Alimentos OFAO, de la Organización Internacional del Trabajo, UNESCO y UNICEF.

Su financiamiento es a través de las siguientes fuentes (datos 1974):

AID	Q.456,000,000
PRIVADOS	" 181,000,000
GOBIERNO DE GUATEMALA	" 16,000,000
TOTAL	<u>Q 653,000,000</u>

Organizaciones APROFAM en el Mundo:

El presupuesto reunido por donación de contribuyentes voluntarios y algunos Gobiernos ascendió a 37 millones de dólares en 1977.

Asimismo, otra fuente de financiamiento es a través del cobro por sus servicios del que se desconoce su monto.

Está organizada así:

ASAMBLEA GENERAL

JUNTA DIRECTIVA

DIRECTOR EJECUTIVO

Canaliza sus esfuerzos y recursos específicamente a la planificación familiar; tanto a nivel educativo y promocional, como de servicios por no existir organizaciones locales dedicadas a satisfacer esta necesidad en nuestro país. (1)

Los objetivos específicos de los programas son:

- 1) Realizar investigaciones científicas que contribuyan a mejorar los conocimientos sobre la familia y sus

problemás, a fin de que sirva de base para la formulación de planes de trabajo que conduzcan al mejoramiento de la misma.

- 2) Divulgar por todos los medios posibles las conveniencias de formar la familia sobre bases morales y legales.
- 3) Propugna la paternidad responsable como elemento esencial para el bienestar de la familia y de la comunidad en general.
- 4) Promueve el adiestramiento de personal que atiende servicios clínicos, médicos y sociales para contribuir a satisfacer necesidades sentidas en el campo de la planificación familiar.

Los programas de Planificación Familiar en nuestro país están a cargo de la mencionada asociación (APROFAM) y de la División Materno Infantil (DIMIF) que han venido trabajando en coordinación a partir de 1969.

Actualmente, la APROFAM se define como una entidad privada, no lucrativa, sin nexos políticos, ni religiosos y al servicio del pueblo; la División Materno Infantil por su parte, participa en dichos programas dando instrucción a enfermeras y comadronas para la distribución de los distintos métodos anticonceptivos, así como el control médico de las usuarias inscritas en dichos programas. (1)

III. OBJETIVOS

3.1 GENERALES

- 3.1.1 Contribuir al estudio, análisis e interpretación del problema de planificación familiar en Guatemala.
- 3.1.2 Estudiar las consecuencias de la planificación familiar en los campos Psico-bio-sociales de la población de Iztapa.

3.2 ESPECIFICOS

En cuanto al problema:

- 3.2.1 Conocer la magnitud de los efectos ocasionados a las usuarias de los métodos contraconceptivos del programa de control de la natalidad.
- 3.2.2 Conocer y cuantificar la proporción en la medida de lo posible, de los efectos iatrogénicos causados por los distintos métodos de contracepción utilizados en el área de estudio.
- 3.2.3 Conocer las características del ambiente y de la población en cuanto a concepción de la familia, su formación y composición, hábitos y creencias dentro del grupo a investigar.

- 3.2.4 Conocer las características de los programas de Planificación Familiar (sus componentes, actividades, tareas, normas, recursos y coberturas).
- 3.2.5 Establecer el grado de utilización de los recursos de salud del país en función de las prioridades.

IV. JUSTIFICACIONES

- 4.1 El presente estudio se realizó en el Municipio de Iztapa departamento de Escuintla, en el cual no existe hasta la actualidad ningún índice que nos evalúe o nos demuestre la magnitud del problema en estudio - como: alto índice o tasas de natalidad; disminución de índices de morbi-mortalidad en general e infantil, alto crecimiento vegetativo de la población, alta - densidad de población, índices migratorios, índice de fecundidad.
- 4.2 No existiendo hasta la fecha ningún estudio sobre - planificación familiar en ese Municipio que nos pudiera brindar un panorama real del problema.
- 4.3 No existe tampoco hasta la fecha ningún estudio que nos demuestre la efectividad, utilidad, necesidad y aceptación por parte de la población de los programas de planificación familiar y coberturas alcanzadas en dicho municipio.
- 4.4 Tampoco existen estudios acerca del nivel económico, cultural, social, creencias, hábitos y costumbres de dicha población.

V. HIPOTESIS

- 5.1 Los programas de Planificación Familiar se aplican - sin tomar en cuenta los efectos iatrogénicos de los - métodos utilizados.
- 5.2 Los programas de Planificación Familiar no toman en cuenta los aspectos socio-culturales de la población.

VI. MATERIAL Y METODO DE ESTUDIO Y RECURSOS

6.1 MATERIAL:

- | | |
|------------------|--|
| 6.1.1 Humano: | Población del Municipio de - Iztapa. |
| 6.1.2 No Humano: | Instrumentos de trabajo (cuestionarios, anexos y hojas Forma). |

6.2 METODOLOGIA:

- 6.2.1 Levantamiento de planos actualizado, diseñado mediante la técnica de la serpentina de izquierda a derecha, tanto las manzanas como las casas de las mismas.
- 6.2.2 Elaboración de muestra; escogiendo 50 casas del área urbana y 20 del área rural a encuestar mediante la - tabla de números aleatorios de Spiegel Murray, Estadística Libros Mc Graw-Hill (Colombia 1969) No. 349.
- 6.2.3 Formas 2-A y 4-A: Encuestas en muestra representativa de mujeres de 15 á 44 años de edad en la comunidad sede del servicio.

6.3 RECURSOS:

6.3.1 Humanos:

Estudiantes de E.P.S. Rural y enfermero Auxiliar del Puesto de Salud, estudiante del 4o. año de Medicina; Revisor, - Asesor y Secretaria.

6.3.2 Físicos:

Puesto de Salud del Municipio de Iztapa, Facultad de Ciencias Médicas, documentos proporcionados por la Fase III de la Facultad de Ciencias Médicas, y documentos proporcionados por APROFAM y DIMIF.

VII. ANALISIS DE POBLACION

El Municipio de Iztapa departamento de Escuintla - del área sur de Guatemala, tiene una extensión de terreno de 328 Km² y un número de habitantes calculados para 1978 por los Servicios de Estadística de Salud Pública de 8,277 habitantes, datos sobre los cuales podemos hacer el siguiente análisis de población:

- 1) La tasa de natalidad del Municipio para el año de 1978 es de 26 x 1,000 que en comparación con la tasa de natalidad de todo el territorio guatemalteco para el año de 1973 fue de 44.09 x 1,000. Podemos afirmar que la tasa del Municipio es baja.

De lo expuesto anteriormente, podemos deducir que no existe en principio una necesidad de control natal para dicho municipio.

- 2) La tasa de mortalidad infantil del Municipio para el año de 1978 es de 94 x 1,000 nacidos vivos, que en comparación con la tasa de mortalidad infantil de todo el territorio guatemalteco para el año de 1973 fue de 80.80 x 1,000; por consiguiente encontramos que dichas tasas son altas. Como consecuencia de los programas deficientes en la actualidad por parte de Salud Pública. Este es un dato muy importante que se contrapone a los controles de natalidad.

- 3) La tasa de fecundidad del Municipio de Iztapa para 1978 es de $129 \times 1,000$ que en comparación con la tasa de fecundidad de todo el territorio guatemalteco para 1973 es de $189.7 \times 1,000$; como consecuencia podemos deducir que dicha tasa en el Municipio es más baja y por lo tanto tampoco justifica la implantación de métodos para control de la natalidad en el Municipio investigado.
- 4) La tasa de mortalidad general para el Municipio de Iztapa para el año 1978 es de $6.81 \times 1,000$ que en comparación con la tasa de mortalidad general en todo el territorio guatemalteco del año de 1973 es de $13 \times 1,000$; como consecuencia podemos observar que la tasa del Municipio es más baja pero sin embargo, ambas son más altas en comparación a otros países como consecuencia de los deficientes recursos de salud existentes en nuestro país.
- 5) La densidad de población del Municipio para el año de 1978 es de 25.23 habitantes por Km^2 que en comparación con la densidad nacional es de 47.39 habitantes por Km^2 . Esto nos demuestra que es una densidad baja en el Municipio, así como lo es también la densidad nacional, comparada con otros países y por lo tanto adecuada para vivir, siempre y cuando la tierra sea distribuida equitativamente, y al mismo tiempo desvirtúa los controles de natalidad en nuestro país.
- 6) El crecimiento vegetativo del Municipio para el año 1978 es de $19.2 \times 1,000$; y el nacional es de $23.14 \times$

1,000 para el año 1973. Podemos observar que la tasa del Municipio es más baja, por consiguiente este es otro dato que nos ayuda a afirmar que no existe crecimiento acelerado de población y por lo tanto, no apoya a los controles de natalidad impuestos actualmente.

- 7) Para el año 2,000 se espera que Iztapa tenga una población de 11,596 habitantes que nos indica que aumentará 3,319 habitantes en 21 años, con una densidad de población para entonces de 35.35 habitantes por Km^2 . Para todo nuestro país se espera que haya una población de 5,410,530 habitantes con una densidad de población de 49.68 habitantes por Km^2 .

Como consecuencia de todo lo anteriormente expuesto, no podemos hablar de una super-población ni mucho menos de un crecimiento acelerado de población como pretexto para implantar métodos de control natal para el Municipio en estudio y por consiguiente, para el resto de nuestro país. (4)

MONOGRAFIA DE IZTAPA

La carretera que parte de la cabecera municipal es la Nacional 3 (CA-9) a 12 Km. de San José, que conduce a la ciudad capital, estando asfaltada en toda su extensión.

El municipio cuenta además con caminos de herradura y veredas que unen a la cabecera con sus poblados, y a éstos con los municipios vecinos.

Su principal alimentación es lo que obtienen de la pesca, tanto del Canal de Chiquimulilla como del mar y de la agricultura.

El municipio consta de 3 aldeas, catalogadas como poblados rurales, que son: 1) El Castaño, 2) Buena Vista y 3) Las Morenas; y de 8 caseríos, que son:

- 1) Las Fianzas
- 2) El Chile
- 3) Blanca Cecilia
- 4) Atitán
- 5) Puerto Viejo
- 6) Conacaste
- 7) San Juan
- 8) El Guayabo

Los medios de transporte de que dispone el municipio son buses (extraurbanos) que recorren desde la capital al municipio y viceversa.

También dispone el municipio de taxis que movilizan pasajeros de Iztapa al Puerto de San José y a aldeas y caseríos donde es accesible el paso de vehículos.

Cuenta también con lanchas que navegan en el canal de Chiquimulilla, movilizand o personas a aldeas o poblados que se encuentran a las márgenes del canal; otro medio de comunicación es el de correos y telégrafos; además comunicación telefónica de Guatel en diferido; también existe una pista de aterrizaje de terracería para avionetas.

Infraestructura Urbana

La población de Iztapa cuenta con servicio de energía eléctrica proporcionada por la Empresa Eléctrica de Guatemala, S.A. sólo en el área urbana, que tiene aproximadamente 1 Km² de extensión.

Existiendo servicio de alumbrado público y domiciliario las 24 horas.

Existe aprovisionamiento de agua, la que no es potable, extraída de un pozo sin planta de tratamiento; el servicio dura únicamente 12 horas (de las 6:00 am. a las 18:00 pm.)

La población carece de sistema de drenajes para las excretas, algunas casas cuentan con pozo ciego y en las otras casas las excretas son conducidas al canal.

No existe sistema de alcantarillado, por lo que el agua de lluvia corre superficialmente, dando lugar a que

se encharque especialmente en los lugares que por su topografía no corre el agua.

No existe basurero municipal, y por lo general, los pobladores tiran la basura al canal o a los manglares circunvecinos.

Además, otro problema de contaminación ambiental - en los asentamientos urbanos es que los animales de cría de los pobladores andan sueltos por toda el área urbana, defecando y orinando en las calles.

En épocas de invierno hay formación de charcos, los cuales no son tapados o rellenados en verano.

El municipio cuenta con escuelas para educación primaria, una en la cabecera y otras tres en las aldeas; y una escuela nocturna para educación secundaria, hasta 3o. básico. (3)

VIII. A CONTINUACION SE PRESENTAN LOS DATOS MEDIANTE CUADROS Y GRAFICAS RECABADOS EN LA INVESTIGACION.

CUADRO No. 1

VIII. PRESENTACION DE DATOS

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDADES DE LA POBLACION DEL GRUPO INVESTIGADO.

Grupos de Mujeres en Edad	Area Urbana		Area Rural		Total entre Ambas Areas	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
15-19	17	28.81	5	25	22	27.84
20-24	15	25.42	4	20	19	24.05
25-29	7	11.86	2	10	9	11.39
30-34	6	10.16	3	15	9	11.39
35-39	6	10.16	2	10	9	11.39
40-44	6	13.55	4	20	12	15.18
Total:	59	100.00	20	100	79	100.00

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION DE LA POBLACION DEL AREA
URBANA Y RURAL POR ESTADO CIVIL
DEL GRUPO INVESTIGADO

Estado Civil	Area Urbana		Area Rural		Total entre Area Urbana y Rural	
	Núme- ro	%	Núme- ro	%	Núme- ro	%
Solteras	22	37.28	3	15	25	31.64
Viudas	2	3.38	0	0	2	2.53
Casadas	15	25.42	4	30	19	24.05
Separadas	5	8.47	0	0	5	6.32
Unidas	15	25.42	13	65	28	35.44
Total	<u>59</u>	<u>100.00</u>	<u>20</u>	<u>100</u>	<u>79</u>	<u>100.00</u>

CUADRO No. 3

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN SU
ESCOLARIDAD DEL GRUPO INVESTIGADO

Concepto	Area Urbana		Area Rural		Total entre Ambas Areas	
	No.	%	No.	%	No.	%
Alfabetas	47	79.66	9	45	56	70.88
Analfabetas	12	20.33	11	55	23	29.12
Total:	<u>59</u>	<u>100.00</u>	<u>20</u>	<u>100</u>	<u>79</u>	<u>100.00</u>

DISTRIBUCION SEGUN OCUPACION PRINCIPAL DEL AREA URBANA Y
RURAL
DEL GRUPO INVESTIGADO

Concepto	Area Urbana		Area Rural	
	No.	%	No.	%
Of. Dom.	52	88.13	19	95
Trab. Remun.	7	16.87	1	1
Total:	59	100.00	20	100

	Area Urbana		Area Rural	
	No.	%	No.	%
Trab. Temp.	24	40.67	2	10
Trab. Perm.	35	59.33	8	90
Total:	59	100.00	20	100

NOTA: Hay mujeres que realizan tanto trabajos domésticos como remunerados.
De éstos se encontró que eran 22 personas = 37.28%.

CUADRO No. 5

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN TENENCIA
DE TIERRAS DEL GRUPO INVESTIGADO

Tenencia de Tierra	Area Urbana		Area Rural		Total entre Ambas Areas	
	No.	%	No.	%	No.	%
Poseen tierra	3	5.08	15	65	16	20.25
No poseen tierra	58	98.31	5	25	63	79.75
Total:	59	100.00	20	100	79	100.00

CUADRO No. 6

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN EL TIPO
DE VIVIENDA
DEL GRUPO INVESTIGADO

Tipo de Vivienda	Area Urbana		Area Rural		Total entre Ambas Areas	
	No.	%	No.	%	No.	%
Tipo "A"	22	37.28	1	5	23	29.11
Tipo "B"	26	44.06	7	35	33	41.78
Tipo "C"	11	18.66	12	60	23	29.11
Total:	59	100.00	20	100	79	100.00

Tipo "A": Dormitorios y Servicios Separados.

Tipo "B": Un ambiente y cocina separada.

Tipo "C": Un ambiente.

CUADRO No. 7

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN CARACTERISTICAS
DE LAS VIVIENDAS
DEL GRUPO INVESTIGADO

Area Urbana			Area Rural			Total entre Ambas Areas		
Personas	Dormitorio	%	Personas	Dormitorio	%	Personas	Dormitorio	%
18	1	30.53	2	1	10	20	2	25.32
22	2	37.28	3	2	15	25	4	31.64
9	3	15.25	8	3	40	17	6	21.52
2	4	1.69	4	4	20	6	8	7.59
6	5	10.16	3	6	15	9	11	11.39
2	8	3.39	0	0	0	2	8	2.54
59		100.00	20		100	79		100.00

CUADRO No. 8

CONCEPCION DE LA FAMILIA

Según tamaño de familia deseada

Personas	Tamaño Familia	Promedio Hijos	%	Personas	Tamaño Familia	Promedio Hijos	%
10	Grande	7.8	16.94	10	Grande	10	50
22	Mediana	4	37.28	4	Mediana	4	20
27	Pequeña	3	45.76	6	Pequeña	2	30
59			100.00	20			100

CUADRO No. 9

PRESENTACION DE DATOS

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ENCUESTADA
SEGUN MENARQUIA
DEL GRUPO INVESTIGADO

	Número	Edad Promedio	Frecuencia de la Menstruación
Area Urbana	58 mujeres	14 años	Cada 30 días
Area Rural	20 mujeres	14 años	Cada 30 días

CUADRO No. 10

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ENCUESTADA
SEGUN CARACTERISTICAS DE LA MENSTRUACION
DEL GRUPO INVESTIGADO

Características	Area Urbana				Area Rural			
	Si	%	No	%	Si	%	No	%
Dolorosa	30	53.44	27	46.55	11	55	9	45
Tensión Pre-Menstrual	26	44.82	33	56.89	10	50	10	50
Hemorragia con Coágulos	19	32.24	39	67.26	8	40	12	60
Total:	58	100.00	58	100.00	20	100	20	100

CUADRO No. 11
DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN FECUNDIDAD
DE LA FAMILIA
DEL GRUPO INVESTIGADO

Concepto	Area Urbana		Area Rural	
	No.	Promedio por Persona	No.	Promedio por Persona
Embarazos	206	5	102	6
Partos	167	4	93	5
Nacidos vivos	163	4	93	5
Nacidos muertos	5	0.80	3	0.66
Cesáreas	0	0	1	0.05
Abortos	12	0.71	6	0.83
Mujeres con embarazos anteriores	46	77.58%	17	85%
Mujeres sin embarazos previos	12	22.42%	3	15%
Total:	58	100.00%	20	100%

CUADRO No. 12

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN
CONTRACEPCION DEL GRUPO INVESTIGADO

	<u>Area Urbana</u>		<u>Area Rural</u>		<u>Total entre Ambas Areas</u>	
	<u>No.</u>	<u>%</u>	<u>No.</u>	<u>%</u>	<u>No.</u>	<u>%</u>
Personas que usan Contraceptivos	18	31.03	7	35	25	32.05
Personas que no usan Contraceptivos	40	68.97	13	65	53	67.95
Total:	58	100.00	20	100	78	100.00

CUADRO No. 13

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN EL TIPO
DE CONTRACEPCION
DEL GRUPO INVESTIGADO

<u>Tipo de Contracepción</u>	<u>Area Urbana</u>		<u>Area Rural</u>		<u>Total entre ambas áreas</u>	
	<u>No.</u>	<u>%</u>	<u>No.</u>	<u>%</u>	<u>No.</u>	<u>%</u>
Oral	15	83.33	6	85.72	21	84
Ligadura Trompas	2	11.11	1	14.28	3	12
Dispositivo Intrauterino	1	5.56	0	0	1	4
Total:	18	100.00	7	100.00	25	100

CUADRO No. 14

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN OPINIONES:

- A) OFENSA A DIOS
B) DE ACUERDO CON EL ESPOSO.

DEL GRUPO INVESTIGADO.

	Ofensa a Dios				De Acuerdo con El Esposo			
	Area Urbana		Area Rural		Area Urbana		Area Rural	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SI	4	22.22	4	57.16	12	66.66	7	100
NO	14	77.73	3	42.84	6	33.34	-	---
Total:	18	100.00	7	100.00	18	100.00	7	100

CUADRO No. 15

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN EFECTOS IATROGENICOS DEL GRUPO INVESTIGADO

	Area Urbana		Area Rural		Total entre Ambas Areas	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Tensión Nerviosa	14	77.00	4	66.66	16	66.66
Cefalea	9	50.00	2	33.33	13	54.16
Tendencia a Obesidad	9	50.00	2	33.33	11	45.83
Depresión	7	38.00	3	50.00	10	41.66
Aumento de Peso	6	33.30	2	33.33	9	37.50
Náuseas	6	33.30	1	16.66	7	29.16
Amenorrea	3	16.00	1	16.66	4	16.66
Aumento del Sangrado	3	16.00	1	16.66	4	16.66
Várices	3	16.60	2	33.33	5	20.83
Cloasma	1	5.55	1	16.66	2	8.33
Total:						100.00

IX. DESCRIPCION, ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS ESTADISTICOS

CUADRO No. 1 DISTRIBUCION DE EDADES POR GRUPOS ETAREOS.

Descripción Estadística:

Se puede observar que tanto en el área Urbana como en el área Rural se concentran el mayor porcentaje de mujeres, - 28.81% respectivamente, en el grupo de edades entre 15 y 19 años.

Análisis y Discusión:

De lo anteriormente expuesto, podemos afirmar que se trata de una población joven respecto del grupo investigado, en la edad más fértil, físicamente apta para trabajar o para efectuar cualquier estudio escolar pero con riesgo de ser afectadas por enfermedades transmisibles, por falta de buenos recursos y programas de salud y programas educacionales adecuados, así como también expuestas a los efectos secundarios de la anticoncepción por programas de control - natal impuestos por entidades privadas o del estado, y dado a la edad de adolescente en que se sitúa este mayor porcentaje de población, y teniendo este grupo a la mano medios contraceptivos, esto favorece en cierta forma la promiscuidad y aumenta, a consecuencia de ello la problemática de enfermedades transmitidas por el sexo.

CUADRO No. 2 ESTADO CIVIL

Descripción Estadística:

Se puede observar que en el área Urbana se encuentran más solteras, No. 22 = 37.28% que en el área Rural, No. 3 = 15%.

Análisis y Discusión:

Esto nos hace pensar que obedece este fenómeno a que en el área rural las familias necesitan mayor fuerza de trabajo (Recursos humanos como fuente de energía para trabajar) - que en el área urbana. Como veremos más adelante, en el área rural existe mayor tenencia de tierras y además el importante papel que juega la mujer tanto dentro de la familia como ama de casa, así como en los medios de producción, agricultura, pesca, etc. Además se puede observar - que en ambas área prevalecen la unión conyugal y esto se puede explicar como consecuencia del grado de escolaridad, sus principios religiosos, así como los aspectos culturales arraigados desde épocas pasadas, lo que viene a influenciar y a determinar la conducta de esta población ante determinadas situaciones a través de su vida.

CUADRO No. 3 ESCOLARIDAD

Descripción Estadística:

Se observa mayor porcentaje de mujeres alfabetizadas No. 47 = 79.66% en el área urbana que en el área rural No. 9 = 45%.

Análisis y Discusión:

De lo anterior podemos analizar que en ambas áreas la escolaridad es baja aunque es mayor en el área urbana, sin embargo, el grado de escolaridad es bajo en esa misma área, ya que el promedio de años alcanzados fue de 5 años por persona y de toda la población investigada del área urbana sólo el 12.76% terminaron la escuela primaria; y en el área rural se encontró 4 años promedio por persona de escolaridad y únicamente el 11.11% terminaron la escuela primaria. De todo esto podemos deducir que los recursos escolares para ambas áreas es bajo, o sea el número de escuelas y maestros existentes para ambas áreas es insuficiente, otro factor que podemos mencionar y que es de importancia, es que dado a la situación económica baja de las familias, éstas tienen que hacer uso de los hijos como fuerza de trabajo a temprana edad, dando como resultado la baja o nula asistencia de los niños a las escuelas, ya que los niños regularmente desde los 5 años de edad salen al campo a ayudar a su padre (agricultura o pesca); y que además los padres saben que la escuela no les va a resolver su situación económica en ese momento, y en consecuencia de lo anteriormente mencionado tenemos que el nivel escolar siempre será bajo y por ende esto los limita para tener que seguir desempeñando el mismo trabajo (fuerza física) para toda su vida y como resultado el mantenimiento de un sistema anacrónico e inhumano que vive nuestro pueblo.

CUADRO No. 4 OCUPACION

Descripción Estadística:

Podemos observar que tanto en el área urbana como rural, la ocupación principal son los oficios domésticos No. 52 = 88.13% y No. 19 = 95% respectivamente.

Análisis y Discusión:

Esto nos indica que la mayor parte de mujeres se dedican a oficios domésticos, como consecuencia de su nivel escolar que no les permite desempeñar otro trabajo, para aportar ayuda económica a la familia, ni su nivel económico les permite pagar a otra persona para el cuidado de sus hijos; luego nos damos cuenta de que la mujer en esta situación sufre una doble explotación, dentro de la familia como ama de casa al cuidado de su esposo, sus hijos y vivienda y además explotada por el sistema como medio de producción ya que en tiempo de siembra o cosecha tiene que ayudar al esposo en el campo, así como también le ayuda en la época de pesca de camarón, etc. Como consecuencia de todo esto, podemos observar que la mujer ha sido tomada únicamente como un instrumento de trabajo y reproducción y con poca participación social, dado esto como consecuencia del machismo existente desde épocas muy antiguas en las que el hombre ha venido ejerciendo dominio sobre la mujer.

CUADRO No. 5 TENENCIA DE LA TIERRA

Descripción Estadística:

Podemos observar que en el área rural, existe el mayor porcentaje de población que posee tierras, siendo No. 15 = 65%, no así en el área urbana, que es de sólo No. 3 = 5.08 % que poseen tierra.

Análisis y Discusión:

De estos datos deducimos que en el área rural se trabaja más en la explotación de las tierras como fuente de obtención de sus recursos económicos y alimenticios, además es de hacer notar, que la extensión de estas tierras es reducida siendo la mayor extensión de 1,600 varas², o sea que se trata de minifundios, los cuales apenas alcanzan para cultivar los alimentos del consumo de la familia, y que para equilibrar su situación económica tienen que vender su fuerza de trabajo a los poseedores de grandes extensiones de tierras o latifundistas, los cuales se encuentran rodeando los pequeños núcleos minifundistas del municipio. En la misma situación se encuentra la población del área urbana que tienen que vender su fuerza de trabajo para poder subsistir; agregado al bajo porcentaje de población que poseen tierra en dicha área.

CUADRO No. 6 VIVIENDA

Descripción Estadística:

Se puede observar que en el área urbana hay mayor porcen

taje de poseedores de viviendas tipo "B" No. 26 = 44.06%, o sea una vivienda con un ambiente y cocina separadas; y en el área rural predominan las viviendas tipo "C" No. 12 = 60% que son viviendas con un solo ambiente.

Análisis y Discusión:

Esto nos indica que en general, en ambas áreas los recursos económicos son insuficientes para tener viviendas tipo "A", y que por lo tanto esta situación propicia a tener una situación ambiental mala y que por consiguiente, los condiciona a sufrir frecuentemente enfermedades transmisibles, y a eso sumado el bajo grado de escolaridad; tenemos una población con un alto índice de morbilidad y mortalidad. - Así como también se encuentran expuestos, dado a las condiciones de vivienda, a sufrir las consecuencias de los cambios climáticos de la región.

CUADRO No. 7 CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

Descripción Estadística:

Se puede observar que el No. 22 = 37.28% del área urbana poseen dos dormitorios, no así en el área rural que el No. 8 = 40% poseen tres dormitorios.

Análisis y Discusión:

De lo anterior deducimos que en ambas áreas se produce el hacinamiento, ya que cabe hacer notar que aunque posean dos o tres dormitorios en una u otra área respectivamente, éstos son de reducidas dimensiones y que además sumado al

tipo de vivienda, como se describió anteriormente, esto propicia aún más a vivir en condiciones de salud deplorables y aún agregando el mal saneamiento ambiental de la región y sus pocos conocimientos sobre higiene, todo esto da como resultado un aumento en la mortalidad en general y especialmente infantil y escolar que es el grupo más vulnerable de sufrir dichas consecuencias.

CUADRO No. 8 CONCEPCIÓN DE LA FAMILIA

Descripción Estadística:

Se puede observar que en el área urbana el 46.76% desean tener familia pequeña con un promedio de tres hijos, y en el área rural el 50% desea tener familia grande con un promedio de 10 hijos.

Análisis y Discusión:

De lo anterior podemos deducir que el concepto grande, mediano y pequeño varía de un individuo a otro, en relación al número de hijos deseado, ya que para unos pequeño podría ser 4 hijos y para otros 2 hijos.

Sin embargo, en la población investigada, encontramos que a pesar de desear familias pequeñas en el área urbana, en relación a este concepto es grande y esto se puede explicar como resultado de la necesidad de utilizar a los hijos como fuerza de trabajo en los medios de producción, o sea que para ellos el tener muchos hijos es una necesidad para aumentar su nivel económico familiar, y a sabiendas también de que de cierto número de hijos que tengan sólo

sobreviven la mitad. Ellos se ven en la necesidad de exponer la salud de la madre teniendo alto número de embarazos y frecuentes para poder tener suficientes recursos humanos para trabajar.

Como se confirma en el área Rural que el 50% prefieren tener familias grandes para utilizar a los hijos como fuerza de trabajo al crecer éstos como se menciona anteriormente.

CUADRO No. 9 MENARQUEA

Descripción Estadística:

Se puede observar que en ambas áreas el promedio de la menarquia en el grupo investigado fue de 14 años y que sus ciclos son de 30 días promedio.

Análisis y Discusión:

De lo anterior podemos decir que en ambas áreas del grupo investigado no tiene ninguna alteración ginecológica, y que dichas características son normales en toda mujer de edad reproductiva. Tomando como base para afirmar lo anteriormente expuesto la literatura de libros de texto de Ginecología y Obstetricia, por consiguiente diremos que se trata de una población inicialmente sana, y que luego analizaremos los trastornos que sufren como consecuencia de la contracepción.

CUADRO No. 10 MENSTRUACION

Descripción Estadística:

Dolorosa se encontró en ambas áreas urbana No. 30 = 53.44%, rural No. 11 = 55%; tensión pre-menstrual se encontró únicamente en el área urbana No. 26 = 44.28%; en el área rural No. 10 = 50%; hemorragia con coágulos en el área urbana No. 19 = 32.24% y en el área rural No. 8 = 40%.

Análisis y Discusión:

De lo anterior podemos afirmar que son variantes normales dentro de las características menstruales, que la mayoría de las mujeres presentan durante la edad reproductiva. Como consecuencia, podemos deducir que se trata de un grupo de mujeres sin problemas ginecológicos previos.

CUADRO No. 11 FECUNDIDAD

Descripción Estadística:

Se observa que existe, tanto en el área urbana como rural, un promedio alto de embarazos 5 y 6 respectivamente por persona, habiéndose encontrado que 46 mujeres del área urbana, o sea el 77.58% tuvieron embarazos previos, y que en el área rural 17 mujeres o sea el 15% tuvieron embarazos previos. También se puede notar que es alto el número de nacidos muertos en ambas áreas, urbana No. 5 = 0.80 de promedio por persona, y rural No. 3 = 0.66 promedio por persona; así también el número de abortos es elevado

en ambas áreas, urbana No. 12 = 0.71 promedio por persona y rural No. 6 = 0.86 promedio por persona.

Análisis y Discusión:

De todo esto podemos analizar que:

- A) La población en general es fértil y deseosa de embarazarse.
- B) Que tengan embarazos frecuentes por falta de guía médica.
- C) Que la cantidad de niños nacidos muertos y de abortos probablemente se deba a la falta de asistencia de las embarazadas a controles prenatales a los puestos de salud, sin embargo esto podría ser debido a sus limitaciones en tiempo ocasionados por el trabajo, o bien como consecuencia de su bajo nivel de escolaridad que les impida tener conocimiento sobre la importancia de la asistencia a controles prenatales periódicos; y además por falta de promoción de parte de salud pública sobre la existencia de programas maternos infantiles en los puestos de salud.

CUADRO No. 12 CONTRACEPCION

Descripción Estadística:

Se encuentra que No. 18 = 31.03% del área urbana utilizan contraceptivos, y del área rural No. 7 = 35%.

Análisis y Discusión:

De lo anterior podemos decir que son altos porcentajes en relación a la población investigada; pero que prevalece un alto porcentaje de utilización en el área urbana en relación al área rural. Pudiendo explicar este fenómeno como consecuencia de la más fácil promoción de dichos métodos en el área urbana y además la mayor facilidad para distribuirlos en dicha área. Pudiendo agregar a esto los diferentes niveles de escolaridad entre ambas áreas alto y bajo respectivamente; o acaso por la necesidad de cada área de obtener más fuentes como fuerza de trabajo para ayuda de la familia y por consiguiente aumentar así sus ingresos. Además, se le ha hecho creer a estas familias que su pobreza es debido al elevado número de hijos que tienen y no por el pésimo sistema inhumano que impera en nuestro país.

CUADRO No. 13 TIPO DE CONTRACEPCION

Descripción Estadística:

Se puede observar que el uso de contraceptivos orales tiene el mayor porcentaje en ambas áreas siendo el No. 15 = 33.33% y No. 6 = 85.72% respectivamente (área urbana y rural).

Análisis y Discusión:

Como consecuencia de lo anterior, podemos deducir lo siguiente:

A) Que es más fácil que la población los acepte porque

éstos son más cómodos de usar, más baratos, más fáciles de conseguir y no implican una metodología especial así como el personal muy especializado para su utilización y distribución respectivamente.

- B) Existe bastante promoción respecto a este tipo de contracepción, tanto de parte de Salud Pública, como de entidades particulares.
- C) Son distribuidos por personal de Salud Pública y personal natural de salud, y además por farmacias y a veces tiendas.

CUADRO No. 14 CREENCIAS U OPINIONES

Descripción Estadística:

Ofensa a Dios y esposo de acuerdo: Se puede observar que en el área Urbana No. 14 = 77.73% no ofenden a Dios y el esposo, en No. 12 = 66.66% está de acuerdo con que utilicen contraceptivo; no así en el área rural, que No. 4 = 57.15% piensan que si ofenden a Dios y el 100% el esposo está de acuerdo.

Análisis y Discusión:

De lo anteriormente expuesto podemos decir que esto causa un impacto contradictorio en el pensamiento de la mujer dado a que están haciendo algo que va en contra de sus principios religiosos, produciendo por lo tanto, en ellas, un estado de depresión mental agregando a esto los casos en que el esposo no está de acuerdo se hace aún más conflictivo -

el hecho de tener que utilizar los métodos contraceptivos. Pero a pesar de ello los utilizan tratándose de autoconven-
cer de la necesidad de los mismos debido a sus condiciones
económicas precarias, porque no le queda alternativa para
escoger.

CUADRO No. 15 EFECTOS IATROGENICOS

Descripción Estadística:

Se observa que hay 10 manifestaciones secundarias más fre-
cuentes a la ingesta de contraceptivos orales en ambas á-
reas, y de éstas la tensión nerviosa fue la más frecuentemente
encontrada, siendo 77% en el área urbana y 66.66%
en el área rural.

Análisis y Discusión:

Podemos afirmar que entre todas las mujeres que se encon-
tró que utilizaban contraceptivos orales todas presentaban-
más de algún efecto secundario a la toma de los mismos. Es-
to nos demuestra que, como anteriormente nos pudimos dar
cuenta, tanto las condiciones de salud físicas como menta-
les, eran normales en dichas mujeres; encontramos que ac-
tualmente estas condiciones de salud han sido alteradas de-
bido a la utilización de contraceptivos y que por consi-
guiente, tomando en cuenta las malas condiciones de vida
como ya mencionamos anteriormente sumadas a los efectos
iatrogénicos dan como consecuencia de todo esto una baja
en el rendimiento físico y mental de la mujer, tanto dentro
de la familia como dentro de los medios de producción.

X CONCLUSIONES

- 1) Los objetivos de los programas de Planificación Fami-
liar afirman llevar mejoramiento y bienestar a la fami-
lia, de lo cual podemos decir que no se ha hecho nada
en el municipio investigado, lo que se puede compro-
bar en los cuadros y análisis Nos. 3, 4, 5, 6, 7, en
donde vemos claramente que la población continúa en
malas condiciones socio-económicas, culturales y de
salud.
- 2) Divulgan por todos los medios posibles la conveniencia
de planificar la familia, hecho que si sabemos que es
cierto, ya que lo confirmamos al analizar los cuadros
12 y 13, de los cuales deducimos el alto porcentaje de
usuarias y específicamente el alto porcentaje de uso
de contraceptivos orales, como consecuencia de la pro-
moción realizada por todos los medios de publicidad y
además de la facilidad con que pueden conseguir los
medios contraceptivos, especialmente las tabletas ora-
les, y lo barato de las mismas.
- 3) Propugnan la paternidad responsable, planificación fa-
miliar o como se le quiera llamar.

Sabemos que esta es la actitud mental conyugal con
respecto al tamaño de la familia, a la cual se llega a
través de la educación.

Sabemos que esto no se ha realizado, pues como pudi-
mos observar en el cuadro No. 13 que nos indica que
el nivel de escolaridad de la población investigada es

bajo. Además los aspectos culturales no se han tomado en cuenta como factores importantes dentro de la educación de una población.

- 4) Promueven al adiestramiento de personal que atiende servicios clínicos y sociales. Al respecto podemos afirmar que esto no se cumple como se puede observar en el Cuadro No. 12 y en el análisis del mismo, en donde nos damos cuenta que la distribución de métodos anticonceptivos se hacen en forma indiscriminada y por personal no capacitado para hacerlo, tales como personal de enfermería de Salud Pública y personal no natural de salud (comadronas) y como consecuencia de esto no se les evalúa su estado de salud previo al uso de anticonceptivos, así como tampoco se les hace un seguimiento posterior.
- 5) Podemos confirmar esta hipótesis en el cuadro y análisis No. 15 en donde nos damos cuenta de los altos porcentajes encontrados de los efectos secundarios producidos por la ingestión de anticonceptivos orales, a sabiendas de que dichos anticonceptivos producen efectos secundarios, tanto Salud Pública como entidades privadas continúan con la indiscriminada distribución de los mismos causando esto a la población, más daño que beneficio.
- 6) Como podemos observar, en el análisis de población existen elementos de base que se contraponen a programas de control de la natalidad, tales como densidad de población baja, crecimiento vegetativo de tasa de natalidad baja, tasa de mortalidad infantil alta; por consiguiente, estos programas no se justifican ni en la población investigada ni en el resto de nuestro país.

XI. RECOMENDACIONES


- 1) Creo conveniente que tanto Salud Pública como entidades particulares que trabajan en programas de Planificación Familiar, deben hacer conciencia y análisis retrospectivo y prospectivo sobre el tipo de trabajo que están realizando y las consecuencias que de ello pueden obtener en el futuro.
- 2) Que se den cuenta que no están cumpliendo con los objetivos con que se iniciaron estos programas, y además, analizar si en realidad tanto en la población investigada en esta tesis como en el resto de nuestro país, tienen necesidad que se les implanten programas de planificación familiar.
- 3) El problema radica en el estatus económico de nuestra población (como consecuencia del sistema imperante en nuestro país) por lo tanto, creo que es ahí a donde deben dirigirse programas que mejoren esa situación como por ejemplo programas de salud orientados a disminuir la morbilidad, programas de educación, y un programa con distribución justa de las tierras para trabajarlas.
- 4) Por otro lado, recomiendo que no se importen ideas o programas de esta clase de otros países, ya que cada país tiene problemas demográficos distintos a los nuestros y no porque cualquier otro país del mundo tenga problemas mas de crecimiento acelerado de población o de superpoblación en sí, estos mismos problemas tengan que existir en nuestro país, por lo tanto debemos


de hacer proyecciones y trabajar sobre política de población, la cual no existe en la actualidad.


REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS


- 1- Asociación Pro Bienestar de la Familia. Que es la Aprofam. Guatemala, s.p. pp. 12.
- 2- Peel, Jhon, y Malcolm Potts. Técnicas de Control de la Natalidad. México, Diana, 1972. 312 p.
- 3- Poitevin Paz, Rodolfo, Guillermo R. "Municipio de Iztapa". En su: República de Guatemala, Departamento de Escuintla; Población Calculada, año 1972-1980. Guatemala, Unidad Sectorial de planificación de la salud, s.f. pp. 13-14. (mimeografiado).
- 4- Waldheim, Carlos. Datos estadísticos sobre Población de Guatemala, en el año 1973. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1978. pp. 21-26. (mimeografiado).


Br. JULIO RENÉ SOLÍS PENEDO

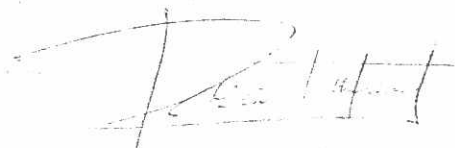

ESOR
R LEAL


Revisor
Dr. JAFETH CABRERA FRANCO


Fase III
E LEON M.


Secretario General
DR. RAUL A. CASTILLO R.

Vo.Bo.


Decano