

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**ACEPTACION DE LA PLANIFICACION FAMILIAR EN PAREJAS EN
EDAD REPRODUCTIVA Y CON VIDA SEXUAL ACTIVA**

JOSE GABRIEL CHIN SUBUYUJ

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, octubre de 2,001

TITULO

Aceptación de la planificación familiar en parejas en edad reproductiva y con vida sexual activa.

SUBTITULO

Estudio descriptivo, realizado en la Aldea Montúfar, San Juan Sacatepéquez, Guatemala, Julio – Agosto del 2001

Dr. Herbert Díaz
Asesor.

Dr. Felipe Quiacain
Revisor.

INDICE

CAPITULO	PAGINA
I. Introducción	1
II. Definición y análisis del problema	2
III. Justificación	4
IV. Objetivos	6
V. Revisión bibliográfica	7
VI. Material y métodos	21
VII. Presentación de resultados	27
VIII. Análisis y discusión de resultados	39
IX. Conclusiones	45
X. Recomendaciones	46
XI. Resumen	47
XII. Bibliografía	48
XIII. Anexos	51

I. INTRODUCCIÓN

La alta tasa de natalidad y fecundidad es uno de los problemas más agobiantes que enfrenta Guatemala en las comunidades rurales y la aldea Montúfar de San Juan Sacatepéquez no escapa a la misma.

Se llevó a cabo el presente estudio teniendo como objetivo principal conocer cual es la aceptación que tienen las parejas en edad reproductiva y con vida sexual activa en la mencionada aldea

Se tomó una muestra de 179 parejas, y con la ayuda de una boleta de recolección de datos se determinó que el sexo femenino acepta la planificación familiar en un 70.9 %. El conyugue masculino refirió aceptar un 15.6 % menos en comparación con el sexo femenino.

El conyugue de sexo masculino rechaza la planificación familiar en un 44.7 %. Los principales inconvenientes que refieren son el temor de enfermar, por los efectos secundarios (64.8 %) y la falta de información.

Un 36.18 % de las personas que participaron en el estudio son analfabetas y de estas el 32.5 % acepta la planificación familiar, se establece que mientras menos grado de escolaridad posean las parejas es menos el porcentaje de conocimiento y aceptación hacia los métodos de planificación.

La edad promedio de las parejas participantes en el estudio oscila entre 25 – 34 años, edades en las que se podría intervenir con programas de educación en salud reproductiva.

El desarrollo de actividades y programas a nivel comunitario, de orientación sobre educación sexual y planificación familiar a las parejas, y adolescentes, son los pilares fundamentales para disminuir el índice de fecundidad y de natalidad en las comunidades rurales de Guatemala.

II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Durante años la humanidad se ha reproducido, proceso que ha causado que la fecundidad humana se convierta en un problema demográfico y de salud materno infantil. La sociedad ha buscado la manera de controlar su fecundidad de una forma segura y sin riesgos, creando para ello un conjunto de procesos y técnicas que se conocen como anticonceptivos.

La planificación familiar ha modificado el mundo actual, ahora la pareja decide que el nacimiento de cada hijo sea planeado y deseado por los padres, así como espaciar los embarazos a su conveniencia y posibilidades. Sin embargo en países como Guatemala la tasa de crecimiento demográfico (3.48 %) es mayor a la del crecimiento de la población mundial. (20).

En Guatemala el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) le proporciona métodos de planificación familiar únicamente a 3.2% de los usuarios. Este pobre desempeño de los puestos y centros de salud como prestadores de servicios de planificación familiar es de los más desconcertantes, ya que diversos estudios han demostrado que existe una gran necesidad no satisfecha en las comunidades que cuentan con puestos y centros de salud. (20, 25).

Guatemala esta dividida en dos grupos socioculturales (los ladinos y los mayas) existiendo poca experiencia sobre planificación familiar mayoritariamente en las comunidades rurales indígenas por factores como el analfabetismo, falta de acceso, actitudes negativas del cónyuge hacia el uso de los métodos anticonceptivos e información errónea o costumbres basadas en creencias tradiciones. Los factores antes mencionados han dado como resultado la poca aceptación y utilización de los métodos anticonceptivos generando aumento en la tasa de fecundidad y riesgo de morbi-mortalidad materno-infantil. (20).

En base a lo anterior se decidió realizar el presente estudio en la comunidad rural de Montúfar, aldea de San Juan Sacatepéquez, Guatemala que cuenta con puesto de salud desde hacia ya varios años y en cuyos registros se indica que desde el inicio del programa, el porcentaje de usuarios ha sido bajo para los dos métodos disponibles para la comunidad como lo es el condón masculino y la píldora femenina. No existiendo ningún estudio de este tipo en esta comunidad rural se consideró realizar el presente preguntándonos ¿cuales son o que factores se relacionan con la aceptación de la planificación familiar en parejas con vida sexual activa?

III. JUSTIFICACIÓN

En Latinoamérica existen en la actualidad condiciones socioculturales (ignorancia, hacinamiento, tradiciones culturales, analfabetismo, problemas lingüísticos, etc.) que favorecen la procreación indiscriminada, creando problemas como embarazos no deseados, abandono de hijos, aumento de riesgos de morbi-mortalidad materno-infantil. (7, 9, 10).

Han sido pocos los programas de desarrollo que han hecho una contribución tan importante como la planificación familiar, programa cuyos beneficios llegan a todos los niveles (individual, familiar, comunitario, nacional y mundial). Realza la calidad de vida al reducir la mortalidad infantil (actualmente para Guatemala 45 de mil niños nacidos vivos) al disminuir la mortalidad materna (190 por cien mil niños nacidos vivos), y disminuir la tasa global de fecundidad (5 hijos por mujer). (9, 10, 20).

En el mundo en desarrollo, el impacto de la revolución reproductiva producido por la planificación familiar en el curso de estos últimos 30 años es indiscutible, por ejemplo un estudio reciente realizado en 22 países en vías de desarrollo concluye que sin programas de planificación familiar la fecundidad global habría sido 5.4 hijos en vez de 4.2. Sin embargo la población mundial sigue aumentando y seguirá haciéndolo en futuras décadas. (9, 10).

La encuesta de Salud Materno-infantil 1998 -1999 de Guatemala, registra que el uso de los métodos anticonceptivos en las mujeres en unión es de 38.2%. Existen diferencias importantes en el uso de métodos para los distintos subgrupos poblacionales. Apenas el 27% de las mujeres residentes en el área rural utilizan algún método, mientras que a nivel urbano lo hace el 52%. El uso de métodos según el grupo étnico muestra una diferencia importante entre el grupo indígena y el ladino. Un 50% de las mujeres ladinas utilizan cualquier método en comparación con apenas el 13% entre las mujeres indígenas (20).

Los registros del censo poblacional realizado por el personal del Puesto de Salud, el número total de habitantes de la Aldea Montúfar, San Juan Sacatepéquez, Guatemala, es de 1,562. Hay dos grupos socioculturales, el ladino que conforma el 15 % y el cakchiquel el 85%.

Puesto que solamente un pequeño porcentaje, aproximadamente 1 %, de las parejas en edad fértil utilizan los métodos anticonceptivos que han estado a disposición de la comunidad desde hace varios años atrás, con el presente estudio se tiene como propósito determinar los factores que condicionan el grado aceptación de la planificación familiar para poder así proponer intervenciones tendientes a ampliar el porcentaje de los usuarios de los métodos de planificación familiar.

IV. OBJETIVOS

General:

Identificar el grado de aceptación de la planificación familiar de las parejas con vida sexual activa en la Aldea Montúfar, San Juan Sacatepéquez, Guatemala.

Específicos:

- 1.- Determinar sobre planificación familiar como método para espaciar los embarazos en parejas con vida sexual activa
 - el grado de aceptación entre hombres y mujeres
 - el conocimiento que tiene la población en estudio
 - los inconvenientes

- 2.- Identificar en parejas que aceptan o rechazan la planificación familiar
 - el sexo
 - el número de hijos deseados
 - el grado de escolaridad
 - el estado civil
 - edad

V. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

A. PLANIFICACION FAMILIAR:

1. Historia de los anticonceptivos y la planificación familiar:

Se han encontrado varios textos antiguos conteniendo recetas anticonceptivas entre ellos:

- Papiro de Petrí Egipto 1850 A.C.
- Papiro de Ebers Luxor 1550 A.C.
- Papiro de Berlin
- Papiro de Ramasseum

Se han hallado además pinturas rupestres en cavernas de Egipto (1350 A.C.) que muestran el uso de barreras mecánicas que cubren el pene. (16).

Varios autores escribieron recetas, ritos o amuletos que influían en la fertilidad:

- W.S. Blackman
- Yohanam
- Aristóteles
- Hipócrates
- Plinio el Viejo
- Soranos de Efeso
- Aetros de Amida.

En 1564 D.C. el gran anatomista italiano Falopio describió el uso de cubiertas protectoras del pene. Poco tiempo después surgieron las cubiertas protectoras fabricadas de intestino. (16)

En 1789 Robert Malthus presentó argumentos a favor de la planificación familiar y desde entonces este tema ha examinado diversos temas y criterios a

favor de la mujer. Charles Knowlton, médico de Massachusett diez años más tarde llamó la atención sobre la precariedad y condición de la mujer múltipara. (16).

7

Anthony Comstock (1844 - 1915) creía que los que defendían la anticoncepción por cualquier razón eran abogados del demonio y durante 42 años impidió la difusión libre de ideas anticonceptivas en Estados Unidos. (16)

A mediados del siglo XIX se iniciaron investigaciones sobre la ovulación, pero fue hasta 1920 que se comprendió la teoría moderna del período estéril. (16).

En 1956 se hacen los primeros ensayos sobre el uso de la píldora en humanos en Puerto Rico. En 1960 la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) de los Estados Unidos aprueba el uso de las píldoras anticonceptivas. (16).

Luego de 2 décadas después de la segunda Guerra Mundial en un intento de afrontar el incipiente problema de la sobrepoblación (4 mil millones de habitantes en el mundo para 1,960) que venia a pasos agigantados, en los países en desarrollo se inicia la utilización de métodos para que las personas no queden embarazadas, aun satisfaciendo sus necesidades sexuales. (5).

Desde la década de los sesenta los métodos mecánicos de barrera y otros más antiguos (abstinencia, casamiento tardío, coito interrumpido y aborto) fueron reemplazados por varias formas de anticonceptivos como esteroides orales, esteroides inyectados de larga acción, esteroides locales vaginales y dispositivos intrauterinos. En 1,969 se aumenta la anticoncepción quirúrgica en mujeres. (5).

En 1,992 se inicia la esterilización quirúrgica del hombre. (5).

2. Pautas generales:

La mayoría de los métodos anticonceptivos se han concebido para que las utilicen las mujeres y como resultado de ello, la mayoría de los programas de planificación familiar dirigen la información, el asesoramiento

y los servicios a las mujeres en edad de procrear sin tomar en cuenta 2 consideraciones: uno es la motivación de quien participará y la otra la metodología, o sea quien proporcionará la información suficiente para alcanzar la motivación de las personas. (8)

8

La metodología a utilizar debe ser bastante amplia que incluya la participación de los parientes porque se ha demostrado que éstos influyen en cierto grado a la elección de los anticonceptivos. (8).

3. Múltiples beneficios de la planificación familiar:

La planificación familiar desempeña un papel vital en la reducción de la pobreza y en la mejora de las condiciones de vida. Los individuos y las familias se benefician y las comunidades y países se fortalecen. (7, 21, 26).

a). Derechos humanos.

La planificación familiar ayuda a los individuos a seleccionar libremente el tamaño de sus familias, una decisión personal cargada de valores que es ampliamente reconocida como un derecho humano fundamental. (7, 21)

b). Supervivencia infantil.

La planificación familiar ayuda a las mujeres a postergar al tener su primer hijo, a prolongar el intervalo entre los nacimientos y a evitar la procreación a edades avanzadas. Todos estos elementos aumentan las posibilidades de supervivencia de sus hijos. En países en vías de desarrollo la planificación familiar puede evitar en promedio una de cada cuatro muertes infantiles al espaciar por lo menos dos años entre un parto y el otro. (1, 13, 22, 24, 26).

c). Salud materna.

El embarazo y el parto siguen siendo una de las causas principales de muerte entre las mujeres. (1, 7, 12, 14, 21).

Cada año se producen más de 585,000 muertes por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, por lo que al menos una mujer muere cada minuto. (14, 23).

La planificación familiar salva vidas al evitar el embarazo entre quienes pudieran sufrir complicaciones durante el parto (mujeres que han tenido ya varios partos, mujeres jóvenes o muy mayores y mujeres que tienen problemas de salud muy graves). Los métodos anticonceptivos también las protege contra enfermedades de transmisión sexual tales como el SIDA y la hepatitis B. (2, 3, 9, 13, 16, 26).

d). Opciones de vida de las mujeres.

El tener menos hijos cambia el grado en el que la vida de la mujer es dominada por el embarazo, la procreación y el cuidado de los niños. (2, 7, 23).

e). Reducción en la fecundidad.

La planificación familiar también contribuye de forma importante a la reducción de las tasas de natalidad. Mediante la planificación familiar voluntaria los países en desarrollo pueden ajustar sus tasas de natalidad y el crecimiento de su población a su crecimiento económico de forma más segura, humana y rápida sin tener que adoptar medidas a veces practicadas en sociedades tradicionales como el abandono de los niños y el infanticidio. (9, 12, 14, 15, 21, 23, 26).

4. Los anticonceptivos en países en desarrollo:

En países en desarrollo la mortalidad materna es la causa principal de muerte para mujeres en edad fértil por mencionar un ejemplo en ciertas regiones de Africa (subsahariana) tiene lugar unas 1,500 muertes de mujeres por cada 100,000 niños nacidos, contrariamente a lo que sucede en Estados Unidos, la proporción es de 12 muertes por 100,000 niños nacidos vivos. (9, 11, 14, 23).

El uso de anticonceptivos ha aumentado considerablemente en los últimos años en la mayoría de los países en desarrollo como también el deseo

de tener familias más pequeñas. Sin embargo millones de parejas desean posponer o evitar el embarazo pero no usan la anticoncepción. (9, 10, 11, 14)

10

La Encuesta Demográfica y de Salud de Población informó que Países tercermundistas aproximadamente una de cada cuatro mujeres casadas que desean evitar el embarazo no usan un método anticonceptivo, esto es equivalente a 150 millones de mujeres. (22).

5. La planificación familiar en América Latina:

A fines de las décadas de 1960 y 1970, cuando los programas nacionales de planificación familiar comenzaron, las condiciones socioeconómicas en América Latina eran relativamente favorables para la transición de la fecundidad. Existían barreras culturales que se interponían a la anticoncepción, pero los obstáculos políticos eran más importantes debido a la influencia de la Iglesia Católica. A pesar de estos obstáculos, la demanda de anticonceptivos era alta y probablemente excediese a la capacidad de los programas privados y públicos iniciales. (9, 10, 21, 22).

Niveles relativamente altos de desarrollo socioeconómico no condujeron a la transición de la fecundidad hasta que se proporcionaron servicios de planificación familiar, inicialmente privados y posteriormente públicos. Al promover la planificación familiar extensamente y ampliar el acceso a los grupos rurales y de bajos ingresos, los programas públicos contribuyeron a rápidos incrementos en el uso de los anticonceptivos. Por ejemplo, los servicios públicos se iniciaron en México en 1974; para 1978, les correspondía del 42 al 48 por ciento de los nacimientos evitados. (7, 10).

En la actualidad, la prevalencia anticonceptiva supera el 60 por ciento en Colombia y Costa Rica. Sin embargo muchos países de la región aún están lejos de proporcionar servicios adecuados. La prevalencia anticonceptiva es solo 30 por ciento en Bolivia y 10 por ciento en Haití. Aun en los países más avanzados, algunos sectores de la población están difícilmente servidos. El fallo de los anticonceptivos es común en algunas zonas, lo que indica que los servicios pueden ser de calidad deficiente, especialmente en las áreas de información y asesoramiento. Además la práctica generalizada del aborto

inducido, que es ilegal en la mayoría de los países de la región y, por tanto, clandestinos y peligrosos, indican problemas continuos de acceso a la anticoncepción. (7, 9, 10, 18).

B. FACTORES QUE CONDICIONAN LA PLANIFICACION FAMILIAR EN LAS COMUNIDADES RURALES.

En el mundo entero existen factores que condicionen el uso de la planificación familiar observándose estos factores mayoritariamente en países en vías de desarrollo.

1. Situación de las mujeres en las comunidades rurales:

La situación de la mujer en general está determinada principalmente por el grado de educación, la pobreza, el ingreso económico, la salud, el rol que desempeña en la familia y en la comunidad. (2).

En la mujer indígena los factores mencionados anteriormente están muy deteriorados, pareciera que la mujer es preparada desde la niñez para la procreación descontrolada y los oficios domésticos, olvidando algo muy importante como lo es la educación. (1, 18, 19).

Además del papel de madre no solo las hace sentirse realizadas sino que también consideran las mujeres del área rural, ganan el respeto y la aprobación de sus familias y amistades. Factores como éstos y la no aprobación del esposo también han contribuido grandemente a que las mujeres no utilicen métodos anticonceptivos. (1, 19).

2. Influencia del cónyuge masculino en la planificación familiar:

En el mundo aproximadamente el 30% de las parejas dependen de métodos anticonceptivos que requieren la participación activa del hombre. (2, 4, 6, 8).

A raíz de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo 1,994) y de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (Beijín 1,995) el tema de la participación de los hombres en los programas de salud reproductiva ha despertado mayor interés entre diversas entidades como los planificadores y proveedores de servicio de salud, los movimientos para la defensa de los derechos de la mujer, las instituciones académicas. Este interés, cada vez más marcado, se debe principalmente al reconocimiento de que los hombres desempeñan un papel importante en la toma de decisiones de la pareja sobre la sexualidad y la reproducción, pero la participación del hombre en los programas de salud reproductiva no ha tomado el rol que le pertenece. (2, 3, 7, 8, 13, 21, 26).

La participación de los hombres en la planificación familiar difícilmente es un concepto nuevo. Después de todo, los métodos tradicionales más antiguos - el retiro y la abstinencia periódica - dependen de la participación de los hombres. Las cifras actuales de la Organización de las Naciones Unidas indican que, en todo el mundo, una tercera parte aproximadamente de todas las parejas que practican la planificación familiar dependen de métodos que requieren la cooperación de los hombres, incluidos los métodos modernos tales como los condones y la esterilización masculina (vasectomía). (2, 9, 11, 13).

Estudios recientes demuestran que si bien los hombres están dispuestos a participar más activamente en decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos, con bastante frecuencia carecen simplemente de información suficiente para actuar en relación con sus preocupaciones. En la mayoría de los casos en las comunidades rurales, los hombres desconocen los anticonceptivos o los beneficios de la planificación familiar. En otros casos los hombres son

concientes de tales servicios pero tienen poco acceso a ellos, bien debido a que los programas de planificación familiar están dirigidos a las mujeres o debido a que estos servicios no son en absoluto accesibles. (2, 4, 8, 9, 11, 13, 15, 24).

13

Además de los amplios factores sociales, económicos y culturales que disuaden a los hombres de participar en la planificación familiar o de alentar a sus mujeres a hacer lo mismo, hay cierto número de factores íntimos acerca de los cuales los hombres expresan preocupación. Algunos se preocupan, por ejemplo, de que sus esposas se harían promiscuas si pudieran evitar el embarazo, otros piensan que la anticoncepción permitiría a las mujeres afirmar una nueva forma de control sobre sus cuerpos y, por tanto, cambiar la dinámica de poder del matrimonio. (9, 10, 11, 12, 13, 15).

Es especialmente importante en muchas culturas de todo el mundo en la que los hombres son quienes adoptan las decisiones tanto dentro como fuera del hogar. Cuando un marido controla la relación íntima de la pareja él determina cuando y con qué frecuencia tienen relaciones sexuales y si utiliza o no alguna forma de anticonceptivo. (2, 9, 13, 15, 24).

3. Falta de acceso:

El acceso se define como la disponibilidad de servicios a individuos o parejas. Se han identificado cinco tipos de barreras al acceso:

a). La accesibilidad geográfica o física .

La accesibilidad geográfica o física se puede medir por la distancia para llegar a un punto de prestación de servicio y el tiempo requerido para arribar a este punto. (18)

b). La accesibilidad económica.

Se refiere al grado en el que el costo de obtener el servicio está dentro de las posibilidades económicas del individuo o de la pareja. (18).

c). La accesibilidad administrativa.

Se refiere a las normas y reglas que pueden reducir o limitar el acceso, como los horarios de apertura de clínicas. (18).

14

d). La accesibilidad cognitiva.

Este tipo de accesibilidad tiene que ver con el grado en que los clientes actuales o potenciales están conscientes de la localización y de los servicios específicos ofrecidos. (18).

e). La accesibilidad psicosocial.

Comprende factores de actitud, tales como las expectativas que los usuarios potenciales tienen sobre el comportamiento de los prestadores de servicios y actitudes condicionadas por la cultura. (18).

4. Falta de información:

Los expertos en materia de planificación están de acuerdo en dos aspectos para que haya un mayor número de personas que utilicen los métodos anticonceptivos, la primera es que tiene que existir una buena comunicación entre los esposos y las esposas, la segunda que haya un buen flujo de información de los pro y contra de los métodos anticonceptivos. Mientras no se rompa estas dos barreras el crecimiento demográfico de la población irá en aumento descontrolable, en comparación con los países desarrollados. (2, 9, 24).

En las comunidades rurales de Guatemala, donde el acceso a los servicios de salud son inadecuados, los promotores de salud, los guardianes y

comadronas cumplen la función de informar de los múltiples beneficios, ventajas y desventajas que estos puedan tener, por lo que se debería intensificar los programas de capacitación, para no crear en la población las falsas creencias de los métodos anticonceptivos, considerando que en las áreas rurales es difícil cambiar los pensamientos y/o creencias por haberse heredado de generación en generación o por falta de entendimiento por las diferentes idiomas en nuestro país. (8, 20).

15

Las posibilidades de que las adolescentes utilicen los servicios de planificación familiar que las mujeres adultas son menores. Las jóvenes no obtienen o usan métodos de planificación familiar por diversas razones: falta de información, miedo a los efectos secundarios, aspectos sociales y económicos. Médicos especialistas han llegado a la conclusión de que todas las mujeres sin importar su edad o estado civil, deben ser considerados bajo los mismos criterios a la hora de proporcionar los servicios de planificación familiar. (2, 9, 14, 23).

4. Nivel de Educación:

Se sabe que el nivel de educación de las parejas influye de manera importante en sus actitudes y prácticas relacionadas con la salud y el comportamiento reproductivo, sus actitudes hacia el tamaño ideal de la familia y la práctica de la planificación familiar. Por otro lado, el nivel de educación esta asociado con la situación socioeconómica, la cual determina la demanda de servicios de salud y planificación familiar (1, 4, 19, 20).

La Encuesta de Salud Materno- Infantil 1,998 - 1,999 informó que en Guatemala existe un total de 51.0 % de las mujeres de etnia indígena con analfabetismo, con nivel primario 44.5%, secundaria 4.1%, superior 0.5 %. Observando mayor índice de analfabetismo en la región de Nor-occidente. (20).

En las comunidades rurales de Guatemala existe mayor preferencia que los niños de sexo masculino acudan a la escuela, discriminando al sexo femenino porque los padres no consideran importantes que la niña acuda a la

escuela. Esto refleja del porqué las mujeres de etnia indígena tienen el mayor número promedio de hijos. (4, 20).

6. Religión:

Este aspecto está ligado fuertemente a la educación. Es comúnmente mencionado por la mujer del área rural sin importar su raza, que disminuir o espaciar los embarazos es pecado porque afirman que es por voluntad divina, fenómeno que podemos entender por el grado de analfabetismo que existe en Guatemala y principalmente en la raza indígena. (1, 19).

16

La iglesia católica solamente apoya los métodos naturales, la falta de información de la planificación familiar ha hecho que existen grupos que están en contra del uso de los métodos anticonceptivos. (1, 19).

7. Lenguaje:

En Guatemala existen 23 grupos lingüísticos, sobresalen el Quiché, Cakchiquel, Kekchi, Mam, Pocoman, Poconchí, razón por la cual la comunicación constituye un obstáculo grande para el conocimiento de los métodos anticonceptivos. porque es difícil además que los programas de planificación incluyan estos idiomas (1, 19, 20).

ALGUNOS CONCEPTOS BÁSICOS

Los siguientes conceptos nos ayudaran a la definición de las variables por lo que se hace necesario incluirlos:

1. Planificación familiar:

Derecho y privilegio que tiene la pareja en decidir el número de hijos y la frecuencia con que los han de procrear y utilizar para efecto los medios adecuados para la regulación temporal de la fertilidad. (5, 6).

2. Métodos anticonceptivos:

Se llaman métodos anticonceptivos a todos aquellos que prevengan o eviten la anticoncepción ya sean mecánicos (condón, diafragma, dispositivo intrauterino) químicos o farmacéuticos (jaleas, cremas, óvulos o pastillas de aplicación local o por vía oral) quirúrgicos (abortos, ligaduras y vasectomía) y físicos (coito interrumpido, abstinencia periódica o ritmo). (5, 6)

3. Anticoncepción:

Proceso o técnica utilizada para evitar el embarazo por métodos mecánicos, físicos, químicos o quirúrgicos que alteran o bloquean uno o más de los procesos reproductivos, de manera que la unión sexual no tenga como consecuencia la fecundación. (5, 6).

17

ALDEA MONTÚFAR, SAN JUAN SACATEPÉQUEZ GUATEMALA

A. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA:

1. Población: 1,562 habitantes
2. Grupos étnicos: indígenas (85 %), ladinos (15 %).
3. Extensión territorial: 8 kilómetros cuadrados.

INFORMACIÓN MONOGRÁFICA:

1. Territorio:

Geografía.

La aldea Montúfar, San Juan Sacatepéquez, Guatemala se encuentra ubicada al norte; con el Chol, Granados, de Baja Verapaz, al sur; con el municipio de San Juan Sacatepéquez, Guatemala, al oeste; con Mixco Viejo, del departamento de Chimaltenango, al este; con las aldeas Cerro Alto y Sacsuy de San Juan Sacatepéquez y el municipio de San Raymundo del departamento de Guatemala.

2. Vías de acceso:

La aldea Montúfar cuenta con dos vías de acceso, una de ellas es por la carretera que se dirige a San Raymundo desviándose hacia la izquierda a la altura del kilómetro 38 desde la ciudad capital, desde allí a la aldea hay una distancia de 3 kilómetros de carretera totalmente asfaltada. La otra vía de entrada y menos utilizada es la que viene desde Coban, Alta Verapaz

C. EDUCACIÓN:

Cuenta con una escuela de primaria y una academia de mecanografía y los estudios de nivel básico .

18

D. ECONOMIA:

La mayor parte sus pobladores se dedican a la siembra de maíz y frijol, y un pequeño grupo se dedica a la crianza de ganado porcino.

E. IDIOMA:

Se hablan dos idiomas, el español y el cakchiquel. Ambos idiomas dominados en su mayoría por el grupo étnico indígena.

F. RECURSOS COMUNALES:

Cuenta con una escuela primaria y nivel básico, una academia de mecanografía, una gasolinera, un salón comunal, un mercado, un puesto de salud, una iglesia católica, oratorio evangélico y teléfono comunitario.

G. SITUACIÓN DE SALUD:

La comunidad de Montúfar cuenta con un puesto de salud, organizado por un enfermero auxiliar, un promotor de salud y un estudiante de EPS rural de la facultad de medicina de la UFM.

El censo poblacional realizado por el personal del puesto de salud a principios del año 2000, informa que la población total es de 1562 habitantes, existen 315 familias, con 347 mujeres y 330 hombres comprendidos entre las edades de 15 - 44 años, 459 mujeres y 426 hombres comprendidos entre las edades de 1 - 14 años, no se cuenta con datos de distribución por edad en este grupo etaréo.

Un estudio realizado en 1997 en 11 puestos de salud del municipio de San Juan Sacatepéquez y publicado en 1999 en la Revista de Centro Americana de Obstetricia y Ginecología concluye que los factores de riesgo asociados a la mortalidad perinatal en el área de San Juan Sacatepéquez con significancia estadística es: el hecho de haber tenido un mortinato previo contra el no haber tenido ninguno, los otros factores asociados fueron: el analfabetismo materno, el control prenatal, personal que atendió el parto, lugar de atención del parto, enfermedades previas y durante el embarazo, intervalo interginésico, abortos previos, gestas previas, edad materna y número de hijos. El estudio reporta que durante el año de estudio se registraron 4 casos de mortalidad perinatal en la aldea Montúfar.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

A. METODOLOGIA

1. Tipo de estudio:

Descriptivo.

2. Población en estudio:

Parejas entre las edades de 15 - 44 años con vida sexual activa de la Aldea Montúfar, San Juan Sacatepéquez, Guatemala.

3. Muestra:

La aldea esta conformada por un total de 315 familia. Para la toma muestra se utilizó la siguiente formula para estudios descriptivos;

$$n = \frac{N \cdot p \cdot q}{(N - 1) (\underline{LE}) + (p) (q)}$$

Donde:

- N = tamaño de la población
 n = tamaño de la muestra
 p = frecuencia del fenómeno
 q = 1 - p (no presencia del fenómeno)
 LE = límite error de estimación.

Para el estudio se dió una estimación de error 5 % (0.05), con un intervalo de confianza de 95%, y debido a que no se conoce la situación real del comportamiento de la aceptación de la planificación familiar en la aldea se asume que el 50 % (0.5) si la acepta y el 50 % (0.5) no la acepta.

21

$$\text{sustituyendo: } n = \frac{315 (0.5) (0.5)}{2} + \frac{(314) (0.05)^2}{4} = 179$$

4. Criterios de inclusión:

- ser habitante de la aldea Montúfar
- tener entre 15 y 44 años
- tener vida sexual activa

5. Criterios de exclusión:

- personas que no desean participar voluntariamente en el estudio
- personas con retraso mental o psicológico
- personas menores de 15 años y mayores de 45 años

6. Variables.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variables	Unidad de medida
Aceptación de la planificación familiar	Recibir con agrado lo que le dan u ofrecen	Expresar una actitud positiva y recibir con agrado los métodos para la regulación temporal de la fertilidad que ofrece el puesto de salud	Nominal	Bajo, moderado alto.

22

Conocimiento de los métodos de planificación familiar	Tener idea o noción de la planificación familiar	Información de los métodos para la regulación temporal o permanente de la fertilidad que poseen los encuestados	Nominal	-Métodos naturales retiro /ritmo/ ducha post-coital/ lactancia materna/ - De barrera preservativo/ espermicidas diafragma/ dispositivo intrauterino -Métodos hormonales píldora femenina/ implantes hormonales/ inyecciones
---	--	---	---------	---

				hormonales/ -métodos permanentes esterilización masculina/ esterilización femenina
Inconvenientes de la planificación familiar	Impedimento u obstáculo para la planificación familiar	Razones de las parejas para la no aceptación de los métodos de planificación familiar disponibles en el puesto de salud	Nominal	-Religiosos -rechazo de la pareja -culturales -falta de acceso -problemas de lenguaje -falta de información -motivos sociales
Sexo de las parejas según aceptación de la planificación familiar	Condición orgánica que distingue a un hombre o a una mujer	Según resultado de la encuesta	Dicotomica, dicotomica	Masculino: -Si / no Femenino: -Si / no
Número de hijos deseado por la pareja	Relación entre una cantidad determinada y otra considerada como unidad	Cantidad de descendientes que existe en la mente de las parejas para vivir mejor. Según encuesta.	Numérica	5 - 2 6 - 4 7 - 6 7 - o más
Grado de escolaridad de los métodos de planificación familiar	Escala de estudios realizados por los que hacen reciben o	Escala de estudios realizados por las parejas encuestadas.	Ordinal	- ninguno - primaria - secundaria - -diversificado -universitario

	rechazan los métodos anticonceptivos			
Estado civil de los que aceptan o rechazan la planificación familiar	Situación de relación entre un hombre y una mujer que reciben o rechazan de los métodos de planificación familiar	Según encuesta	Nominal,	-Unidos -Casados -Solo.
Determinar la edad de los que aceptan o rechazan la planificación familiar	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el tiempo actual	Según encuesta	Numérica	15 – 19 años 20 - 24 años 25 – 29 años 30 – 34 años 35 – 39 años 40 – 44 años

Procedimiento:

Inicialmente se contactó con autoridades del Distrito de Salud de San Juan Sacatepéquez, Guatemala, donde se explicó el objetivo del estudio y la forma de recolección de la información.

Con la ayuda de un croquis de la aldea se enumeraron el total de casas, y se extrajo una muestra de ciento setenta y nueve casa. Se solicitó la autorización verbal al jefe de familia o persona encargada por casa visitada, si la respuesta fue positiva se procedió a la entrevista con la ayuda de la boleta de recolección de datos. Se entrevistó por separado a los cónyuges para que la opinión de uno no influyera sobre el otro, haciendo de su conocimiento que la información que se recaude será confidencial. Cuando fue necesario se pidió ayuda de un traductor de habla cakchiquel o del personal del puesto de salud.

Posterior a la entrevista se dió una pequeña charla sobre planificación familiar y sobre métodos anticonceptivos.

Los servicios se consideran aceptados cuando la población expresa a través de una encuesta una actitud positiva a los servicios de salud. En base a lo anterior los niveles de aceptación se expresan de la siguiente manera:

Bajo: 40 - 59 % .

Moderado: 60 - 79%

Alto: 80% o más

La información recaudada fue presentada en tablas y análisis correspondiente.

8. Aspectos éticos:

Se comunicó a las autoridades de la aldea Montúfar, del Centro de Salud de San Juan Sacatepéquez, a las personas entrevistadas que la participación en el estudio es de forma voluntaria y que la información recaudada es confidencial y servirá solamente para fines científicos.

25

B. RECURSOS

1. Físicos:

- Biblioteca de las siguientes instituciones DGSS. APROFAM, USAC, Fondo de Población
- Puesto de Salud de la Aldea Montúfar.

Materiales.

- Equipo de escritorio
- Computadora de servicio

Humanos

- Investigador
- Personal que labora en el puesto de Salud.
- Parejas de la comunidad que cumplan los criterios de inclusión
- Interprete de habla cakchiquel cuando sea necesario

- Médicos, asesor y revisor de tesis.

Económicos

- Transporte	Q. 100.00
- Papelería y útiles de oficina	Q. 50.00
- Fotocopias	Q. 200.00
- Tinta de computadora	Q. 150.00
- Impresión	Q. 800.00
- Viáticos	<u>Q. 200.00</u>
Total	Q. 1,500.00

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Aceptación de la planificación familiar en parejas en edad reproductiva con vida sexual activa en la aldea Montúfar, San Juan Sacatepéquez, Guatemala, Julio – Agosto del 2001.

Cuadro No. 1

Grado de aceptación de la planificación familiar de los miembros de las parejas según sexo.

	aceptan		no aceptan		Sub-total	
	f	%	f	%	f	%
Femenino	127	35.48	52	14.52	179	50.00
Masculino	99	27.65	80	22.35	179	50.00
Total	226	63.13	132	36.87	358	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 2.A

Métodos naturales que conocen los miembros de las parejas según sexo.

Método	Femenino				Masculino				Sub-total	
	conocen		no conocen		conocen		no conocen			
	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%
-Retiro	18	1.26	161	11.24	15	1.05	164	11.45	358	25.00
-Ducha post-coital	1	0.07	178	12.43	0	0.00	179	12.50	358	25.00
-Lactancia materna	25	1.75	154	10.75	17	1.19	162	11.31	358	25.00
-Ritmo	113	7.90	66	4.61	73	5.10	106	7.40	358	25.00
Total	157	10.97	559	39.03	105	7.33	611	42.67	1432	100.00

Fuente: boleta de recolección de datos

Cuadro No. 2.B

Métodos de barrera que conocen los miembros de las parejas según sexo

Método	Femenino				Masculino				Sub-total	
	conocen		no conocen		conocen		no conocen			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Preservativo	119	8.31	60	4.19	131	9.14	48	3.35	358	25.00
Espermicida	4	0.28	175	12.22	2	0.14	177	12.36	358	25.00
Diafragma	4	0.28	175	12.22	3	0.21	176	12.29	358	25.00
DIU	62	4.33	117	8.17	25	1.74	154	10.75	358	25.00
total	189	13.20	527	36.80	161	11.24	555	38.76	1432	100.00

Fuente: boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 2.C

Métodos hormonales que conocen los miembros de las parejas según sexo.

Método	Femenino				Masculino				Sub-total	
	conocen		no conocen		conocen		no conocen		f	%
	f	%	f	%	f	%	f	%		
píldora	173	16.11	6	0.56	137	12.75	42	3.91	358	33.33
implantes	9	0.84	170	15.83	5	0.47	174	16.20	358	33.33
inyecciones	94	8.75	85	7.91	55	5.12	124	11.55	358	33.33
Total	276	25.70	261	24.30	197	18.34	340	31.66	1074	100.00

Fuente: boleta de recolección de datos

Cuadro No. 2.D

Métodos permanentes que conocen los miembros de las parejas según sexo.

Método	Femenino				Masculino				Sub-total	
	conocen		no conocen		conocen		no conocen			
	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%
- Esterilización masculina	76	10.61	103	14.39	87	12.15	92	12.85	358	50.00
- Esterilización femenina	172	24.02	7	0.98	167	23.32	12	1.66	358	50.00
total	248	34.63	110	15.37	254	35.47	104	14.53	716	10.00

Fuente: boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 3

Inconvenientes para la planificación familiar según sexo de los miembros de las parejas.

Inconvenientes	Femenino				Masculino				Sub-total	
	si		no		si		no		f	%
	f	%	f	%	f	%	f	%		
Religiosos	63	2.20	116	4.05	52	1.82	127	4.43	358	12.50
Rechazo de la pareja	96	3.35	83	2.90	40	1.40	139	4.85	358	12.50
Problemas de lenguaje	11	0.38	168	5.87	7	0.25	172	6.00	358	12.50
Motivos sociales	41	1.42	138	4.81	54	1.89	125	4.37	358	12.50
Motivos culturales	8	0.28	171	5.97	8	0.28	171	5.97	358	12.50
Falta de acceso	91	3.17	88	3.08	82	2.87	97	3.39	358	12.50
Falta de información	112	3.91	67	2.34	117	4.09	62	2.17	358	12.50
Efectos secundarios	116	4.05	63	2.20	99	3.45	80	2.80	358	12.50
total	538	18.78	894	31.21	459	16.02	973	33.97	2864	100.00

Fuente: boleta de recolección de datos

Cuadro No. 4

Numero de hijos considerados ideales

Número ideal de hijos	Femenino		Masculino		Sub-total	
	f	%	f	%	No.	%
1 - 2	31	8.65	34	9.50	65	18.15
3 - 4	80	22.35	59	16.48	139	38.83
5 - 6	47	13.13	40	11.17	87	24.30
7 - o más	21	5.87	46	12.85	67	18.72
Total	179	50.0	179	50.0	358	100.0

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 5

Grado de escolaridad según sexo y grado de aceptación o rechazo.

Grado de escolaridad	Femenino				Masculino				Sub-total	
	aceptan		rechazan		aceptan		rechazan			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
ninguno	24	7.70	39	10.89	17	4.74	46	12.85	126	36.18
primaria	59	16.48	11	3.07	40	11.17	25	6.98	135	37.70
básico	22	6.14	1	0.29	18	5.02	8	2.23	49	13.68
diversificado	18	5.03	1	0.29	19	5.31	0	0.00	38	10.63
universitario	4	1.12	0	0.00	5	1.40	1	0.29	10	2.81
total	127	35.47	52	14.54	99	27.64	80	22.35	358	100.00

Fuente: boleta de recolección de datos

Cuadro No. 6.

Estado civil de las parejas según aceptación o rechazo de planificación familiar.

Situación en aceptar o rechazar la planificación familiar	Unidos		Casados		Total	
	f	%	f	%	f	%
- Ambos esposos aceptan	39	21.78	60	33.52	99	55.30
- Ambos esposos rechazan	18	10.05	30	16.77	48	26.82
- La esposa acepta y el esposo lo rechaza	11	6.15	17	9.49	28	15.64
- La esposa rechaza y el esposo lo acepta	2	1.12	2	1.12	4	2.24
Sub-total	70	39.10	109	60.90	179	100.00

Fuente: boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 7

Edad de los miembros de las parejas.

Edad	Femenino				Masculino				Sub-total	
	aceptan		Rechazan		aceptan		rechazan			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
15 - 19	6	1.68	6	1.68	2	0.56	1	0.28	15	4.20
20 - 24	17	4.75	5	1.40	10	2.79	10	2.79	42	11.73
25 - 29	41	11.45	15	4.19	27	7.54	10	2.79	93	25.97
30 - 34	35	9.78	9	2.51	30	8.38	22	6.14	96	26.81
35 - 39	21	5.87	7	1.96	15	4.19	24	6.70	67	18.72
40 - 44	7	1.96	10	2.79	15	4.19	13	3.63	45	12.57
total	127	35.48	52	14.52	99	27.65	80	22.33	358	100.00

Fuente: boleta de recolección de datos

VIII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Cuadro No.1

Grado de aceptación de la planificación familiar en parejas en edad reproductiva y con vida sexual activa con la aldea Montúfar, San Juan Sacatepéquez, Guatemala.

Es de hacer notar que en las comunidades rurales de Guatemala existe una mayor aceptación de la planificación familiar por parte del sexo femenino, debido a que el cónyuge masculino no ha asumido el rol que le pertenece en los temas de sexualidad y planificación familiar. Estos temas siguen siendo un tabú prohibido para los niños, los jóvenes y los adultos jóvenes que inician vida sexual. Del total de las personas entrevistadas el 63.13% aceptan la planificación familiar, correspondiendo al 35.48% y 27.65% para el sexo femenino y masculino respectivamente.

En las áreas rurales, en que el sexo masculino acepte la planificación, influyen varios factores sociales y/o económicos tales como el temor de perder la autoridad de la familia, que produzcan efectos secundarios a su esposa, el tener varios hijos principalmente de sexo masculino lo ven como una inversión para el trabajo en el campo y en el futuro son los hijos quienes se harán cargo de ellos cuando sean ancianos. Además de los factores antes mencionados hay ciertos factores íntimos por los cuales el cónyuge de sexo masculino tiene poca aceptación hacia la planificación tales como el que su esposa por utilizar anticonceptivos tenga control de su cuerpo y por lo consiguiente que se vuelva promiscua.

En otros estudios realizados en la región occidental del país el cónyuge de sexo femenino acepta la planificación familiar en un 79%, en el presente estudio si se incluyeran solamente el sexo femenino (179 entrevistadas) se determina que el 70.9 % acepta la planificación familiar y es un 15.6 % mayor al sexo masculino.

Cuadro No.2.A, 2.B, 2.C, y 2.D.

Métodos de planificación familiar del que tienen conocimiento las parejas en edad reproductiva y con vida sexual activa en la aldea Montúfar, San Juan Sacatepéquez.

No existe duda que en la población en general se piensa que la planificación familiar y los métodos anticonceptivos están dirigidos hacia el sexo femenino, el sexo masculino demostró tener menos conocimiento de los diferentes tipos de métodos anticonceptivos.

El cónyuge de sexo femenino en la población en general tienen un conocimiento de los métodos modernos de 69.75 %. En el presente estudio si se preguntara solamente este tipo de métodos, se determina que 41.12 % de los entrevistados tienen conocimientos de esta categoría, lo que se traduce en que las campañas de promoción de los múltiples métodos han sido muy bajas y/o han sido de poco interés los temas de sexualidad para los habitantes de comunidades rurales.

En la discusión del cuadro número uno se enfatizó que el sexo masculino aceptaba en menos porcentaje la planificación. Es difícil cambiar estos pensamientos en las comunidades porque son rasgos que se han heredado de generaciones anteriores. El tema de participación del hombre en la planificación familiar difícilmente es un concepto nuevo después de todo, el retiro, la abstinencia, el uso de condones y la vasectomía dependen de la participación del hombre.

Los métodos naturales son conocidos en la población en estudio en 10.97% y 7.33% para el sexo femenino y masculino respectivamente, esto se debe a que en las comunidades rurales son mayormente aceptadas por la iglesia, que promueven el conocimiento y uso de este tipo de métodos.

A todos los cónyuges de sexo masculino se les preguntó si conocían el preservativo y el 73.2% refirió conocerlo, el sexo femenino lo conoce un 33.5%, este conocimiento es generado por los diferentes medios de comunicación que continuamente transmiten mensajes de promoción para llevar una vida sexual libre de enfermedades de transmisión sexual, pero no promueven el uso para espaciar los embarazos de las mujeres, menos aun de la mujer múltipara y de malas condiciones generales y nutricionales del área rural.

Es de hacer notar que de los métodos que más conocen ambos cónyuges en el presente estudio son los permanentes en un 70.1 %. Este conocimiento solamente supone que han escuchado en alguna ocasión que existe un método para el hombre y la mujer para “ya no tener hijos” como es conocido en las áreas rurales.

Cuadro No. 3.

Inconvenientes que encuentran las parejas en edad reproductiva y con vida sexual activa para aceptar la planificación familiar en la aldea Montúfar, San Juan Sacatepéquez.

El aceptar o no la planificación familiar en las parejas encierra una serie de interrogantes que involucran factores económicos, religiosos y de acceso.

No es de sorprender que las parejas refieran que los recursos económicos bajos, son una razón suficiente para utilizar los métodos anticonceptivos ya que lo que se gana hoy en día no basta para darle a los hijos, alimentación, vivienda, educación, vestidos, salud. Lamentablemente el tema de planificar la familia no es motivo de conversación cuando nace el primer niño si no que hasta cuando ya se tiene una familia numerosa y recuerdan que existen métodos para ya no tener hijos.

Del total de los entrevistados el 31.8% manifestó que si encuentran inconvenientes para la planificación familiar.

El temor a los efectos secundarios influye en la mujer en la decisión de iniciar a utilizar los métodos anticonceptivos. A todas las mujeres se les realizó la misma pregunta y el 64.8 % refirió que es un inconveniente para la utilización. Por lo que se debería ampliar las campañas de información sobre las ventajas que estos métodos ofrecen por parte de trabajadores de salud, por organizaciones como el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y organizaciones no gubernamentales a todas las mujeres sin importar la edad.

El rechazo del cónyuge del sexo masculino refieren las mujeres que es uno de los factores más influyentes para que no utilicen los métodos anticonceptivos. En el presente estudio de las 179 mujeres entrevistadas el 53.6 % refirió que ésta es una razón negativa para la planificación familiar, debido que el hombre en las comunidades por el hecho de dar el aporte económico le da la potestad en decidir si utiliza algún método para espaciar los embarazos y por lo tanto él tiene la última palabra.

Temerosos a que la planificación familiar es un insulto para Dios porque se comete “asesinato contra los niños”, porque es voluntad divina, en el presente estudio se determinó que un 32.1 % refirió que es un inconveniente, en comparación con otros estudios realizados que reportan hasta un 65 – 70 por ciento en comunidades como el Nor-occidente del país en donde se habla en mayor porcentaje los idiomas propios de la región. Este factor está ligado fuertemente a la educación escolar, los pensamientos o creencias que se transmiten de generaciones anteriores y/o por los representantes religiosos que constantemente transmiten información, muchas veces errónea y en contra del uso de los métodos para espaciar los embarazos.

Cuadro No. 4

Número de hijos deseados por las parejas en edad reproductiva y con vida sexual activa en la aldea Montúfar, San Juan Sacatepéquez.

El problema de hijos numerosos no es sorprendente en toda Guatemala, es de hacer notar que los padres desean hijos numerosos por dos razones de

provecho: uno a mediano plazo, lo ven como inversión para el trabajo, porque desde temprana edad son orientados para el trabajo, los hombres para el campo y las mujeres para los oficios domésticos. La otra razón, como inversión para el futuro,

Un 24.3 % del total de las personas entrevistadas manifestó que el número ideal de hijos que desean tener es de 5 a 6, con esta idea es difícil reducir las altas tasas de fecundidad y natalidad que enfrenta Guatemala.

De las 179 mujeres entrevistadas, 80 refirieron (representando el 44.7 %), que el número ideal de hijos que debían tener es de tres a cuatro, para darle a sus hijos los requerimientos necesarios para vivir. Lamentablemente ésta es solo una manifestación del número ideal de hijos que existe en la mente del cónyuge de sexo femenino.

Cuadro No. 5.

Grado de escolaridad de las parejas en edad reproductiva y con vida sexual activa que aceptan o rechazan la planificación familiar en Montúfar, San Juan Sacatepéquez.

Saber leer y escribir es sin duda uno de los factores esenciales para lograr una amplia cobertura de la planificación familiar. Del total de personas entrevistadas el 14.54 % y 22.35 % de los cónyuges de sexo femenino y masculino respectivamente que rechazan la planificación tienen poco o ningún grado de escolaridad tal como se ve reflejado en el cuadro No. 5. Es notable que mientras menos educación escolar se tenga menor será el conocimiento y aceptación de la planificación familiar.

Del total de las personas entrevistadas el 36.18 % son analfabetas y de estas el 32.5 % acepta la planificación familiar.

De 179 cónyuges masculinos entrevistados 80 refirieron rechazar la planificación (44.6 %) y de estos el 57 % no tienen ningún grado de escolaridad.

Cuadro No. 6.

Estado civil de 179 parejas en edad reproductiva y con vida sexual activa que aceptan o rechazan la planificación familiar.

La situación civil de cada una de las parejas se ve influenciada por factores sociales como la mayor confianza que tienen los cónyuges casados con respecto a la aceptación hacia la planificación, quizás aceptan en mayor porcentaje debido a que en las charlas prematrimoniales la iglesia orienta a las parejas a que conozcan los métodos naturales para el control de la natalidad.

Del total de los cónyuges el 26.82 % manifestaron ambos rechazar la planificación. Un 15.64 % de la población entrevistada refirió que la esposa acepta pero el esposo la rechaza, problema preocupante debido a que esto conlleva a una reproducción descontrolada en estos grupos poblacionales.

Cuadro No. 7.

Edad de las parejas con vida sexual activa que aceptan o rechazan la planificación familiar.

La edad es un factor influyente para aceptar o rechazar la planificación familiar, del total de personas entrevistadas el 52.78 % oscilan entre los 25 – 34 años, edades en la que se puede intervenir todavía con educación en reproducción y uso de anticonceptivos. Orientando a este grupo poblacional se puede combatir las falsas creencias que la población tiene sobre la planificación familiar. Las parejas de 15 – 19 años (4.2 %) que ya iniciaron su vida sexual y sin tener ninguna orientación sobre sexualidad y control de los embarazos condenan a sus esposas a embarazos múltiples, deterioro de

la salud y a los hijos, bajo peso al nacer y aumento en las tasas de morbi-mortalidad perinatal.

IX. CONCLUSIONES

- El 70.9 % de las mujeres aceptan la planificación familiar. Los principales obstáculos para utilizar los anticonceptivos, son el desconocimiento a los efectos secundarios, la falta de información, el rechazo del cónyuge masculino, contar solamente con el condón y la píldora, no tener acceso a otros métodos anticonceptivos y los motivos religiosos.
- El 55.3 % de los cónyuges masculinos aceptan la planificación familiar. Los principales obstáculos que refieren para la aceptación son la falta de información, contar solamente con el condón y no tener acceso a otros métodos anticonceptivos, el temor de disminuir su prestigio o porque sencillamente quiere demostrar su virilidad a la comunidad.
- Una cuarta parte de cónyuges masculinos entrevistados refirieron el deseo de tener una familia numerosa, lo que conduce a una reproducción descontrolada.
- La alfabetización es sin duda un factor esencial para el conocimiento de la planificación familiar. Mientras menos sea el grado de escolaridad de las parejas menos será el porcentaje de aceptación de la planificación familiar.

X. RECOMENDACIONES

- Desarrollar programas a nivel comunitario que tengan como objetivo primordial informar los múltiples beneficios de la planificación familiar a nivel individual, familiar, comunitario y nacional.
- Incluir en los programas de planificación familiar a los representantes de la iglesia, ya que éstas son personas que transmiten información muchas veces en contra de la utilización de los métodos de planificación familiar.
- Establecer en los estudiantes del nivel básico, programas de orientación en educación sexual, reproducción y planificación familiar iniciando así orientación temprana para futuros padres responsables.
- Desarrollar programas a nivel comunitario dirigidos a padres de familia cuyo objetivo se centre en la educación de los hijos, haciéndoles de su conocimiento la importancia que tiene la educación sexual de las niñas.
- Incluir en los programas comunitarios del Ministerio de Salud Pública una mayor diversidad de métodos anticonceptivos que estén a disposición de la comunidad.

XI. RESUMEN

Estudio descriptivo con el objetivo de identificar la aceptación de la planificación familiar en parejas en edad reproductiva y con vida sexual activa en la aldea Montúfar, San Juan Sacatepéquez, Guatemala, durante los meses de Julio – Agosto del 2001.

Se entrevistaron 179 parejas previa aceptación voluntaria para participar en dicho estudio.

De 358 personas entrevistadas, 179 para cada sexo, el 63.13 % acepta la planificación familiar. De los conyugues, el sexo femenino y masculino acepta la planificación familiar en un 70.9 % y 55.3 % respectivamente.

El temor a enfermar por los efectos secundarios (64.8 %) y la falta de información (65.4 %) fueron los principales inconvenientes referidos.

La falta de información de los diferentes tipos de métodos anticonceptivos, el rechazo del conyugue y la falta de acceso fueron los otros inconvenientes que refirió el sexo femenino para la utilización de los métodos de planificación familiar.

El desconocimiento de los efectos secundarios y la falta de acceso a estos servicios de salud fueron los inconvenientes para el sexo masculino

Teniendo conocimiento de la aceptación que tienen las parejas con vida sexual activa en las comunidades rurales se pueden desarrollar programas comunitarios orientados a la educación sexual y planificación familiar y así reducir las tasas de natalidad y fecundidad.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. APROFAM. Comportamiento sexual y aceptación de la planificación familiar en la población Maya Quiche de Guatemala. Guatemala, 1994, 102p.
2. Brito, M. Inquietudes femeninas las mujeres escriben sobre la participación de los hombres en la familia. Oficina de informe popular. Nueva York . 1995, 32p.
3. Bloom, Felipe. Planificación familiar.
A:\Planificación Familiar Reflexión Personal.htm.
4. Chirix, Enma Delfina. Por la vida un grito de salud y de esperanza. Informe de la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud de Guatemala. Chimaltenango 1998, 73p.
5. Colston W., Anne, et al: Anticoncepción y planificación familiar. En Tratado de Ginecología de Novak. 12 ed. México: Interamericana 1995. (pp 181 – 210).
6. Corpas, A., et al: En su Diccionario de Medicina de Mosby. St. Louis, Missori, 1995. Océano Grupo Editorial. 1,437p . (pp.85).
7. Cuestiones mundiales. Población en el Milenio.
A:\Cuestiones Mundiales, Septiembre de 1998 – UNA ENORME

DIFERENCIA, UNA FAMILIA POR VEZ. htm

8. Echeverria, Nova, Alma Nivia. Influencia del conyugue masculino en la aceptación o rechazo de la planificación familiar. Tesis (Medico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Medicas, Guatemala, 1,997, 41p.
 9. Efectivos: Programas de Planificación Familiar. Washington D.C.
A:\Planificacion Familiar Programas eficaces para el desarrollo.htm
 10. Estado de la Población Mundial 1999
A:\Planificación Familiar Programas eficaces para el desarrollo.htm
- 48
11. Family: Healt International. La participación del hombre después del Embarazo. Network en Español. Florida, 1997; 17 (4). 30p.
 12. Family: Healt International. La participación en la salud de la reproducción. Network en Español. Florida, 1998; 18 (3). 18p
 13. Family: Healt International. La Planificación familiar es a menudo una decisión familiar. Network en Español. Florida, 1998; 18 (4) 34p.
 14. Family: Healt International. Las necesidades desatendidas afecta a millones. Network en Español. Florida, 1999; 19 (4) 23p.
 15. Family: Healt International. Promoción de la comunicación entre la pareja. Network en Español. Florida, 2000; 20 (2) 27p.
 16. Hatcher, K. Métodos Anticonceptivos . En su: Tecnología Anticonceptiva. Corporación Atlanta, 1994. (pp 281 – 283, 390-394).
 17. La Planificación Familiar en la Salud Reproductiva.
A:\SALUD REPRODUCTIVA.

18. León, Federico R. Evaluación y mejoramiento del acceso y la calidad atención. Washington: Oficina de Población de la Agencia de los Estados Unidos para el desarrollo internacional, 1999. 63p.
19. Martines Ortiz, Aura Amparo. Conocimiento y práctica de métodos anticonceptivos en una comunidad indígena. Tesis (Medico y Cirujano)- Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, 1997, 41p.
20. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social. Encuesta Nacional de Materno Infantil. Documento elaborado por el Instituto Nacionalde Estadística y el Ministerio de Salud Pública. 1998 – 1999.

49

21. Naciones Unidas. Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo en Septiembre de 1994, en el Cairo, Egipto.
A:\Cuestiones Mundiales. Septiembre de 1998 - PLAN DE ACCIÓN DE EL CAIRO – PRINCIPIOS. htm.
22. Planificación Familiar.
A:\Planificación Familiar Programas eficaces para el desarrollo.htm
23. Shane, B. Salvando las vidas de las madres y los niños. En su Planificación familiar. 3ed. Washington D.C. Lithograh Company 1,997, (pp 1 – 23).
24. Shutter: M. M. El debate en América Latina sobre la participación de los hombres en programas de salud reproductiva. Pan American Journal of Public Hearlth, 2,000. Jun. 7 (6) (pp 418 - 423).
25. Vernon, R, et al: Oferta sistematica de servicios de planificación y salud reproductiva en Guatemala. Nueva York: USAID., 1998 32p. (Publicación científica Investigación Operativa y Cooperación Técnica en Planificación Familiar y Salud Reproductiva para América Latina y el Caribe, NO. 3)

26. Yunes: J. El SIDA y la planificación familiar. Organización Mundial de la salud. 1994. 88p. (pp 31 – 41)

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**Aceptación de la planificación familiar en parejas con vida sexual activa
con la aldea Montúfar, San Juan Sacatepéquez, Guatemala**

Responsable: Br. José Gabriel Chin Subuyuj

No. de casa _____

Grupo étnico _____

1. Acepta usted la planificación familiar?

femenino: si no. Masculino: si no

2. Conoce usted los siguientes métodos Planificación familiar?

Femenino: Métodos naturales
naturales

Masculino: Métodos

-retiro
-ducha postcoital
-lactancia materna
-ritmo

-retiro
-ducha postcoital
-lactancia materna
-ritmo

Métodos de barrera	Métodos de barrera
-preservativo	-preservativo
-espermicida	-espermicida
-diafragma	-diafragma
-dispositivo intrauterino	-dispositivo intrauterino
Métodos hormonales	Métodos hormonales
-píldora	-píldora
-implantes hormonales	-implantes hormonales
-inyecciones hormonales	-inyecciones hormonales
Métodos permanentes	Métodos permanentes
-esterilización masculina	-esterilización masculina
-esterilización femenina	-esterilización femenina

3. Inconvenientes que encuentra para la planificación familiar.
- | | | | |
|------------|-----------------------|------------|-----------------------|
| Femenino : | Religiosos | Masculino: | religiosos |
| | Rechazo de la pareja | | rechazo de la pareja |
| | Problemas de lenguaje | | problemas de lenguaje |
| | Motivos sociales | | motivos sociales |
| | Motivos culturales | | motivos culturales |
| | Falta de acceso | | falta de acceso |
| | Falta de información | | falta de información |
| | Efectos secundarios | | efectos secundarios |

52

4. Sexo de las parejas según aceptación de la planificación familiar?
- | | | | | | |
|-----------|----|----|------------|----|----|
| Femenino: | si | No | Masculino: | si | no |
|-----------|----|----|------------|----|----|
5. El número ideal de hijos para ustedes es?
- | | | | |
|-----------|-----------|------------|------------|
| Femenino: | 1 - 2 | Masculino: | 1 - 2 |
| | 3 - 4 | | 3 - 4 |
| | 5 - 6 | | 5 - 5 |
| | 7 - ó más | | 7 - ó más. |
6. Grado de escolaridad de los aceptantes o rechazan la Planificación familiar
- | | | | |
|-----------|---------------|------------|---------------|
| Femenino: | ninguno | Masculino: | Ninguno |
| | Primaria | | Primaria |
| | Básicos | | Básicos |
| | Diversificado | | Diversificado |
| | Universitaria | | Universitario |
7. Estado civil de las personas que aceptan o rechazan la planificación familiar:
- Solo

Unidos
Casados

8.	Edad de los que aceptan o rechazan la planificación familiar;			
	Femenino:	15 - 19	Masculino	15 - 19
		20 - 24		20 - 24
		25 - 29		25 - 29
		30 - 34		30 - 34
		35 - 39		35 - 39
		40 - 44		40 - 44