

*“Factores sociales que influyen en la
aceptabilidad y continuidad del uso de métodos
de planificación familiar en mujeres”*



Ligia Elizabeth Orellana Reyna

Médica y Cirujana

CONTENIDOS	PAGINAS
I.- INTRODUCCIÓN	1
II.- DEFINICIÓN Y ANALISIS DEL PROBLEMA	2
III.- JUSTIFICACIÓN	5
IV.- OBJETIVOS	6
A. OBJETIVO GENERAL	6
B. OBJETIVO ESPECIFICO	6
V.- REVISIÓN BIBLIOGRAFICA	7
A. SALUD REPRODUCTIVA	7
B. ESPACIAMIENTO DE EMBARAZOS	12
C. ANTECEDENTES Y CONTEXTO SOCIOCULTURAL, POLITICO, ECONÓMICO Y RELIGIOSO SOBRE SALUD REPRODUCTIVA, PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y USO, CONTINUIDAD Y DISCONTINUIDAD DE DICHS METODOS EN LA POBLACIÓN INDÍGENA	17
D. PLANIFICACIÓN FAMILIAR	27
E. RESULTADOS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTIL 1995.	40
F. RESULTADOS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUS MATERNO INFANTIL 1998-1999	50
VI.- MATERIALES Y METODOS	62
A. METODOLOGIA	62
B. RECURSOS	68
VII.- PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS	69
A. CONTEXTO DEL TRABAJO DE CAMPO	69
B. CONTEXTO DE LA ALDEA PACHAY LAS LOMAS, MUNICIPIO DE SAN MARTÍN JILOTEPEQUE, DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO	70
C. PERFIL DE LAS MUJERES INDIGENAS DE LA ALDEA PACHAY LAS LOMAS, MUNICIPIO DE SAN MARTIN JILOTEPEQUE, DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO, PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO	75
D. EMBARAZO Y MORTALIDAD INFANTIL	77
E. ACCESO A INFORMACIÓN Y MEDIOS DONDE LA HA OBTENIDO	78

F. SOBRE METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SU USO	80
G. CONTINUIDAD DE UN METODO	82
VIII.- CONCLUSIONES	94
IX.- RECOMENDACIONES	96
X.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	98
XI.- ANEXOS	99

I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo representa un estudio base que servirá, para desarrollar acciones dentro de la Asociación de Mujeres Indígena de Desarrollo Integra - AMIDI-, sobre la Planificación Familiar que tiendan a mejorar la calidad de vida sexual de las mismas.

Especial importancia representó la creación de condiciones de confianza y conocimiento previo de las dirigentes y asociadas, lo que se puso de manifiesto al realizar las entrevistas en las cuales las mujeres se expresaron con menos dificultad.

Dentro del estudio se recopiló gran cantidad de información sobre el tema que sirvió como base para el análisis de las respuesta obtenidas por las mujeres participantes en el estudio.

El resultado final, sus conclusiones y recomendaciones representan un aporte actualizado al conocimiento exploratorio y transversal de las razones culturales, sociales, religiosas, de género y étnicas para la continuidad de la información, conocimiento, acceso y uso de métodos de planificación familiar en mujeres indígenas kaqchikeles en la zona de estudio, las cuales son aplicables a situaciones y población en condiciones similares a las estudiadas.

Por lo que se agradece a las mujeres que abrieron su confianza, anhelos y demandas sobre sus derechos sexuales y reproductivos y a otras personas que facilitaron información y consejos para una mejor realización y resultados de la presente Tesis.

Se espera que este esfuerzo fructifique en un mejoramiento de las condiciones de vida para las mujeres guatemaltecas que viven en condiciones de subordinación social, genérica y clasista.

II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

La situación de las mujeres guatemaltecas es de desventaja, desigualdad y exclusión en la mayoría de factores del desarrollo, la educación, el acceso a servicios sociales básicos, información, organización y participación en la toma de decisiones en aspectos que le afectan o influyen en su vida cotidiana y la satisfacción de sus necesidades prácticas y estratégicas. En el caso de las mujeres de las zonas rurales, pobres e indígenas, esta exclusión es más acentuada y menos atendida que en el caso de las mujeres de áreas urbanas.

El marco de exclusión y pobreza abarca al 84% de la población guatemalteca, siendo la primera explicación o causa de la situación que viven las mujeres en general.

La actual Constitución Política de Guatemala reconoce el derecho constitucional a que las parejas decidan libremente el número y espaciamiento de sus hijos e hijas¹ pero en la práctica, por un lado, no indicaron el método a aplicar y, por otro, los servicios estatales y privados no cubren la demanda existente y la información para estas decisiones no es suficiente para que las parejas y/o las mujeres pongan en práctica este derecho de su salud sexual y reproductiva para su desarrollo.

Otra perspectiva a tener en cuenta es que el perfil de salud de la mujer indígena está en buena parte determinado por la situación de doble subordinación en su relación de pareja y con los sectores dominantes de la sociedad local y nacional. Es subordinada como mujer y es parte de los sectores subordinados o excluidos de la sociedad guatemalteca.

Por ejemplo, en todos los indicadores de salud y calidad de vida, la población indígena (60%) se encuentra en graves condiciones y como una muestra de dichos indicadores se puede citar que en dicha población se utiliza en un 10% los métodos de anticoncepción contra 43% en el caso de población ladina.²

Algunas de las modalidades de información, capacitación y servicios de planificación familiar a mujeres indígenas se han dado a través de organizaciones sociales no gubernamentales en las que se han encontrado diversidad de factores entre los cuales se encuentran los sociales culturales, religiosos, económicos, políticos, de género, etc. para la aceptabilidad y -consecuentemente- para la continuidad del uso de métodos de planificación familiar.

¹ Constitución Política de la República, Capítulo II, Derechos Sociales, Sección Primera, Familia, Artículo 47.

² Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1,995.

Estas actividades han tenido diversos enfoques, desde el concepto de planificación familiar, espaciamiento de embarazos, salud materno-infantil hasta su ubicación en los derechos de salud sexual y reproductiva de las mujeres.

El problema del conocimiento/desconocimiento; aceptación/rechazo; uso y continuidad/discontinuidad de los métodos de planificación familiar en las mujeres del país, existe y tiene gran peso como el determinante más importante de la fecundidad y sus consecuencias en indicadores de salud materno-infantil y los específicos de salud de la mujer.

En la Aldea Pachay Las Lomas, del municipio de San Martín Jilotepeque, departamento de Chimaltenango, la Asociación de Mujeres Indígenas para el Desarrollo Integral -AMIDI- ha participado en este tipo de procesos informativos, de capacitación y promoción de métodos de planificación familiar en sus 50 asociadas, comprendidas entre los 14 a 45 años de edad, en entornos socioeconómicos de población pobre, rural y del pueblo maya Kachikel, practicantes de la religión católica, protestante y de la espiritualidad maya.

Partiendo de la realidad educativa, organizativa, cultural y de participación de mujeres como las integrantes de la asociación AMIDI, se comprueba que conocer un o unos métodos de planificación familiar no significa necesariamente que las mujeres tengan un buen nivel de información y práctica sobre los mismos.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil muestran que el uso de métodos anticonceptivos es del 31% en todas las mujeres en edad fértil, quienes han usado alguna vez en su vida un método de planificación familiar; el 27% ha usado métodos modernos y el 10% alguna vez ha usado métodos tradicionales. Entre los métodos se mencionan las pastillas (15%), la esterilización femenina (10%), el condón y el ritmo (8%) y el DIU e inyecciones solamente por el 6% de mujeres.³

Esta situación muestra diferencias para el caso de mujeres en unión y no unidas pero que están activas sexualmente y también según la edad, el método usado, área, la región político-administrativa, grupo étnico, nivel de educación, número de hijos/as vivos, si se hace para limitar o espaciar los hijos/as, fuente de suministro (sector público, sector privado, otros, etc.).

En ese mismo sentido, la continuidad o discontinuidad del uso de métodos de planificación familiar está relacionada con variables como: cambio de un método a otro por falla del utilizado, sus efectos colaterales u otras razones⁴, comienzo de

un embarazo, por abandono del método y también dependiendo de las intenciones de uso de dichos métodos en el futuro.

Las distintas fuentes primarias y secundarias de información consultadas, registran datos de nivel nacional, regional y departamental pero no se cuenta con reportes actualizados de nivel municipal o comunitario.

Eso demanda una adecuada delimitación del problema, partiendo de los datos generales existentes y su referente al caso y muestra específica de las mujeres de la Aldea Pachay Las Lomas, en particular, de las integrantes de Asociación AMIDI.

La experiencia con dichas mujeres permite estudiar a fondo cuáles son los factores sociales que influyen en dicha aceptabilidad y continuidad del uso de métodos de planificación familiar del año 1,999 a la fecha; qué factores sociales, generales o particulares, en el grupo de estudio favorecen esa aceptación, uso y continuidad/discontinuidad; cómo se vive y resuelve los aspectos que favorecen dichas actitudes y prácticas y cuáles son las limitantes en el entorno individual, familiar, comunitario y social de las mujeres participantes.

³ Op.cit. pág. 100

⁴ por ejemplo: compañero no aprobaba; problemas de salud; acceso/disponibilidad; uso inconveniente; sexo poco frecuente; costos; menopausia; por disolución matrimonial, etc.

III. JUSTIFICACIÓN

Dada la ausencia de registros o subregistros en cuanto a cantidad, frecuencia y factores sociales que influyen en la aceptación y continuidad en el uso de métodos de planificación familiar en las mujeres de 14 a 45 años de la Aldea Pachay Las Lomas, en particular de las integrantes de la asociación de mujeres indígenas AMIDI, la investigación no cuenta con datos actualizados y confiables sobre el % de mujeres en edad fértil y otros indicadores cuantitativos y cualitativos sobre el problema.

El impacto, trascendencia e importancia del problema sí es observable de manera empírica ya que las mujeres en los momentos de información y capacitación sobre el uso de métodos de planificación familiar han expresado su preocupación y a la vez, necesidad e interés de incrementar su conocimiento de las ventajas y desventajas de dichos métodos y de las razones socioeconómicas, sociales, familiares, culturales, religiosas y de género para que como mujeres puedan mejorar su salud sexual y reproductiva y la influencia de ésta en su desarrollo individual y social.

La investigación tendrá varios resultados de importancia ya que ordenará la información; actualizará el conocimiento y propuestas de solución a la problemática; será útil para las mujeres, su asociación, instituciones municipales, sociales, privadas e internacionales y las distintas formas de intervención y apoyo al desarrollo y salud de la mujer en dicha comunidad, municipio, departamento y región.

En términos nacionales tiene pertinencia social, cultural, religiosa, sanitaria, organizacional y económica para retroalimentar el debate y consenso sobre la definición y puesta en práctica de políticas públicas sobre población y salud, en general y en particular sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de la mujer guatemalteca.

Las conclusiones y hallazgos del estudio apoyarán la formulación de propuestas para iniciar o fortalecer acciones que incidan en el cambio de factores negativos, restrictivos o limitantes para que las mujeres en el área de investigación mejoren el conocimiento, uso y continuidad de aplicación de métodos de planificación familiar y su importancia en la participación de las mujeres en su desarrollo integral.

Dado el interés y nivel de conocimiento, organización, práctica y cohesión social alcanzados hasta la fecha por este grupo de mujeres, la pertinencia sociocultural del estudio, está garantizado ya que fortalecerá dichas prácticas, destrezas y actitudes y puede servir de efecto demostrativo en otros grupos en situaciones similares.

VI. OBJETIVOS

A. GENERAL:

- 1.- Identificar los factores sociales, culturales, religiosos, económicos, que favorecen o limitan la aceptabilidad y continuidad de métodos de planificación familiar de las integrantes de la Asociación de Mujeres Indígenas para el Desarrollo Integral (AMIDI).

B. ESPECÍFICOS:

- 1.- Describir los factores sociales que influyen en la aceptabilidad y continuidad de los métodos de planificación familiar en mujeres de la aldea Pachay Las Lomas del municipio de San Martín Jilotepeque, departamento de Chimaltenango.
- 2.- Validar conocimientos teóricos, conceptuales y metodológicos sobre la aceptabilidad y continuidad de métodos de planificación familiar en mujeres indígenas para la política pública sobre población y salud sexual y reproductiva de las mujeres de Guatemala.
3. - Identificar dentro de las participantes en la investigación:
 - 3.1 Los factores sociales que influyen en la aceptación y continuidad de los métodos de planificación familiar
 - 3.2 Las características generales y personales de las participantes
 - 3.3 Las fuentes de suministro de los métodos de planificación familiar

V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

A. SALUD REPRODUCTIVA:

Para iniciar, el tema tiene fuerte relación con el concepto de salud reproductiva el cual es definido por asociaciones, promotores/as y comadronas dedicadas a la salud comunitaria y preventiva como:

- El derecho del esposo y la esposa a tener una vida sexual, sana y segura que permita tener los hijos y las hijas que ellos deseen sin riesgos para la madre y las hijas y los hijos.
- Ayuda a prevenir cómo cubrir las necesidades básicas: alimentos, ropa, descanso, educación, salud y un hogar con responsabilidad, amor de la madre y del padre para con sus hijos e hijas.
- También es contar con establecimientos y personas preparadas para que atiendan y orienten a las familias en los aspectos relacionados con la sexualidad humana ("Más que una sanadora de la comunidad ¡La Comadrona Tradicional! ", pág. 16)

Los tres ejes problemáticos de salud reproductiva son: Educación, información y servicios, es importante que se aborden de manera integrada y que las actividades se hagan en coordinación con las organizaciones de la sociedad civil y las comunidades para lograr mejores posibilidades de vida.

Inicio de la vida sexual: Se comprende como el inicio de relaciones sexuales.

Métodos de anticoncepción: Es el conjunto de técnicas encaminadas a la planificación de los embarazos deseados.

Edad: tiempo cronológico vivido por una persona desde su nacimiento.

Estado civil: Estado legal que ubica a una persona en su relación de pareja.
Relación de la madre respecto al padre del niño o niña.

Trabajo: Actividad usual remunerada.

Residencia: área de habitación.

Escolaridad: conocimiento de la madre sobre lectura y escritura.

Sexo: características genéticas, fisiológicas, físicas y sociales.

Diagnóstico: determinación de la naturaleza de una enfermedad por sus signos y síntomas.

Tenencia de tierra: terreno propio para el cultivo.

Ocupación: acción o trabajo, forma de emplear el tiempo.

Educación: Acción y efecto de desarrollar las facultades físicas, intelectuales y morales de una persona y por lo tanto, de la sociedad.

Ingreso económico familiar: cantidad de dinero que ingresa a la familia en un período de un mes, producto de la ocupación de uno o más miembros del núcleo familiar.

Vivienda: refugio construido por la mano del hombre, en el que éste habita de modo temporal o permanente.

Control pre-natal: visita a una institución médica, como mínimo tres veces durante el embarazo.

Condiciones sanitarias: conjunto de servicios ordenados para preservar la salud de los habitantes.

Planificación familiar: todas las parejas e individuos tienen el derecho humano básico de decidir libre y responsablemente el número de hijos e hijas que desean tener y en que tiempo tenerlos, debe disponer de los medios e información adecuada para conseguirlo. Esto es a través de los métodos de planificación familiar.

Es un concepto que causa muchos problemas entre la población especialmente rural e indígena porque se asocia a prácticas impositivas venidas de fuera incluso del país y que se considera que es para que disminuya la población indígena.

Espaciamiento de los embarazos: es la decisión que la esposa y el esposo han buscado para espaciar entre un hijo e hija y otro a través del uso de los métodos naturales y artificiales. Es un término que se acepta de mejor manera en las comunidades y familias del área rural y de población indígena porque se ve como ventaja para la mujer, la familia y la comunidad.

Ventajas para la Madre.

Ayuda a la salud de la mujer:

- Evita peligro durante los embarazos y la pérdida de vida de la mujer.
- Disminuye prácticas inseguras de abortos provocados por embarazos no deseados.
- La madre tiene la mejor salud mental. Ayuda a mantener su cuerpo sano y puede dar más tiempo a su familia.
- Espaciar los embarazos puede apoyar a la familia en su economía.

Cuando las mujeres tienen a sus hijos e hijas entre los 25 y 34 años, presentan las siguientes ventajas:

- Disminuye la muerte de los niños y niñas.
- Ayuda al joven y jovencitas a desarrollar sus mente y su cuerpo.
- Tienen más posibilidad de estudiar.
- Tienen más posibilidad de prepararse para ser madre o padre.
- Tienen más posibilidad de trabajo y de recursos económicos
- Cuentan con más tiempo para hacer amigos o amigas

Ventajas para los hijos e hijas.

Los beneficios que tendrán los niños o las niñas cuando la madre tiene los embarazos cada 2 años son:

- Se salva la vida de los niños o las niñas.
- El niño o niña tiene más fuerza de mantener su salud durante los primeros 5 años.
- Hay posibilidad de dar mejor alimentación, educación, vestuarios, juguetes y recreación para los niños y niñas.
- El niño y la niña nacen con buen peso.
- El niño y la niña nacen sanos.
- El niño y la niña tienen más defensas durante los primeros 5 años de vida.
- El niño y la niña se sienten más amados por sus padres.

Ventajas para la familia:

- Ayuda a las parejas a escoger el número de hijos o hijas deseado.
- Ayuda a la pareja a gozar de relaciones sexuales sin el temor de embarazos no deseados.
- Ayuda a la pareja a tener conocimientos de métodos de espaciamiento de embarazo.
- Permite a las parejas ejercer su derecho de protección de la familia.
- Las parejas con pocos niños o niñas son más saludables y pueden brindarles más recursos a sus niños y niñas.
- Menos niños o niñas significa más comida para cada uno.
- Menos niños o niñas puede significar más tiempo para la pareja y para sus hijos e hijas.
- El esperar para tener hijos e hijas permite que tanto hombres como mujeres tenga tiempo para completar su educación. Así pueden darle más a la familia. El nivel de educación de los padres tiene gran valor en las oportunidades de tener más tiempo para la familia.

- La calidad de vida de una mujer puede mejorar si no tiene muchos hijos e hijas y no si no son muy seguidos. Puede participar en actividades de la comunidad, estudiar y tener la opción de trabajar fuera de la casa.

Ventajas para la comunidad.

- Hay participación más activa de las mujeres en asuntos comunitarios.
- Participación más activa de familias en el desarrollo comunitario.
- En las familias con mayor información disminuyen las circunstancias que ponen en peligro de muerte a los niños y las niñas. Se mejora la vida de la familia; y la pareja se da la oportunidad de escoger cómo espaciar sus embarazos.
- Si las condiciones económicas y sociales son mejores hay mejor calidad de vida para mujeres, hombres, mujeres, niños y niñas; hay mejores posibilidades de educación y beneficios sociales para todos y todas.

Lo que piensa la comunidad de cada uno de los argumentos sobre el espaciamiento del embarazo.

a) Argumentos económicos:

- los ricos dicen que somos pobres porque tenemos muchos hijos o hijas.
- En nuestra aldea algunas familias desean tener muchos hijos o hijas. Esto pasa porque los niños y las niñas ayudan a trabajar y a cuidar a los padres cuando están viejos.

b) Argumentos políticos:

- Existe mucha desconfianza en las comunidades con respecto a la "Planificación familiar". La experiencia de los años de violencia en el país ha sido de exterminar a nuestra gente y nos da temor de sufrir otro engaño para eliminar a la gente pobre e indígena.
- No sabemos muy bien los beneficios que trae el espaciamiento de embarazos, si es realmente para evitar la muerte de mujeres, niños y niñas por riesgo del embarazo.

c) Argumentos socio-culturales.

- La mayoría de la gente cree que todos los métodos de espaciamiento matan a los niños y niñas. Esto es un pecado castigado por Dios-
- La medicina tradicional y las plantas naturales son mejores. Creemos que son más saludables y económicas.

- Nos gustaría saber cómo piensa la gente líder de nuestras comunidades que aconsejan sobre "la planificación familiar": la iglesia católica, evangélica, los ancianos y sacerdotes mayas.
- La gente de la comunidad debe saber que la mayoría de plantas que usa la gente son abortivas.
- Los sacerdotes mayas recomiendan los métodos naturales, dicen que no están de acuerdo con la operación es como capar (castrar) a un animal.
- La iglesia católica no está en contra del espaciamiento de embarazos, recomiendan la utilización de métodos naturales, no recomienda el uso de métodos que atenten contra la salud del hombre o la mujer.
- Algunas iglesias evangélicas están a favor de espaciar embarazos, incluyendo algunos métodos artificiales y los naturales. Dicen que si un método previene crear una nueva vida no es un pecado, porque no está matando un ser humano.

d) Argumentos sociales como el machismo

- Algunos hombres están en contra del uso de remedios para no tener hijos o hijas. Creen que son más hombres cuando tienen muchos hijos e hijas especialmente, si son varones.
- Dicen que la mujer es para tener hijos e hijas, si usa medicina para evitarlos, temen que ella se acueste con otros hombres.
- Si una mujer tienen muchas niñas hay que seguir con los embarazos, hasta que tenga un varón.
- La infidelidad no se debe al uso de métodos de espaciamiento, sino a problemas de relación en la pareja.
- En algunas aldeas hay mujeres que prefieren tener muchos hijos e hijas porque es importante para ser mujer.
- En la cultura maya algunas personas dicen que para que sea una mujer maya, tienen que tener muchos hijos e hijas, y que sean números especiales, según su cosmovisión.

e) Argumentos sociales:

Las parejas no pueden decidir espaciar sus embarazos. Esto se debe a causas como:

- El Estado no prioriza la educación y es un derecho de todos y todas.
- La gente de las comunidades no tienen la educación adecuada.
- Hay temor de hablar sobre salud reproductiva, en los programas de educación. Muchas veces no se respeta la cultura que existe en el país.
- Existe mucha desinformación y mitos en la comunidad sobre los métodos de espaciamiento. Algunos creen que pone en riesgo la salud de la mujer.

f) Problemas biológicos:

- muchas personas no tienen confianza de que vayan a vivir sus hijos e hijas. Por eso no quieren espaciar sus embarazos. Piensan que muchos niños y niñas mueren muy pequeños y algunos de ellos no logran nacer vivos. Y de los vivos unos se los lleva el ejército, otros la guerrilla y muchas veces la madre se vuelve a quedar sola. Especialmente entre las comunidades indígenas y en áreas rurales. Mujeres entrevistadas de 40 a 67 años han tenido entre 10 y 15 hijos e hijas. Se les han muerto la mitad de ellos.
- La gente se opone al espaciamiento de embarazos porque desconfía de los métodos artificiales por sus efectos negativos.

g) Problemas físicos:

- Muchas personas de las áreas rurales viven muy lejos de los centros de salud y de escuelas. Muchas familias no cuentan con luz eléctrica, ni radios de baterías. Por eso la información de espaciar embarazos no siempre llega a las comunidades.
- La poca información que existe sobre los métodos modernos de espaciamiento, hace que la población está más interesada en conocer ventajas y desventajas.
- El interés de la población es de conocer los problemas de salud que afectan a la familia y su relación en las condiciones sociales, económicas y culturales en las que desarrolla el comportamiento reproductivo de la población

B. ESPACIAMIENTO DE EMBARAZOS:

1. Métodos naturales:

Son métodos para el espaciamiento de los embarazos, que toman en cuenta los cambios que suceden en el cuerpo de la mujer durante su regla. Estos cambios ayudan a encontrar los días húmedos de la mujer, llamados días fértiles y los días secos llamados días infértiles.

Ayuda a distinguir cuando la mujer es fértil. Permite utilizar plantas medicinales para espaciar.

Para la anticoncepción

Se evita el coito o se retira el pene de la vagina antes de la eyaculación durante la fase del ciclo menstrual cuando la concepción es más probable.

Para la concepción.

Se planifica el coito para mediados del ciclo (por lo general entre los días 10 al 15) cuando la concepción es más probable.

- a) Método De Billings o del moco cervical
- b) Método De Mela
- c) Método Del Calendario O Ritmo
- d) Método De Retiro o Coito interrumpido
- e) Método Abstinencia

a) **Método moco cervical o Billings:**

Este método nos ayuda a reconocer los días fértiles de la mujer o cuando ella puede quedar embarazada.

Esto lo podemos lograr por medio de señales o cambios que se dan en el moco que le sale a la mujer en su parte o vagina.

b) **Método mela:**

También conocido como método de solo dar de mamar. Este método evita la salida de la semilla de la mujer que está dando de mamar. El ovario no deja salir la semilla durante los primeros seis meses de vida del niño que está mamando.

Utiliza la infertilidad temporal que ocurre durante la lactancia.

El mecanismo de acción es que se suprime la ovulación.

Es efectivo siempre y cuando la mamá cumpla algunos consejos.

c) **Método del calendario o del ritmo:**

Ayuda a la mujer para que reconozca sus días fértiles y se basa en la observación de la menstruación de por lo menos seis meses.

d) **Método del retiro:**

Consiste en retirar el pene de la vagina a la hora de terminar (eyacular) o de sacar semillas del hombre.

e) **Método de la abstinencia:**

Se refiere a que el hombre o mujer no tienen relaciones sexuales.

2. Métodos barrera y espermicidas:

Previenen el embarazo impidiendo que la semilla del hombre (espermatozoides) alcance el huevo (óvulos) de la mujer. Están: condón o preservativo, tabletas u óvulos vaginales, espumas o crema espermaticida.

- a) Método del condón
- b) Método de la tableta vaginal

a) **Condón o preservativo:** es como una bolsita de hule que usa el hombre en su parte o pene cada vez que tienen relaciones sexuales.

b) **Método de la tableta vaginal:** la tableta vaginal destruye a los espermatozoides.

Espermicidas: Productos químicos (por ejemplo, el nonoxinol 9) que inactivan y/o matan a los espermatozoides.

Tipos: Espuma en aerosol, Cremas, Películas, Jaleas, Supositorios vaginales y Tabletillas vaginales.

3. Aparatos intra-uterinos:

Este método previene que la semilla del hombre fertilice el huevo de la mujer. Entre estos métodos están: la T de cobre, el espiral y otros.

Dispositivo flexible que se inserta en la cavidad uterina. Los tipos más nuevos están hechos de plástico y son medicados (liberan lentamente pequeñas cantidades de cobre o de progestina)

Tipos:

- liberadores de cobre: T de cobre 380ª, Nova T y Multiload 375
- liberadores de Progestina: Progestasert y LenoNova.
- Inerte: asa de Lipez.

La T de cobre.

Es un aparato parecido a una "T" está hecho de plástico y cobre.

Una persona con entrenamiento especial pone en la matriz los años que la mujer desee y lo debe retirar una persona con entrenamiento. El DIU es liberador de progesterona y de levonorgestrel.

4. Métodos hormonales:

- Previenen que los ovarios liberen huevos
- Hace difícil que las semillas del hombre alcancen al huevo de la mujer.
- Evita que el huevo fecundado se acomode y se pegue a las paredes del vientre de la mujer.

a. **Método de la pastilla o píldora:**

Se utiliza la pastilla o píldora que está hecha de hormonas, que son sustancias que se encuentran normalmente en el cuerpo y actúan como si hubiera embarazo. Esta medicina debe ser tomada diariamente.

Las píldoras de los anticonceptivos orales combinados (AOC) contienen estrógenos (E) y progestina (P).

Tipos:

Monofásica: las 21 píldoras activas contienen todas la misma cantidad de E/P

Bifásica: las 21 píldoras activas contienen 2 combinaciones diferentes de E/P (10/11)

Trifásica: las 21 píldoras activas contienen 3 combinaciones diferentes de E/P (6/5/10)

Píldoras Solo De Progestina: minipíldoras PSP levonogestel, norgestrel o norentindrona.

Mecanismo de acción:

- Suspensión de la ovulación.
- Espesamiento del moco cervical (impide la penetración de los espermatozoides)
- Cambios en el endometrio (haciendo que la implantación sea menos probable)
- Reducción del transporte de los espermatozoides en el tracto genital superior (trompas de Falopio).

b. **Método de inyección: (Depo-provera o Net-en)**

Se utiliza la inyección que está hecha de hormonas que son sustancias que se encuentran normalmente en el cuerpo y actúan como si hubiera embarazo. Esta medicina debe ser inyectada a la mujer cada mes, cada tres o cada seis meses según el deseo de la mujer.

Acetato de medroxiprogesterona depot (DMPA) y enanto de noretindrom (NETEN).

DMPA (Depo-provera): 150 mg

De acetato de medroxiprogesterona depot inyectados cada 3 meses.

Net-en (Noristerat) 200 mg de enantato de noretindrona inyectado cada dos meses.

Implantes sub-dérmicos: levo-norgestrel (implantes Norplant)

5. Métodos permanentes:

Las operaciones no permiten el paso de la semilla del hombre o mujer, por eso no pueden tener hijos o hijas. Es un método muy seguro. Pero han habido casos de hombres operados que embarazan o mujeres que operadas han quedado embarazadas.

a. **Método de operación de la mujer:**

Es un método que evita lo embarazos para toda la vida. Se les recomienda a las parejas o mujeres que tienen el número de hijos deseado y a las mujeres que presentan riesgos de salud si se embarazan.

Oclusión tubárica

- Minilaparotomía (a intervalo o posparto)
- Laparoscopia (sólo a intervalo)

Al bloquear las trompas de Falopio (sea cortándolas, con cauterio, anillos o clips) se impide que los espermatozoides lleguen al óvulo.

b. **Método de operación del hombre:**

Es un método anticonceptivo, para hombres que quieren evita los embarazos de sus esposas, es para toda la vida. Este método se les recomienda a las parejas que tienen el número de hijos deseados o para los hombres cuyas parejas corren el riesgo de enfermar si se embarazan nuevamente. Consiste en hacer una operación sencilla que se llama vasectomía.

Vasectomía

Procedimiento quirúrgico voluntario para eliminar la fertilidad en los hombres de forma permanente.

Al bloquear el conducto deferente (conducto eyaculador), no hay espermatozoides en el eyaculado

C. ANTECEDENTES Y CONTEXTO SOCIOCULTURAL, POLÍTICO, ECONÓMICO Y RELIGIOSO SOBRE SALUD REPRODUCTIVA, PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y USO, CONTINUIDAD Y DISCONTINUIDAD DE DICHS MÉTODOS EN LA POBLACIÓN INDÍGENA

El estudio denominado "**Comportamiento sexual mayense**" de Victoria Ward, Jane Bertrand y José Francisco Puac es un estudio sobre el comportamiento sexual y actitudes hacia la planificación familiar entre la población mayense de Guatemala realizado durante el año 1,990 para tener un mayor entendimiento de los factores que influyen en la sub-utilización de los servicios de la Planificación Familiar (PF) en la población Mayense.

Se escogió a la población Quiché-hablante por ser el grupo lingüístico más numeroso; se buscó una zona ni muy urbanizada, ni muy retirada, o sea el rango medio de comunidades en cuanto al acceso. Una zona no conflictiva actualmente y que no estuviera saturada de estudios anteriores. En tal sentido, "se escogió Santa Cruz del Quiché, departamento de El Quiché y Santa Lucía Utatlán, departamento de Sololá con aldeas que no contaban con acceso a servicios de PF y comunidades cercanas a la cabecera departamental de 3 a 20 kilómetros, que tuvieran entre 500 y 2,500 habitantes, con población suficientemente aglomerada para permitir reunirlos para discusiones y que fueran relativamente aisladas".⁵

Casi todos los participantes (98%) reportaron hablar K'iché en sus hogares y la gran mayoría son católicos (94%); tenían bajos niveles de escolaridad (62% en general), en el caso de los hombres (75%) habían aprobado uno o más años de primaria, aunque mas de un tercio de las mujeres (37%) nunca habían estudiado. ..."Muy pocos de los participantes habían asistido a niveles básicos (séptimo o noveno grado) sólo el 9% de hombres y el 1% de mujeres (una sola mujer)".⁶

Las **principales conclusiones** a las que arriba dicha estudio son:

- La comunidad Mayense no está acostumbrada a hablar de sexo, pero mostró interés en recibir educación sobre el tema.
- Aunque existen tabúes para hablar de sexo, no constituyen barreras insuperables para la educación respecto a la sexualidad y a la reproducción.
- Las personas tanto mujeres como hombres prefieren recibir información de personas Mayenses en su idioma materno.

⁵ Ward, Virginia, et al "Comportamiento Sexual Mayense", Guatemala, 1,990, pág. 6

⁶ Idem, pág. 8

- Los esfuerzos promocionales y de servicios deben utilizar personal Mayense a todo nivel.
- Fue posible lograr una comunicación con la población por la capacidad y buen humor de los moderadores quienes eran ellos mismos Mayenses y que hablaban perfectamente bien el idioma de la región.
- La religión ejerce una influencia grande en las comunidades Mayenses respecto a todo lo relacionado con el sexo y la reproducción.
- Los líderes de la comunidad influyen mucho en las decisiones de la población comunitaria. Se encontró mas rechazo de parte de los líderes referente a los temas de sexualidad y de PF que entre la población en general.
- Las estrategias de educación sexual y de promoción de la PF deben tomar en cuenta la participación de los líderes de la comunidad, a través de planes específicos para llegar a los líderes.

Implicaciones para programas de educación sexual o reproductiva:

- Los padres no enseñan a sus hijos e hijas en cuanto al desarrollo físico y sobre temas relacionados con la sexualidad.
- Los maestros y los profesionales en salud deberían ser los que dan educación sexual.
- Hay ventajas al relacionar educación sexual con salud.
- Las mujeres indicaron que preferían recibir de otras mujeres, educación sexual o sobre reproducción.
- Se debería utilizar promotoras de salud o mujeres para actividades enfocadas hacia mujeres, ya que muchas jóvenes salen de la escuela a temprana edad.

Implicaciones Para Programas De Planificación Familiar.

- Muy pocos jóvenes [mayenses] tienen relaciones sexuales antes de casarse: mientras existe el problema de la adolescente soltera entre la población ladina que ha creado la necesidad de programas dirigidos hacia jóvenes expuestos a este riesgo, entre la población Mayense esto no constituye un problema tan grave...
- Las relaciones-maritales suceden, pero no frecuentemente en esta población.
- Los hombres por lo general no visitan a las prostitutas, por miedo de enfermedades transmitidas sexualmente y por el gasto que representan.
- Las parejas practican la abstinencia durante la menstruación y período post-parto (1 a 3 meses). Este resultado indica que la práctica de abstinencia del sexo ya hace parte de sus costumbres y por lo tanto, no sería no natural como el uso de métodos modernos para prevenir

embarazos. Es más, como la iglesia permite el método del ritmo, la promoción de métodos naturales (o sea el ritmo) podría tener mas aceptación que los métodos modernos considerados como pecado para esta población.

- En general es el hombre quien inicia el acto sexual y determina la frecuencia de las relaciones; sin embargo la mujer tiene derecho a rehusar si está en el período post-parto o con su regla. Esto indica la necesidad de incluir al hombre más directamente en los mensajes de PF.
- Este hallazgo como el anterior sugiere nuevamente que el método del ritmo podría ser aceptable a esta población, ya que existen períodos cuando el esposo no debe tocar a la mujer. Es más, parece ser que los hombres respetan estos períodos [a menos que lleguen en estado de ebriedad].
- Las mujeres sienten que tienen el deber de tener relaciones sexuales con el esposo cuando él lo desea.
- La mujer casada considera que el sexo está sancionado por Dios, y así lo toma como una parte natural del matrimonio, actitud que le permite gozar de ello sin sentido de pecado. Muchas mujeres gozan del sexo y experimentan el orgasmo.
- El hecho de ver las relaciones sexuales como placenteras e importantes para el matrimonio indica que no son considerados únicamente reproductivas. Es una buena señal para los programas de PF porque implica que el sexo no es considerado únicamente para la reproducción, sino también como una actividad placentera y una muestra de amor.
- Muchas parejas practican varios tipos de caricias íntimas, no solamente la penetración del hombre en la mujer. Este hallazgo sugiere que como parte de un programa de métodos naturales se podría incluir información sobre actividades sexuales no-reproductivas, como la masturbación mutua (la expansión de actividades sexuales-no reproductivas ha sido parte de la causa del descenso demográfico de Asia) esto podría ser parte de un programa de anticonceptivos a través de métodos naturales.
- ..."Sucede frecuentemente que cuando el hombre viene tomado (ebrio), quiere tener relaciones sexuales con su esposa y le pega si no acepta. Esta situación tiene implicaciones directas para la promoción del método del ritmo".⁷

En contraste con otros factores mencionados anteriormente que podrían ser favorables para el uso del ritmo, este resultado indica que la mujer podría tener problemas en el caso que el hombre llegue tomado a su casa y no acepta la explicación que la mujer está en su día fértil. Sin embargo en vista de que no todos los hombres toman y los que sí lo hacen no llegan tomados siempre en los días fértiles de la mujer, vale la pena experimentar con la estrategia de la promoción de ritmo, a pesar de sus limitaciones si el hombre llega ebrio.

⁷ Ibidem, pág. 51

- La población Mayense no está de acuerdo con mensajes donde se les dice que deben tener menos hijos o hijas. Por otro lado, conocen que los embarazos frecuentes son dañinos para la salud de la madre y del hijo o hija y piensan que el espaciamiento de embarazos es bueno.
- La promoción de la PF entre la población Mayense debe enfocarse más en el espaciamiento de embarazos para razones de salud y no en la paternidad responsable. Esto estaría completamente de acuerdo con el nuevo enfoque que existe en servicios integrados de salud y PF.
- **La iglesia es la fuente principal de información respecto a la PF en estas comunidades y tiene una gran influencia en el uso o no-uso de la PF.** Los mensajes de la iglesia han sido muy efectivos y el uso de métodos anticonceptivos modernos es considerado como un gran pecado, en contra de la voluntad de Dios y que incluso significa matar a los hijos o hijas. Los programas deben tomar estos contra-mensajes en cuenta al diseñar estrategias de promoción. Los mensajes pueden enfatizar que los anticonceptivos tienen su efecto antes de la concepción y que en ningún momento causan aborto.
- Otra recomendación en este hallazgo es que los programas estudien las estrategias de comunicación y educación de las iglesias para analizar qué aspectos son aplicables a la promoción de la PF.
- El ritmo es el único método de espaciamiento de embarazos que la población Mayense considera ser aceptable. Estos hallazgos indican que la promoción del método del ritmo u observación de la fertilidad debe tomar una nueva importancia en los programas de PF. La promoción del ritmo o del método de calendario debe empezar con capacitaciones para enseñar a todo el personal de APROFAM que el ritmo es un método aceptable y para algunas personas es preferible a pesar de su poca efectividad. Mientras que a largo plazo se debe pensar en el ritmo como una manera de comenzar hacia la utilización de métodos más efectivos, esto debe mantenerse como un plan para el futuro. La nueva estrategia para llegar a esta población debe iniciarse con promoción de métodos de observación de la fertilidad únicamente. Después de tener una población de usuarias de métodos de observación se debe investigar a través de grupos focales y/o pequeñas encuestas, el interés de parte de estas usuarias en cambiar a métodos modernos y diseñar estrategias para lograr que las personas cambien. Avanzar lentamente, de esta manera podría evitar que el personal cause alienación hacia los servicios al tratar de convencer a las usuarias a utilizar métodos más efectivos.
- Hay fuertes creencias en que los días fértiles de la mujer son los días de la menstruación e inmediatamente antes y después de la menstruación. Se debe lanzar nuevos esfuerzos para educar y orientar a mujeres y hombres respecto a los días fértiles de la mujer. Esto se puede realizar en parte dando un nuevo enfoque en la promoción de los métodos naturales.

También se debe capacitar a todo el personal de APROFAM sobre el ritmo para que puedan orientar y aclarar dudas.

- Hay sospecha hacia las personas que "insisten mucho" en la PF. También mencionaron en varios contextos que consideran que la decisión de utilizar un método es algo muy personal entre la pareja y que debe haber un alto respeto hacia la libre voluntad....
- En vista de esto, la capacitación del personal que promueve la PF debe enfocarse en presentaciones que enfatice la libre decisión y que solamente personas que deseen utilizar el método deben pensar en hacerlo. La capacitación debe tener un componente de concientización de los educadores en cómo tratar a las personas con mayor respeto para su poder de decisión y enfatizar que la decisión a utilizar un método es únicamente de la pareja.
- Los hombres participan muy activamente en el proceso de toma de decisiones respecto al uso de anticonceptivos y en muchos casos son los que tienen la última palabra sobre si se usa la PF o no. La promoción de la PF debe enfocarse más en llegar a hombres y no sólo a mujeres. Esto podría implicar llegar a lugares donde trabajan hombres para realizar charlas, invitar a hombres y a mujeres a actividades promocionales, etc.

También se debe adiestrar a las educadoras a manera de poder enseñar a las mujeres como podrían convencer a sus maridos a obtener más información sobre PF. Este hallazgo tiene varias implicaciones para los mensajes promocionales. Primero, debido a que una mayoría de los hombres sí pueden leer, da la posibilidad de utilizar más mensajes escritos. Segundo, las comunicaciones deben ser atractivas para hombres y basadas en los intereses y posibles motivaciones de hombres. Tercero, las comunicaciones, tanto las dirigidas a mujeres como a hombres deben reconocer la participación del hombre en la decisión a utilizar un método de PF.

- La información de los Promotores Voluntarios (PVs) indica que los hombres muchas veces no quieren que la esposa utilice PF por celos ó por "razones religiosas". También indicaron que es más fácil convencer a los que no la utilizan por celos que a los que tienen "razones religiosas". Este hallazgo subraya la importancia de encontrar maneras de trabajar con los líderes religiosos en las comunidades y de buscar respuestas a la oposición religiosa. También indica que los hombres a veces tienen razones muy personales por las cuales se oponen a la PF. Sería provechoso capacitar a los educadores y PVs en estrategias de consejería para hombres con dudas respecto de la PF en sus hogares.
- Los PVs indicaron que las mujeres Mayenses no utilizan PF porque; 1. creen que los métodos son dañinos para la salud. 2. creen que la PF es un pecado, 3. falta de conocimiento; y 4. los hombres se oponen.

- Los educadores y promotores pueden enfrentar las creencias negativas directamente, Primero: ..." explicando que los métodos no causan cáncer y que son mucho menos dañinos para la salud que un embarazo. Segundo, nuevamente, sería necesario enfatizar que los métodos anticonceptivos tienen efecto antes de la concepción. Tercero: hay que enfocar más en los hombres. Como último punto, es importante recalcar que las actividades de educación y orientación siguen siendo importantes para esta población".⁸

El estudio también se apoya en datos o situaciones relevantes como:

En la encuesta de Salud Materno-Infantil (ENSMI) de 1,987, se encontraron diferencias marcadas entre la población rural y urbana en cuanto a la utilización de métodos anticonceptivos: Se observó que 43% de las mujeres unidas en el área urbana utilizan algún método anticonceptivo, comparado con el 13.8 por ciento de las mujeres del área rural.

La mayor parte de esta diferencia en el uso de anticonceptivos se debe a la disparidad que existe en la aceptación de la PF entre Mayenses y ladinos; solamente 6% de la población predominantemente Mayense comparado al 34 por ciento de ladinos entrevistados utilizaba algún método anticonceptivo.

Los datos de la ENSMI también señalaron que la población Mayense tiene bajos niveles de conocimiento de los métodos de PF. Mientras que las ladinas conocen un promedio de cinco métodos, el promedio de los métodos conocidos por las mujeres Mayenses es de un solo método y el 59 por ciento no conocían ningún método anticonceptivo.

Para utilizar la PF también hay que conocer un lugar donde obtenerla; fue interesante notar que menos de una tercera parte de las mujeres Mayenses entrevistadas (31.2 %) conocían un lugar donde podían obtener anticonceptivos, comparado con el 80% de ladinas que conocían donde obtener los anticonceptivos.

Es importante señalar que el estudio de prevalencia realizado en 1,983 también examinó la accesibilidad a los servicios de PF. Se encontró que esto no parece ser el factor principal por la no utilización de los servicios dado que las usuarias de métodos de PF tenían menos acceso a los servicios que las no usuarias.

En contraste, los que promueven la PF insisten en que en la actualidad la población Mayense vive en las peores condiciones de salud en Guatemala y la PF es una de las estrategias que puede contribuir al mejoramiento de estas condiciones.

⁸ Ward, op. cit., pág. 57

Primero, la planificación familiar da a las parejas la posibilidad de decidir cuándo quieren tener hijos o hijas, lo que puede ser un beneficio para toda la familia. Segundo, la planificación familiar ayudaría a evitar embarazos frecuentes que perjudicarían la salud de la madre y del hijo o hija. Tercero, existe el factor económico: las familias que tienen menos hijos o hijas pueden dar más en términos de educación y otras ventajas a sus hijos o hijas.

El beneficio potencial de la PF en términos de bienestar y salud de esta población es aún más importante cuando uno toma en cuenta que los Mayenses constituyen una de las poblaciones más necesitadas en términos de salud de las Américas.

Una de las primeras personas que estudió la cultura Mayense a fondo, la antropóloga Lois Paul, describió las actitudes respecto a la sexualidad que podrían afectar la PF que ella encontró en la comunidad de San Pedro La Laguna, departamento de Sololá en el año 1,941.⁹

Este estudio señaló varias características de la población Mayense de esa época relacionada con la sexualidad y es de interés porque son la raíz de las actitudes actuales. Primero se encontró actitudes de desconfianza respecto al sexo opuesto. Personas de ambos sexos pensaban que los del otro sexo eran posiblemente peligrosos; el hombre fue visto como el agresor y la mujer solo como una recipiente pasiva.

El placer en el sexo era únicamente el derecho del hombre; mujeres que disfrutaban el sexo fueron vistas con sospecha. Según Paúl, las mujeres veían el acto sexual como algo desagradable a la cual tenían que someterse. La razón principal de ser de las mujeres era la reproducción y ellas aceptaban el sexo únicamente para cumplir con su papel de madre.

Se esperaba que la mujer tenía que ser inocente de todo lo relacionado al sexo antes de su matrimonio. Según Paul, a las niñas se les enseñaba la vergüenza de sus cuerpos desde muy temprana edad, desde chiquita aprende a ocultar sus senos.

El sentido de que las mujeres que no han tenido hijos o hijas tenían que estar "puras" llegaba hasta tal punto que una mujer embarazada por primera vez fingía no saber que estaba embarazada.

La falta de información respecto a la reproducción y las prohibiciones de hablar sobre sexo son posibles barreras hacia la libre difusión de información sobre PF.

⁹ Citado en el estudio de Virginia Ward, pág. 2

Se encontró que las mujeres embarazadas no tenían conocimiento de lo que les iba a suceder en sus propios embarazos. Aprendían sobre los síntomas de embarazo de un mes a otro; a pesar de que estaban muy cerca de sus mamás y/o suegras estas no les orientaban acerca de lo que les estaba sucediendo.

Otro obstáculo hacia la PF es que una familia numerosa se considera beneficiosa para la economía familiar. En los tiempos pasados una familia grande era una ventaja económica para la cultura Mayense como para otras culturas agrícolas.

Otro factor que influye en el libre acceso a los servicios de PF los son diferentes idiomas hablados por la población Mayense. Por ejemplo; aproximadamente un 90% de las mujeres Mayenses no pueden hablar el español. Si se toma en cuenta que muchas de las que pueden hablarlo no hablan mucho, se considera que esto puede ser una sub-estimación del problema.

Para entender mejor las actitudes de la población Mayense respecto a la PF es necesario conocer las creencias y actitudes relacionadas a todo comportamiento sexual.

Mientras que en los países desarrollados hay una historia bastante larga de estudiar la sexualidad, hasta los últimos años este tipo de estudio se ha considerado como muy extraño o raro para los países en vías de desarrollo.

Solamente con la aparición de la enfermedad del SIDA se empezó a ver la importancia de realizar este tipo de estudio.

Hay una estrecha relación entre las ideas respecto a la sexualidad y la reproducción, las cuales tienen efectos directos e indirectos en los comportamientos reproductivos y de control de la fertilidad.

Dada la falta de información básica respecto a las actitudes y creencias de la población Mayense "las agencias privadas de PF y educación sexual han visto la necesidad de entender las creencias y actitudes respecto a la sexualidad y la limitación o espaciamiento de embarazos".¹⁰

Hay necesidad de una exploración del proceso de toma de decisiones respecto a la PF y a los factores que influyen en estas decisiones. Un conocimiento de los factores que influyen en la toma de decisiones reproductivas proveerá la base para el desarrollo de nuevas estrategias para llegar a la población Mayense con servicios de educación sexual y PF.

Al analizar esta situación, la reacción es muy negativa de los líderes lo cual pudo ser (1) porque se sentían mas vulnerables al divulgar sus experiencias personales,

¹⁰ Ward, op. cit., pág. 4

ya que son personas conocidas en estas comunidades y (2) porque habían líderes religiosos que pusieron objeción a ciertas preguntas y así influyeron a los demás para no contestarlas.

Tradicionalmente no había ninguna enseñanza a los jóvenes en cuanto a la sexualidad. Se considera que esto no se aprende, sino que viene directamente de Dios. "Dios es quien ha puesto a cada hombre y a cada mujer, esto no se aprende ni hay alguien quien lo enseñe".

Las adolescentes mujeres confirmaron que los padres no enseñan a sus hijos sobre el desarrollo físico ni sobre el sexo. Las mamás por lo general no les advierten a sus hijas que van a tener la "costumbre" (menstruación) sino hasta cuando ya la ven ellas mismas ("asustadas").

La gran mayoría de estas jóvenes no mencionaron otras fuentes de información tales como la escuela o las amigas, y sus respuestas a través de la discusión sugirieron que verdaderamente tenían pocos conocimientos respecto al sexo.

Se encontraron algunas jóvenes quienes informaron haber platicado entre amigas de la misma edad, y alguien mencionó la televisión y las películas del cine donde ven parejas desnudas teniendo relaciones.

Las adolescentes casadas indicaron que no habían recibido mayor orientación sobre el sexo antes del casamiento.

Las comadronas también indicaron que las mujeres jóvenes que se embarazan no han recibido orientación con respecto a la sexualidad. Las pocas jóvenes que orientan sólo lo reciben inmediatamente antes de casarse. Indicaron que tanto hoy en día como en el pasado las personas aprenden a solas el sexo.

El sexo es considerado como una necesidad natural y algo que Dios ha dejado.

..." Tanto los jóvenes de hoy como las personas mayores aprendieron por ellos mismos porque Dios lo ha dejado. También una comadrona mencionó que los niños van aprendiendo viendo a los animales".¹¹

La única información respecto al matrimonio que reciben las parejas parece ser parte de los rituales "costumbristas" de la religión Mayense ya que como parte de las ceremonias tradicionales Mayenses, los jóvenes reciben consejos de familiares mayores de respeto.

Los novios se hincan delante de los mayores durante las ceremonias y ellos les orientan y preguntan si están listos para contraer el matrimonio.

¹¹ Ward, op. cit., pág. 16

En contraste a la vergüenza que sienten las solteras, las casadas tomaron el sexo como algo sancionado por Dios y como una necesidad del cuerpo humano.

Tanto hombres como mujeres opinaron que generalmente es el hombre quien toma la iniciativa para las relaciones sexuales.

A veces las mujeres no quieren tener relaciones porque están cansadas, porque están embarazadas o porque los niños son muy pequeños y temen otro embarazo.

Las mujeres indicaron que en estos casos puede ser difícil no tener relaciones porque el esposo tiene "derecho sobre ella".

Otro motivo para mantenerse dispuestas a tener relaciones es el de evitar que vaya a otras mujeres (incluyendo a prostitutas).

Y en ciertas ocasiones las mujeres aceptan el sexo contra su voluntad cuando los esposos vienen tomados (en estado de ebriedad), por miedo a ser maltratadas.

El tiempo y lugar donde realizan las actividades sexuales tiene implicaciones respecto a cuáles métodos anticonceptivos se pueden promover. Las parejas indicaron que si fuese posible los niños tienen que dormir en un cuarto separado después que tengan cinco o seis años.

Hay dos períodos en los cuales la pareja por lo general no tiene relaciones sexuales: durante la menstruación y durante el período post-parto. Al parecer, el hombre respeta estos dos períodos a menos que sea un mandón o llegue tomado (ebrio) a la casa.

Respecto a la menstruación, la esposa comunica al esposo que está en su época de no poder tener relaciones, y así la pareja se abstiene.

En cuanto al período post-parto, el tiempo de guardar dieta (no tener relaciones) es de 1 a 3 meses. Tanto los hombres como las mujeres reconocieron la necesidad de abstinencia durante este período.

Según los hombres, la mujer tenía que recuperarse, y también ellos querían evitar embarazarla. Las mujeres querían abstenerse para poder recuperarse (ya que no tienen sangre) para evitar el dolor de tener relaciones antes y evitar que se hincharan (principalmente la cara)

Generalmente es la comadrona la que indica a la mujer primeriza en cuanto a su parto, cuántos días tiene que guardar dieta. La gran mayoría de las comadronas indicaron que el tiempo de abstinencia post-parto debe ser de 40 días.

Algunas de las comadronas recomendaban períodos más largos, sugiriendo que el período de abstinencia post-parto ha disminuido respecto a las prácticas anteriores.

Según las comadronas las razones principales por guardar la dieta son: i) que la mujer se siente muy débil y tiene sangre, ii) se hincha y iii) es un mandato de Dios.

Reanudan relaciones sexuales cuando la mujer se siente recuperada después del parto. En la mayoría de los casos es la mujer quien decide que está recuperada, aunque también mencionaron que es el esposo, los padres o suegros o la comadrona.

..."Tanto la comadrona como los participantes hablaron de la abstinencia post-parto como un símbolo de respeto hacia la mujer. Un hombre que exigía sexo durante esta época estaría faltando respeto a su esposa según hombres y mujeres".¹²

Sobre el uso de anticonceptivos como forma de evitar las enfermedades que tienen las prostitutas se mencionó el condongo (condón) y se hizo la observación que se ha visto a algunos jóvenes del lugar que portaban condones.

Otros tenían la idea que había algunas inyecciones para evitar estas enfermedades, que se aplicaban al miembro reproductor del hombre. Un joven explicó que se podían evitar las enfermedades echando jugo de limón en la vagina de la mujer.

En síntesis, habían oído hablar de algunos métodos, pero en muchos casos su información fue incompleta o a veces errónea.

D. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

1. Fuentes de información respecto a la planificación:

La fuente principal de información respecto a la PF son las iglesias, tanto la iglesia católica como las iglesias evangélicas que son cada día más extendidas en Guatemala. En general, los mensajes de estas iglesias, son negativos respecto a la PF.

Los resultados indican que los participantes han oído de la PF en la radio. Se recordaban que en la radio invitaban a la gente que quería utilizar la planificación a llegar a APROFAM para "planificar".

¹² Ward, op. cit., pág. 24

A pesar de que en la radio no hablan específicamente de los métodos de PF, algunas mujeres asociaban la información que oyeron en la radio con la pastilla, posiblemente debido al conocimiento relativamente alto de la pastilla.

Los hombres mencionaron que muchas mujeres no entendían los mensajes de radio...."Tanto hombres como mujeres indicaron que los padres de familia no hablan de estos temas y que la dinámica familiar no es un lugar en la cual sienten que pueden hacer preguntas de sus padres sobre la PF o sobre métodos específicos".¹³

Las mujeres no indicaron haber discutido la PF con otras personas antes de casarse. En contraste, los hombres sí mencionaron haber aprendido mucho acerca de los métodos de PF de otros amigos.

Algunos que habían estudiado a nivel básico indicaron haber recibido información acerca de la PF en el instituto.

2. Influencia de la comunidad en la aceptación de la planificación familiar

Si la gente opta por usar métodos de PF lo hacen a escondidas de la comunidad por temor a la desaprobación de la misma.

Algunos mencionaron que la gente de la comunidad habla mal de los que sospechaban utilizan la PF.

La iglesia o más bien los representantes a nivel local de las iglesias, son en gran parte responsables por la resistencia hacia la PF en estas comunidades. Son una de las principales fuentes de información, ofreciendo clases pre-matrimoniales donde enfatizan que los métodos de planificación familiar implican matar a los seres humanos.

Es más, algunos piensan que el objetivo principal de estas clases es especificar que la gente no utilice métodos de PF.

Los religiosos no esperan a que lleguen a las clases pre-matrimoniales para empezar el proceso de educar a la población respecto al gran pecado que es la PF.

Las comadronas son líderes en sus comunidades y son las personas ajenas a la familia que tienen más participación en todo lo relacionado con la reproducción. Por eso es interesante que entre las comadronas había una fuerte desaprobación de las personas que utilizaban la PF ya que el uso de anticonceptivos estaba estrechamente relacionado con el sexo ilícito.

¹³ Ward, op. cit., pág. 30

Tradicionalmente, los líderes masculinos de las comunidades Mayenses juegan un papel muy importante en la comunidad. Los principales líderes son los alcaldes auxiliares, los pastores y catequistas religiosos y los comandantes y miembros de las patrullas civiles.

La actitud de los líderes de la comunidad hacia la PF fue rotundamente negativa. Indicaron que no se aceptaba en sus comunidades y que era un gran pecado.

Además consideraban que la PF es una manera de tratar de acabar con la población Mayense. Los líderes entrevistados expresaron su resentimiento hacia médicos que aprovechaban una consulta sobre otra cosa para hablar de PF.

..."Algunos líderes mostraban bastante agresividad en contra de personas que habían llegado a su comunidad para hablar con la gente de PF. También hay indicaciones de que las personas que aceptan participar en plática sobre PF arriesgan la desaprobación de los líderes. Los líderes activamente promueven la idea de que la utilización de PF no es buena".¹⁴

3. Toma de decisiones respecto a la planificación familiar:

La mayoría de las comadronas indicaron que Dios es quien decide cuántos hijos e hijas y cuándo los van a tener las parejas.

Las adolescentes jóvenes parecen ser las más convencidas que deben ser "los dos que si deciden hacer esas cosas".

Los adolescentes, tanto hombres como mujeres, casados y solteros parecen estar más convencidos que son los dos quienes deben decidir, posiblemente dado a un leve cambio hacia roles más equitativos, pero posiblemente sólo por falta de experiencia.

Pero en la actualidad es el hombre quien tiene la última palabra respecto al uso de métodos anticonceptivos.

Varios hombres indicaron que ellos tienen que tomar las decisiones porque las mujeres pueden ser engañadas porque no hablan mucho español. Las mujeres también indicaron que los hombres no dejan que ellas participen en estas decisiones porque no entienden el español.

Los padres y los suegros de las parejas casadas no parecen ejercer una influencia directa sobre la educación respecto a la educación de la PF. Varias personas mencionaron que no hablan con sus padres este tema y que incluso les daría

¹⁴ Ward, op. cit., pág. 32

vergüenza discutirlo con ellos. También mencionaron que no sería aceptable que los padres participaran en la educación sobre la PF.

4. Percepción de los beneficios de la planificación familiar:

La educación de la PF se ha basado en educación, sobre dos mensajes básicos, que en su forma más sencilla consisten en:

- Poder mantener mejor a una familia no muy numerosa.
- Espaciar los embarazos mejora la salud de la madre y de los hijos o hijas...

Uno de los factores que puede demostrar la resistencia hacia la PF es el grado de conocimiento y/o aceptación de estas ideas.

a. Actitudes hacia el número de hijos e hijas.

La procreación de hijos e hijas es considerado como un mandato de Dios y por lo tanto sagrado: es considerada como una de las razones principales de los seres humanos y la función principal del matrimonio.

Para los Mayenses como para otras culturas agrícolas, ..."tener familias numerosas fue tradicionalmente considerado muy positivo. Los jóvenes casados expresaron esto explícitamente, 'nuestros padres dicen que ya no aguantamos mucho porque sólo llegamos a tener 6 a 10 hijos e hijas, pero antes lo normal era tener 14 a 15 hijos e hijas'.¹⁵

La cultura actual de la población Mayense es una mezcla de la cultura tradicional Mayense con la cultura occidental. Este sincretismo es reflejado en las creaciones respecto a la reproducción.

La mayoría de comadronas dijeron que ellas sí podían diagnosticar el número de hijos e hijas a través del cordón umbilical. Explicaron que en el cordón umbilical hay unas "bolitas" que corresponden al número de hijos e hijas que va a tener una mujer. Estas bolitas también pueden indicar que van a tener gemelos (si son dobles).

Las comadronas también saben la frecuencia de los partos a través del cordón umbilical ("si están muy separada las bolitas van a nacer cada 3 años, si están poco distanciadas entonces nacen cada poco").¹⁶

¹⁵ Ward, op. cit., pág. 33

¹⁶ Ward, op. cit., pág. 34

También fue muy clara la desaprobación de la idea de tener una familia pequeña. Pensaban que tener una familia numerosa es bueno porque habrá alguien quien les ayude. Hablaron con desaprobación de los hombres que no podían mantener a su familia y por esa razón no tienen muchos hijos e hijas.

Por otro lado, ... "las mujeres adultas indicaron que pensaban que tener muchos hijos e hijas es malo para la salud y para la economía familiar. Mencionaban que "...al tener muchos hijos e hijas cuestan más y cuestan mucho". Las mujeres fueron más abiertas a la idea de recibir información sobre la PF que los hombres".¹⁷

Los adolescentes solteros también reconocían los beneficios de tener una familia pequeña principalmente porque cuando son familias grandes las parcelas de tierra que hereda cada hijo es más pequeña.

b. El espaciamiento de los embarazos.

Por lo general no intentaban espaciar los hijos e hijas sino que el tiempo entre un embarazo y otro es "al azar". El período intergenésico dependía principalmente en la fertilidad de la mujer y del período de abstinencia de relaciones sexuales después del parto.

También es de interés que algunas mujeres asociaban la amenorrea post-parto con la lactancia materna, reconociendo que son menos probables de quedar embarazadas durante el tiempo que están amamantando.

A pesar de que es claro que por lo general no espacian los embarazos, también habían fuertes indicaciones que es considerado negativo tener hijos e hijas muy seguidos.

Las razones por las cuales las mujeres pensaban que era mejor espaciar los embarazos eran varias. Por un lado, que los embarazos muy seguidos debilita a la mujer porque la matriz no está lista para tener otro hijo o hija. Piensan que es malo tener que acortar la lactancia a un niño o niña porque están embarazadas de nuevo.

Aunque los hombres en general no hablan tanto de los beneficios de espaciar a los hijos e hijas, tanto los adultos como los adolescentes mencionaron que no era bueno que los niños o niñas nazcan muy seguidos.

¹⁷ Ward, op. cit., pág. 34

5. Actitudes hacia la planificación familiar:

En varias ocasiones cuando se realizaba esta pregunta sobre las palabras PF, lo primero que mencionaban las personas era algo relacionado con APROFAM. Esto sugiere que dentro de esta población APROFAM es prácticamente sinónimo con PF.

Algunos grupos mencionaban que PF era pensar bien en el número de hijos o hijas que uno puede mantener o "planificar su familia a modo de que los hijos e hijas sean contados" "tener pocos hijos o hijas". Algo muy interesante fue que al mencionar PF no mencionaron el espaciamiento de embarazos, sino ideas relacionadas con el "tener pocos hijos o hijas".

Las comadronas estaban bastante divididas respecto a la PF ya que varias indicaron que es "ya no tener hijos o hijas".

Pero entre las comadronas a proximadamente un tercio pensaron que la PF, es buena principalmente porque es bueno espaciar los hijos e hijas.

En los grupos de persona adultas, tanto los líderes como otros había una percepción de que la PF es una cosa relativamente nueva, que surge desde afuera de la comunidad y de fuera de Guatemala.

Se señaló que la PF es un gran pecado como una opinión generalizada, porque "Dios dijo al primer hombre que creó, le dijo que multiplicara la tierra... y Dios ha destinado cuántos hijos o hijas vamos a tener".

La frecuencia con que se mencionó esta cita bíblica sugiere "...que es comúnmente mencionado por los funcionarios de la iglesia, como "un vicio", "un pecado mortal", "un sufrimiento" y "un error gravísimo". Varios confundían la PF con aborto, y saben que el aborto es prohibido por la Iglesia y por el Estado".¹⁸

Aproximadamente dos tercios de las comadronas indicaron no estar de acuerdo con la PF, principalmente porque es pecado. Algunas reconocían que podría ser bueno tener menos hijos o hijas, pero que era pecado y/o dañino utilizar métodos.

Únicamente las jóvenes adolescentes no mencionaron que la PF es aborto o matar al feto.

Tanto las mujeres casadas como los hombres casados mencionaron que personas honradas tienen una obligación de tener a los hijos o hijas.

¹⁸ Ward, op. cit., pág. 36

A pesar de que la PF es un pecado sentían que los individuos deben decidir libremente si lo utilizan o no. Aún entre las personas que expresaron mas apertura hacia la PF, fue muy clara la condena por cualquier intento de imponer la PF en sus comunidades.

a. Temor a la desaprobación de la comunidad.

El temor hacia la desaprobación de la comunidad se manifestó en la preocupación que mostraron las mujeres sobre lo que van a decir los líderes de la comunidad.

Esto se evidencia en varios comentarios, donde mencionaron que la gente empieza a hablar de las mujeres que se ponen delgadas, que posiblemente están "planificando".

b. Sospecha de los motivos de los proponentes de la planificación familiar.

En los hombres se notó aún más la sospecha en cuanto a los motivos de las personas que promueven la PF ya que consideraban que la gente no utilizaba la PF porque, "...no quieren que se destruya nuestra gente en nuestra comunidad".

"Pensaban que la PF es un plan de afuera del país para que la población se disminuya. Los adolescentes solteros y los casados, "hablaron abiertamente sobre esta creencia, indicando que "... quizás los ladinos piensan acabar nuestra raza".¹⁹

c. Señales de actitudes positivas hacia la planificación familiar:

Habían algunas mujeres que se mostraron positivas respecto a la PF con el aborto.

El hecho de que el espaciamiento de embarazos es considerado como una cosa positiva es una indicación que podría haber alguna demanda para la PF en esta población.

6. Actitudes hacia el ritmo y conocimiento de la fertilidad:

El "método natural" al que llamaron "el control de la menstruación", es mas aceptable que los métodos modernos. La actitud favorable hacia el ritmo fue notable.

¹⁹ Ward, op. cit., pág. 37

Los jóvenes casados indicaron que, "definitivamente a nosotros nos gustarían los métodos naturales...porque las pastillas arruinan a la mujer y se seca".

El ritmo es más aceptable por una parte porque algunos conocen que es el único método que no está prohibido por la Iglesia Católica. También es probable que esté visto más favorable porque está de acuerdo con conceptos tradicionales relacionados con la suciedad de la menstruación.

La manera en que practican el ritmo es una abstinencia periódica que tal vez es más aceptable por ser asociado con la práctica tradicional de abstinencia post-parto.

No consideran el ritmo como un pecado, ... "porque todavía no se ha concebido el niño o niña y por lo tanto no están *matándolo.* Un líder explicó que, **donde es pecado es cuando ya es concebido y después se destruye**".²⁰

Cuando hablaban de lo que es ritmo, se encontró que las ideas sobre cuándo es la época de mayor fertilidad de la mujer están muy equivocadas. Describen el método como **control de la menstruación** y comúnmente piensan que el período de más alto riesgo de embarazo es durante menstruación de la mujer.

Mencionaron que para evitar el embarazo tenían que abstenerse del sexo en los días antes y después de la menstruación.

7. Métodos tradicionales de evitar el embarazo:

Acerca de plantas u otras sustancias utilizadas para prevenir el embarazo lo que se mencionó con más frecuencia era la semilla de aguacate que se considera como un tratamiento preventivo. Esto lo preparan de distintas maneras.

Fue claro que la semilla del aguacate es considerado como preventivo, tomado después de la relación sexual.

Otras sustancias mencionadas como **preventivos** son:

- limón mezclado con verbena
- el mejoral como supositorio vaginal
- **las medidas o sustancias que podían inducir la menstruación o provocar aborto** son:
 - la verbena con limón
 - la chilca
 - agua de remolacha.
 - La jacalite (una planta utilizada para teñir de morado)
 - El caldo de frijol en primer hervor

²⁰ Ward, op. cit., pág. 38

- El hollín (la grasa negra del humo)
- Hojas de naranja con ruda
- Arroz con eucalipto

En algún caso era muy evidente que sí se relacionaba el término "baja la regla" con aborto.

El hecho de que mencionaran las mismas sustancias para inducir la **menstruación** en el caso de un embarazo como para una menstruación atrasada **indica** que sí hay asociación de las dos cosas.

En otros casos hablaron abiertamente de sustancias o prácticas que se usan específicamente para provocar el aborto.

Frecuentemente mencionaron la semilla del aguacate como un abortivo. Otra sustancia que señalaron como abortivo fue el limón con verbena.

También utilizan el tamascal, el sauna tradicional, junto con masajes fuertes y una preparación de mirta y altamisa. Que esto se podía repetir diariamente por una semana hasta la aparición de la menstruación.

La mayoría de las comadronas sí mencionaron que conocían remedios para bajar la menstruación.

Mencionaron el limón, la altamisa, la mirta, verbena, la hierbabuena, una mezcla de manzanilla, bicarbonato y medio octavo de cuxa (bebida alcohólica tradicional) y el café amargo.

Métodos más drásticos incluían baños de tamascal y licor, un fuerte purgante con aspirinas o masajes en todo el cuerpo (concentrando en el estómago)

8. Actitudes hacia el retiro (coito interrumpido).

Algunos indicaron que habían oído de esta práctica para no tener más hijos y que algunas personas la utilizaban pero los hombres opinaron que es necesario para el hombre eyacular antes de retirar el pene.

Piensen que retirar antes de eyacular puede causar enfermedades psicológicas o físicas.

Algunos de los hombres mencionaron que la eyacuación del hombre dentro de la vagina es necesario para el placer del hombre.

9. Actitudes hacia métodos modernos de planificación.

En la encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil de 1,987 se encontró que el conocimiento de métodos de PF por mujeres Mayenses de edad fértil era relativamente bajo: 59 por ciento no conocían ningún método de PF.

Fue evidente que se piensa que los métodos modernos tienen efectos muy dañinos, por ejemplo, los métodos químicos son muy dañinos para la salud.

a. Anticonceptivos orales:

El método de los anovulatorios o "las pastillas" fue mencionado con más frecuencia y para algunos parece ser sinónimo con la PF. Las actitudes hacia estos métodos fueron sumamente negativas.

Los efectos de las pastillas que fueron mencionados frecuentemente son: que las pastillas causan pérdida o aumento de peso; desgaste general en las mujeres; causa cáncer; son tóxicas, matando tanto a niños que están dentro de la matriz como enfermando hasta matar a la mujer.

Otras personas piensan que la pobreza les prohíbe tomar la pastilla porque para tomarla una "tiene que ser bien alimentada" y ellas piensan que no están bien alimentadas.

Las adolescentes, las casadas así como las solteras no sabían mucho acerca de la píldora.

En algunos grupos indicaron que piensan que las pastillas vienen de Estados Unidos. Mencionaron que en la televisión han oído que en Estados Unidos han muerto muchas mujeres y niños o niñas a causa de tomar las pastillas.

b. Los preservativos:

Los hombres parecían saber más acerca de los condones que las mujeres. Los hombres hicieron chistes acerca de personas que habían tomado los preservativos en vez de ponérselos o que habían cortado el puntito antes de ponérselos.

Según los hombres adultos "...la etapa donde se da mucho el uso de los preservativos es en la adolescencia".

Asociaban los preservativos más con la prevención de enfermedades venéreas que con la prevención del embarazo. Pensaban que eran dañinos para las mujeres produciendo cáncer en el órgano genital de la mujer.

c. Otros métodos modernos.

Había poco conocimiento del DIU, pero... se le identifica como "el aparatito que le ponen a la mujer para que no tenga hijos o hijas" aunque los comentarios eran completamente negativos. Piensan que no es efectivo; que causa enflaquecimiento de la mujer y que se puede quedar trabado en el órgano genital de la mujer".²¹

La mayoría de las comadronas no conocían del DIU. Las pocas que lo conocían indicaron que no era efectivo.

La esterilización voluntaria también fue aceptable cuando es prescrita por el médico.

Los líderes indicaron que la vasectomía no es aceptable porque los hombres perderían su hombría.

10. Servicios de planificación familiar.

La respuesta frecuente fue que los encuentran en APROFAM porque habían oído los anuncios de la radio. Parece no haber actitudes negativas hacia la calidad de estos servicios.

Mujeres casadas de todas las edades mencionaron que habían oído de la PF en los centros ó puestos de salud: percibían que las pláticas en los servicios de salud no fueron aceptadas por la mayoría de las oyentes; no ponían atención a lo que decían cuando les hablaban de la PF porque no les interesaba o porque la plática fue dada en español, idioma que no entendían.

En los grupos de mujeres y de jóvenes mencionaron que no conocían mucho sobre lo que realmente hace APROFAM y mostraron interés en recibir más información.

Los hombres adultos y sobre todo los líderes no están tan abiertos a recibir más información aunque mostraban el mismo desconocimiento.

Fue evidente que no les gusta cuando llegan personas a decirles que no debían tener muchos hijos. Piensan que la decisión de utilizar la PF debe ser tomada por la pareja y las personas que promueven la PF hablan mucho volviéndose "insistentes" y causando sospechas hacia sus motivos.

Expresaron que la orientación sobre PF debería ser realizada por personas que hablen quiché, que sea de la comunidad para que les tengan confianza.

²¹ Ward, op. cit., pág. 42

Un tercio de las comadronas indicaron que nadie debería dar información u orientación sobre la PF porque la gente de la comunidad no les interesa eso y se podían enojar.

Dos tercios que pensaban que sí debería dar información mencionaron a varias posibles personas; las comadronas, los padres o catequistas, padres de familia o una pareja de buena conducta, una enfermera, un especialista en PF.

Cuando se les preguntó a las comadronas si ellas estaban interesadas en recibir capacitación para dar orientación sobre PF casi la mitad dijeron que sí.

Los promotores también indicaron que a pesar de la prevalencia de la creencia negativa respecto a la PF, en general las actitudes han mejorado en los últimos años.

La experiencia personal de los Promotores Voluntarios (PVs) de APROFAM indica que hay más apertura hacia la PF, ya que hay más aceptación de las visitas domiciliarias que realizan y de las pláticas que dan.

Atribuyen los cambios positivos en cuanto a actitudes...." a tres tipos de factores: a) las percepciones cambiantes sobre la PF se han dado a raíz de las mejoras en cuanto a condiciones generales de la educación en sus comunidades y de la apertura creada por otros proyectos de desarrollo que han beneficiado a la población; b) los esfuerzos programáticos de las agencias de PF habían ocasionado mejoramientos en las actitudes respecto a la PF; c) a sus propios esfuerzos".²²

Las mujeres están más abiertas a la idea de limitar los embarazos porque ellas son las que sufren tanto las consecuencias físicas del embarazo como el peso de cuidar a los hijos e hijas...

Los hombres por otro lado no sienten tan directamente el impacto de tener una numerosa familia.

Los hombres generalmente no visitan la distribuidora, sino que la mujer es la única que llega a recibir información, orientación y a comprar anticonceptivos.

11. Barreras hacia la planificación familiar:

Los PVs indicaron que para ellos la religión es barrera principal contra la aceptación de la PF en las comunidades Mayenses, ya que tanto los católicos

²² Ward, op. cit., pág. 45

como los evangélicos están en contra de la PF, por ejemplo, los evangélicos dicen que la PF es un pecado mortal.

La oposición de las iglesias o la religión ha sido la más significativa; la más duradera y la más difícil de sobrepasar.

L. Estrategias exitosas de promoción de la planificación familiar.

Los PVs indicaron que se ha debido a que:

- a) Un familiar trabajaba en otra cosa, en la cual tenían contacto con la comunidad;
- b) Aprovechan hablar de PF con personas que llegaban a sus tiendas o a ponerse inyecciones;
- c) Trabajaba en alfabetización y hablaba con la gente que conocía mediante esta actividad
- d) Mediante pláticas con las personas en maneras más informales, en cualquier lugar: en el camino, en la camioneta etc.
- e) Por su propia cuenta,
- f) A la confianza que tenían con las otras personas de sus comunidades, como les gusta platicar con la gente y son conocidas como personas que quieren ayudar a la comunidad, las personas acuden a ellos;
- g) Su habilidad de orientar y convencer a las personas y
- h) la discreción: ya que muchas personas no quieren que toda la comunidad sepa que están utilizando un método de PF.

Muchas veces es mejor orientar a la gente de los beneficios de la PF y luego tratar de convencer a las parejas a utilizar PF.

Esto se demuestra con el hecho que los mejores mensajes utilizados por los PVs para promocionar la PF eran los relacionados con los beneficios económicos de la PF ya que debido al alto costo de vida, pueden cuidar mejor a sus hijos o hijas teniendo familias más pequeñas.

Hablan de los beneficios de espaciar los embarazos y que esto lo que más convence a las personas. Hacen énfasis en la salud del niño o niña o de la mamá. Hablan de ambos beneficios; el económico y el de espaciar los hijos o hijas.

También se puede demostrar a las personas los beneficios de la PF al enseñarles los métodos y explicarles que no son dañinos y cómo funcionan.

E. RESULTADOS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTIL 1,995

En este importante documento de la realidad nacional, la parte que se refiere a la Planificación familiar y salud reproductiva, su conocimiento y uso de métodos nos muestra que para dicho período, la situación sobre la temática era la siguiente:

.. "El conocimiento que tienen actualmente (1,995) las mujeres guatemaltecas sobre los métodos de planificación familiar es moderado: el 70 por ciento de las mujeres que no tiene relaciones sexuales tienen conocimiento de por lo menos un método anticonceptivo moderno".²³

Los métodos modernos más conocidos por las mujeres actualmente unidas son las pastillas, la esterilización femenina y la inyección; mientras que la esterilización masculina o vasectomía es conocida por la mitad de las mujeres actualmente unidas.

El método moderno menos conocido por estas mismas mujeres es el Norplant o implante subdérmico con el 3 por ciento, resultado aceptable dado que es un método relativamente nuevo en Guatemala.

El conocimiento de métodos modernos por características sociodemográficas se puede explicar en el cuadro donde se muestra el porcentaje de mujeres actualmente unidas que conocen al menos un método moderno por características sociodemográficas al año 1995 especialmente en lo que se refiere al departamento de Chimaltenango.

Conocimiento anticonceptivo de Característica	PORCENTAJES		
	Algún método	Método moderno	Número de mujeres
Departamento			
Chimaltenango	69.3	68.9	283
Nivel de educación			
Sin educación	65.4	64.7	2,784
Primaria	87.1	86.5	3,810
Secundaria	99.8	99.8	1,153
Superior	100.0	100.0	236
Grupo étnico			
Indígena	62.1	61.3	2,807
Ladino	92.5	92.1	5,144

Fuente: elaboración propia en base al cuadro 8.2 de la ENSMI-95, pág. 99

²³ Instituto Nacional de Estadística, et al, "Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil", Octubre, 1996; Guatemala, pág. 98

1. Uso de métodos

Con el propósito de evaluar la práctica pasada y la actual de los métodos anticonceptivos en la ENSMI-95 a todas las mujeres que manifestaron conocer algún método se les preguntó si lo habían usado alguna vez y si lo estaban usando actualmente.

a. El uso pasado

El uso de anticoncepción en Guatemala es bajo, ya que sólo 31 por ciento de todas las mujeres en edad fértil han usado alguna vez en su vida un método de planificación familiar; el 27 por ciento ha usado métodos modernos y el 10 por ciento alguna vez ha usado métodos tradicionales.

El método moderno más usado alguna vez por todas las mujeres fueron las pastillas (15 por ciento). La esterilización femenina fue usada por el 10 por ciento, el condón y el ritmo, 8 por ciento y el DIU e inyecciones por cerca del 6 por ciento de las mujeres solamente.

Entre las mujeres actualmente unidas, el 43 por ciento ha usado alguna vez un método de planificación familiar, el 38 por ciento ha usado métodos modernos y el 13 por ciento ha usado métodos tradicionales.

Las pastillas han sido usadas por el 20% de estas mujeres, seguida por la esterilización femenina (14 %), el condón y el ritmo (11%). El DIU y las inyecciones han sido usados por el 8% en este grupo de mujeres.

.. "El uso pasado de métodos en las mujeres que no están casadas o unidas, pero que son activas sexualmente, es considerablemente mayor que el observado para las mujeres actualmente unidas, con variaciones a nivel de métodos específicos: los métodos modernos más usados por estas mujeres son las pastillas (43%), la esterilización femenina (14%), el ritmo y el retiro (20%), y el DIU (15%)²⁴.

b. Prevalencia actual del uso de métodos

A todas las mujeres que habían usado métodos alguna vez, pero que no estaban embarazadas en el momento de realizarse la ENSMI-95, se les preguntó si ellas o su esposo o compañero usaban actualmente algún método para evitar quedar embarazada.

²⁴ idem, pág. 101

..” El uso actual de métodos anticonceptivos muestra un incremento del 28 por ciento entre 1,987 y 1,995; en este último año, el 32 por ciento de las mujeres casadas o unidas se encontraban usando métodos de planificación familiar, cuando en 1,987 este porcentaje fue de 23 por ciento²⁵.

A excepción del método del retiro, todos los demás han incrementado su uso en el periodo entre las dos encuestas.

En 1,995 la esterilización es el método más usado entre las mujeres unidas: cerca de una de cada siete usuarias de métodos lo es de la esterilización femenina.

Las pastillas y el ritmo son los métodos que siguen en importancia con 4% de uso respectivamente, mientras que el DIU es usado por solamente el 3% de las mujeres.

El uso de métodos tradicionales permanece casi constante desde 1,987: entre el 4 y el 5% de las mujeres unidas usan estos métodos de planificación familiar.

c. Diferenciales en los niveles de uso según situación marital

Un poco más de una quinta parte de las mujeres en edad fértil (21%) usan en la actualidad métodos de planificación familiar.

El uso se incrementa desde 3% en las mujeres de 15 a 19 años, hasta 37% en el grupo de 35 a 39 años.

Entre las mujeres actualmente unidas, el porcentaje de uso pasa del 12% entre las mujeres de 15 a 19 años de edad, al 41% entre las de 35 a 39 y luego desciende a 26% entre aquellas de 45 a 49.

En el periodo de 1,987 a 1,995 se presentaron en el uso de cualquier método en las mujeres en unión de todos los grupos de edad, especialmente en las mujeres de 15 a 19 años al pasar del 5 al 12%.

La pastilla es más usada entre las mujeres de 20 a 24 años (6%) y empieza a descender hasta menos de 1% entre las de 45 a 40 años.

El DIU es más usado entre las mujeres de 25 a 39 años, mientras que la esterilización es el método preferido por las mujeres de 30 o más años de edad.

Con relación a los métodos tradicionales, los niveles de uso del ritmo por edad son similares, aunque en un menor porcentaje en las mujeres más jóvenes (15-19), o

²⁵ ibidem, pág. 101

las de mayor edad (45-49) mientras que el retiro es más usado por las mujeres entre 25 y 34 años de edad.

d. Diferencias en el uso de métodos entre las mujeres en unión

Las mujeres que no tienen ningún hijo o hija son las que menos planifican (7%). El nivel de uso aumenta rápidamente hasta alcanzar el 48% entre las mujeres que tienen tres hijos o hijas.

En cuanto al área de residencia, la tasa de prevalencia de uso anticonceptivo en el área rural fue de sólo 20% y para el área urbana de 49%; el incremento de uso de anticonceptivos fue mayor en el área rural (43%) que en la urbana (14%).

Aunque moderadamente, se observa la tendencia a disminuir la diferencia que existía anteriormente entre estas dos áreas.

Sin embargo, la prevalencia de anticoncepción en el área urbana es más del doble de la tasa observada en el área rural.

Por métodos específicos las diferencias más importantes están en el uso de la esterilización femenina (21% urbano vrs 10% rural), inyecciones (4% urbano vrs 1% rural) y las pastillas (6% urbano vrs 2% rural).

La más baja prevalencia de uso anticonceptivo se observa en Quiché (10%), seguido por el departamento de Alta Verapaz (12%).

El método más utilizado fue la esterilización femenina, siendo usada por un poco más de la mitad de las usuarias de anticoncepción.

Es importante destacar algunos diferenciales en el uso de métodos específicos por región. La esterilización es el método más usado en todas las regiones, pero sobresalen las regiones Metropolitana y Central (23 y 19%), mientras que en la región norte solamente llega al 6%.

En la región metropolitana, las pastillas, el DIU, las inyecciones, el condón, y el ritmo son usados cada uno por un 5% de las mujeres en unión. Las pastillas son usadas por un 5% de las mujeres en unión en las regiones central y sur-oriente del país. El mayor uso del condón se observó en la región metropolitana 5%.

Existe una relación directa entre el nivel de educación y el uso de métodos de planificación familiar: el uso pasa del 14% en las mujeres sin ninguna educación al 72% en las que tienen educación superior.

La esterilización femenina es el método preferido en todos los niveles de educación, pero también el uso de métodos modernos aumenta con el nivel educativo.

..."Según grupo étnico, el grupo ladino presenta una mayor prevalencia de anticoncepción 43% comparado con sólo 10% para el grupo indígena. Al igual que en las anteriores desagregaciones, casi la mitad de esta tasa corresponde al uso de esterilización"²⁶.

Esta diferencia en el uso de anticoncepción entre el grupo ladino y el grupo indígena es más notoria por método, observándose los bajos niveles de uso de métodos modernos entre el grupo indígena (menos de 1% para DIU, inyecciones y condón).

2. Número de hijos o hijas al iniciar el uso de anticonceptivos.

Los resultados muestran cierta motivación de las mujeres guatemaltecas por el espaciamiento del nacimiento y por la limitación del tamaño de la familia.

En Guatemala sólo un 5% de todas las mujeres empieza a usar la anticoncepción sin tener ningún hijo o hija.

Entre las mujeres jóvenes (20 a 29 años) cerca de 8% inicia el uso de métodos de planificación familiar sin haber tenido hijos o hijas, mientras que en el grupo de 15 a 19 años, 4% lo habían hecho.

Cerca de una de cada seis mujeres inicia el uso de anticonceptivos cuando tienen un hijo o hija y otro tanto cuando tienen tres o más hijos o hijas.

Según la edad actual de la mujer hay un aumento sostenido en el porcentaje de mujeres usando anticoncepción por primera vez para edades superiores a los 25 años y con 2 hijos o hijas o más.

3. Edad al momento de la esterilización

Al relacionar la edad de la mujer al momento de la operación con el tiempo transcurrido hasta la fecha de la ENSMI-95, es posible estudiar tendencias en la adopción de la esterilización, es decir, si ha habido cambios en la edad de las mujeres a la aceptación del método, específicamente en que medida la edad a la esterilización ha estado aumentando o disminuyendo.

²⁶ INE, op. cit., pág. 105

4. Conocimiento del periodo fértil

La información sobre el conocimiento del periodo fértil en el ciclo ovulatorio es de particular importancia en Guatemala, dado el nivel de uso del ritmo (abstinencia periódica) y el retiro.

En la ENSMI-95 se preguntó a las mujeres que declararon estar usando el ritmo, en qué momento del ciclo menstrual creían que existe mayor riesgo de quedar embarazada.

Un poco más de 2 de cada 5 usuarias de el ritmo 43% respondieron que la mitad del ciclo es el momento de mayor riesgo para que una mujer pueda quedar embarazada, es decir que ..." el 57% de usuarias están utilizando el método del ritmo de forma incorrecta dadas las respuestas erróneas sobre el periodo fértil del ciclo ovulatorio "²⁷.

Entonces, cerca del 90% de todas las mujeres entrevistadas en Guatemala no conocen el momento de mayor riesgo para que una mujer pueda quedar embarazada.

5. Fuentes de suministro

En Guatemala, es el sector privado quien tradicionalmente ha desempeñado el papel predominante del suministro de métodos de planificación familiar. La cobertura de este sector en el ofrecimiento de métodos modernos es del 70%. Los lugares más mencionados como fuente de suministros de anticonceptivos son APROFAM, los hospitales del sector público, y las farmacias.

Las farmacias son las principales proveedoras de condones, pastillas y en menor medida de inyecciones.

Las instituciones del sector público promueven el uso de algunos métodos, pero no como parte de una política oficial, sino que cuando se realiza es con el apoyo de entidades privadas o instituciones no gubernamentales por medio de proyectos específicos.

Así también, los médicos que trabajan en estas mismas instituciones, en algunas ocasiones trabajan en proyectos de esta naturaleza en su práctica privada, aspecto que podría explicar la identificación que hacen las usuarias con determinada entidad, porque identifican al profesional como que si se tratase de la institución pública.

²⁷ INE, op. cit., pág. 107

A las usuarias de métodos modernos se les pidió opinar sobre la atención e información recibida en la fuente de suministro del método más reciente, así como las razones para usar dichos métodos.

Menos de la mitad de las usuarias actuales manifestaron estar usando la fuente de servicios o de información referida, únicamente porque no conocen otra diferente. El 9% manifestó que usaban la fuente actual por estar situada cerca del hogar. El 15% de las usuarias acuden a una determinada fuente por contar ésta con personal competente, mientras que el 14% respondió que eran las tarifas económicas la razón de buscar dicha fuente.

De acuerdo con las características sociodemográficas, el 46% de las usuarias sin ninguna educación formal manifestaron que no conocían otra fuente; entre las usuarias que tienen educación superior el 17% expresaron la misma razón.

Así mismo, dentro del bajo porcentaje de utilización de métodos modernos anticonceptivos en el grupo indígena un 66% indicó no conocer otra fuente, casi el doble del grupo ladino.

6. Discontinuación del uso de métodos de anticoncepción

El calendario de eventos incluido en la entrevista individual permitió registrar para cada mujer, a partir de enero de 1,990, la duración de los periodos o segmentos de uso continuo para cada método y la razón para su interrupción, tales como: cambio a otro método y la razón para su interrupción, tales como: cambio a otro método, comienzo de un embarazo o por abandono del método.

a. Tasas de discontinuación

El 36% de las mujeres discontinuaron los anticonceptivos durante el primer año de uso. Entre las causas especificadas, los efectos colaterales fueron la razón principal (10%) para la discontinuación del uso del método.

Si se toma en cuenta el método utilizado, más de la mitad (56%) de los segmentos de inyección y la mitad de los de las pastillas y condón terminaron durante los primeros doce meses de uso, en comparación con el 19% de los segmentos de DIU.

Las mayores tasas de falla de método corresponden al ritmo (14%) y entre los métodos modernos sobresale la tasa de falla del condón (11%).

Los otros métodos modernos como son las inyecciones y la píldora presentan tasas de falla menores del 6%.

b. Razones de discontinuación

El 23% de los segmentos de uso de anticoncepción terminaron ... "debido a que la mujer deseaba embarazarse, mientras que en el 18% de las discontinuaciones se señaló como razón la falla del método.

El porcentaje de segmentos en los cuales la mujer quedó embarazada varía entre el 26 y 38% para los métodos tradicionales entre el 4 y 30% para los métodos modernos. En el 13% de los casos, la razón de terminación se debió a efectos colaterales, con un alto porcentaje para las usuarias de pastillas (24%), inyecciones (20%) y DIU (20%).

En el 9% de los casos la razón de la terminación se debió a que la mujer quería un método más efectivo, mientras que para el 8% de los segmentos se indicaron problemas de salud con el método. El deseo de un método más efectivo fue mencionado en un gran porcentaje por usuarias del retiro, métodos vaginales y condón²⁸.

7. Intenciones de uso en el futuro

Cerca de una tercera parte de las mujeres en unión y que no practican la anticoncepción manifestaron su intención de hacerlo en el futuro y en un 25% en los próximos 12 meses.

En términos relativos, el porcentaje que no desea usar o no intenta usar en el futuro es mucho mayor entre las mujeres que nunca han usado un método de planificación familiar que entre aquellas que ya tienen experiencia anticonceptiva.

Sobre preferencias de método para las mujeres que manifestaron intenciones de uso futuro, indica que la gran mayoría, cerca de cuatro de cada cinco, piensan usar un método moderno, entre los que sobresalen la esterilización femenina, las pastillas y las inyecciones. Sólo el 7% desean usar el ritmo y 4% el DIU.

"Las mujeres más jóvenes mencionan cinco razones para el no uso de métodos:

- 1) no conocer el método o fuente, 23%;
- 2) tener problemas de salud, 17%;
- 3) prohibición religiosa, 17%;
- 4) oposición de ella a la planificación familiar, 11%;
- 5) desea más hijos o hijas, 10%.²⁹

²⁸ INE, op. cit., pág. 111

²⁹ INE, op. cit., pág. 112

En las mujeres de mayor edad, las cinco razones más importantes mencionadas son:

- 1) están en menopausia o histerectomizadas, 17%;
- 2) no conocer método o fuente, 15%;
- 3) prohibición religiosa, 15%;
- 4) problemas de salud, 14%;
- 5) opuesta a la planificación familiar, 9%.

8. Mensajes sobre planificación familiar

El 54% de las mujeres entrevistadas reportaron haber escuchado o visto mensaje de planificación familiar por la radio y la televisión (31%), por la radio únicamente (17%) y el 6% manifestó que había escuchado el mensaje únicamente por televisión.

Las mujeres del área rural, del grupo indígena, y las de los más bajos niveles de educación fueron mayores proporciones las que reportaron no haber escuchado los mensajes sobre planificación familiar.

a. Aceptabilidad de los mensajes de planificación familiar

En relación a los mensajes de planificación familiar en los medios de comunicación social, también se indagó si les parecía aceptable su difusión por prensa escrita, por radio y/o televisión.

El 73% de las mujeres consideró aceptable la difusión de mensajes de planificación familiar por radio, televisión y prensa escrita.

El 39% de las mujeres residentes en la región norte indicaron que estos mensajes no son aceptables, con similar respuesta en el departamento de Alta Verapaz (42%). En el área rural un 23% que opina la misma manera al igual que las mujeres sin educación, 29%.

b. Mensajes impresos sobre la planificación familiar

También se preguntó si en los últimos 6 meses las mujeres encuestadas habían oído o leído sobre planificación familiar.

El 64% de las mujeres no indicó la fuente de recepción de mensajes de planificación familiar y en porcentajes aún más altos las del área rural, la región norte, el departamento de Alta Verapaz, las mujeres sin educación y el grupo indígena.

Los periódicos / revistas, los volantes / panfletos y los afiches fueron mencionados cada uno por un 25% de las mujeres como fuentes de mensajes impresos sobre planificación familiar.

... "En las áreas urbanas y en la región metropolitana, los periódicos / revistas y los afiches son mencionadas por el 40% de las mujeres y los volantes por el 36%.

Por nivel de educación se observa que a un mayor grado educativo, el mensaje de planificación familiar por medio escrito es más elevado de 60 a 70% en educación superior.

El grupo ladino recibe esos mensajes por medios escritos en un 35%, casi cinco veces más que el grupo indígena³⁰.

c. Contacto de las no-usuarias con los proveedores de planificación familiar

En los 12 meses anteriores a la encuesta, 86% de las mujeres no usuarias indicaron no haber recibido visitas de trabajadores de planificación familiar, ni visitaron instituciones de salud para discutir sobre métodos anticonceptivos.

En la región nor-occidental y en los departamentos de Huehuetenango y Quiché no hubo contacto para el 93% de las mujeres.

El grado de información y contacto mejora con el nivel de educación, descendiendo la falta de contacto al 72% entre las mujeres con educación superior. Así mismo el grupo ladino presenta un mayor nivel de contacto con los proveedores que el grupo indígena.

9. Diálogo sobre planificación familiar con el esposo o compañero

El 41% de las mujeres actualmente unidas que no están esterilizadas y que conocen un método anticonceptivo han dialogado una o dos veces, durante el año pasado, sobre planificación familiar con el esposo o compañero.

Sin embargo, 37% nunca discute con su compañero sobre este tema.

a. Actitudes de la pareja hacia la planificación familiar

Según la información de las parejas compuestas por mujeres no esterilizadas que conocen un método anticonceptivo, el 53% aprueban la planificación familiar y el 11% la reprueban.

³⁰ INE, op. cit. pág. 116

En lo individual, es mayor la aprobación de la planificación familiar por parte del esposo 69% que de la entrevistada 59%.

La planificación familiar ... "es más aceptada en las parejas del grupo de edad 25-29 años (62%), así como en las residentes en el área urbana, la región metropolitana y las mujeres pertenecientes al grupo ladino, con porcentajes superiores al 61%.

Según el nivel de educación, el porcentaje de aprobación pasa de 32% en las mujeres sin educación hasta 97% en las mujeres con educación superior³¹.

10. Efectos anticonceptivos en la lactancia

La lactancia materna puede tener efectos anticonceptivos siempre y cuando cumpla con los siguientes requisitos (método de lactancia-amenorrea):

- a) que la mujer continúe en amenorrea de postparto,
- b) el niño o niña tenga menos de 6 meses de edad y
- c) el niño o niña reciba la lactancia exclusiva, permitiendo que sólo reciba además agua con azúcar.

Solo el 14% de las mujeres aseguran que la lactancia disminuye los riesgos de embarazo, mientras que 3% han confiado alguna vez en la lactancia como método y apenas el 1% confía actualmente.

En las regiones sur-oriente y central, las mujeres del área urbana, del grupo ladino, sin educación o con educación secundaria han confiado más en la lactancia para evitar quedar embarazadas.

Apenas el 5% de las mujeres cumplen los criterios requeridos para ser consideradas usuarias del método lactancia-amenorrea.

F. RESULTADOS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTIL 1,998-1,999

La importancia de este documento es que mantiene la continuidad e incluso mejora la metodología y muestra investigada para ver los resultados y cambios que se han producido respecto a las encuestas anteriores de Salud Materno Infantil en el país con lo cual se cuenta ya con datos comparativos de 1,987 al año 1,999 (12 años) sobre temas relacionados con la planificación familiar y salud reproductiva, sobre los cuales se refiere la presente tesis de investigación.

³¹ INE, op. cit., pág. 117

Los datos más relevantes que se pueden extraer y comentar de dicha Encuesta nacional son los siguientes:

1. Planificación familiar.

El uso de los métodos de planificación familiar aumentó en forma importante desde 1,995, de 31 al 38% de las mujeres unidas.³²

Sin embargo, solo Haití tiene niveles de uso de métodos inferiores a los observados en Guatemala (18%).

El uso de los métodos modernos en Guatemala, sin embargo es ligeramente mas alto que en Bolivia (31% Versus 25%).

Pero a diferencia de Bolivia en donde apenas tres de cada diez mujeres usuarias lo son de métodos modernos, en Guatemala 9 de cada diez lo son, al igual que en la República Dominicana y Brasil.

2. Niveles de educación de las mujeres entrevistadas.

Se sabe que el nivel de educación de las mujeres 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 está positivamente asociado con la situación socioeconómica, la cual determina la demanda de servicios de salud y planificación familiar.

3. Acceso a medios de comunicación.

El acceso a los medios de comunicación es muy importante porque complementa las enseñanzas recibidas en la educación formal y permite la transmisión de conocimientos sobre aspectos de salud, saneamiento ambiental y planificación familiar.

Adicionalmente, los medios de comunicación suplen de alguna manera la falta de educación sexual e información sobre planificación familiar de los jóvenes cuyos padres eluden abordar el tema.

³² Instituto Nacional de Estadística, et al. "Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, Julio de 1,999, Guatemala, pág. XXII

4. Acceso a medios de comunicación.

- A nivel nacional, la radio y la televisión son los medios que presentan el mayor porcentaje de audiencia en las mujeres. Solamente el 48% lee un periódico por lo menos una vez a la semana y solo el 32% de las mujeres reciben mensajes de los tres medios de comunicación (radio, televisión y periódicos).
- Las mujeres residentes en las regiones Nor-occidente y norte son las que tienen el menor acceso a los medios de comunicación, hecho importante que repercute en las condiciones generales de salud, si se toma en cuenta que también poseen los menores niveles de escolaridad. Al aumentar el nivel de escolaridad también aumenta el acceso a los diferentes medios de comunicación: el acceso es universal para las mujeres con secundaria o más, mientras que una de cada tres mujeres sin educación no tienen acceso a ningún medio.
- Tendencia: entre 1,995 y 1,998/1,999 se observa un ligero aumento en la promoción de mujeres que leen periódico y ven televisión todos los días.³³

5. Trabajo femenino:

Los cambios económicos, sociales y culturales en la sociedad guatemalteca han condicionado que la mujer tenga que trabajar fuera del hogar, situación que influye en el crecimiento de los hijos o hijas, en la integración del hogar y en la propia salud de la mujer al tener que desempeñar múltiples funciones.

a. Tipo de ocupación:

Apenas el 10% de las mujeres entrevistadas desempeñan ocupaciones agrícolas a nivel nacional (casi el 20% entre las mujeres indígenas, las residentes en las áreas urbanas y aquellas con menor nivel de escolaridad); y también en una de las regiones que ha sido identificada con más limitaciones en condiciones de vida, como es la nor-occidente.

El empleo agrícola también es relativamente importante para las mujeres residentes en las regiones central y sur-occidente.

El empleo no agrícola se identifica en el trabajo manual no calificado, el cual es desempeñado a nivel nacional por el 42% de las mujeres de 15 a 49 años.

Esta rama de ocupación guarda estrecha relación con el nivel de escolaridad, pues a menor educación menor oportunidad de empleo calificado; la mitad de las mujeres sin educación o con primaria desempeñan empleos manuales no calificados en contraste con las mujeres con educación superior o secundaria que

³³ idem pág. 18

en gran proporción (casi la mitad) se desempeñan en empleos técnicos, gerenciales o profesionales.

Tendencia: ... "se observa un aumento en el porcentaje de mujeres trabajadoras en la categoría de trabajo manual calificado: 43% en comparación con el 35% en 1,995"³⁴.

b. Categorías de ocupación y formas de pago.

- De las mujeres que trabajan un 33% lo hacen para un familiar y reciben dinero a cambio del trabajo realizado, pero cuando no tienen ningún nivel de escolaridad aunque trabajen con familiares hay un 6% que no recibe ninguna remuneración económica por el trabajo realizado.
- Cuando el empleo es con otra persona no familiar, la mitad de las mujeres reciben un salario a cambio de ese trabajo. Es en esta categoría en la cual a mayor escolaridad mayor el porcentaje de mujeres a quienes se les paga por su trabajo.
- Tendencias: se observa un aumento en el porcentaje de mujeres trabajadoras independientes: 50% en 1,998/1,999 en comparación con el 44 por ciento en 1995.

c. Administración del salario.

- Cuando la mujer trabaja fuera del hogar y recibe un salario, es ella misma quien decide cómo utilizar los ingresos en el 71% de los casos y el 20% ella con el compañero.
- Es muy poca la diferencia por nivel de escolaridad en la decisión de cómo utilizar el ingreso, pues es la misma persona quien decide en alrededor del 70% de los casos. Un 20% en todos los niveles de escolaridad refirió lo que hacía junto con el compañero de hogar.
- La decisión sobre el uso del salario de la mujer tiene grandes diferencias según la residencia: los porcentajes a nivel urbano y rural son básicamente cercanos, al igual que por grupo étnico, pues en ambas categorías la diferencia gira alrededor de 9 puntos porcentuales. En todos los grupos aparece también que es un 20% el que decide en forma conjunta con el compañero de hogar sobre el uso de los ingresos económicos obtenidos por el trabajo de la mujer.
- Tendencias. Una proporción mayor de mujeres en 1998/99 decide sobre cómo gastar o utilizar los ingresos en comparación con 1,995 (70 y 66 %, respectivamente).

³⁴ ibidem, pág. 21

6. Fecundidad.

La reducción de la fecundidad es considerada importante porque constituye una de las estrategias para disminución de la mortalidad infantil y materna.

7. Planificación familiar: conocimiento y uso de métodos.

a. Conocimiento de métodos.

Al igual que las encuestas de 1,987 y 1,995, el cuestionario de la ENSMI 1,998/1,999 incluyó una sección completa sobre el conocimiento, el uso pasado y el uso actual de métodos de planificación familiar.

Se hizo preguntando sobre los métodos que conocía o había oído hablar para demorar o evitar un embarazo.

En este sentido, "conocer un método" no significa necesariamente que la mujer o el hombre tenga un buen nivel de información sobre el método; basta con que por lo menos lo conozca de nombre o tenga idea de cómo se emplea.

b. Conocimiento de métodos en general.

..."El conocimiento que las mujeres poseen sobre los métodos de planificación familiar es mayor de acuerdo a su experiencia sexual. Entre aquellas que carecen de experiencia sexual solo el 70% conoce sobre dichos métodos, mientras que las que son sexualmente activas los conocen en un 96%."³⁵

Los métodos modernos más conocidos por todas las mujeres, independientemente del nivel de exposición, son: la píldora, la inyección y la esterilización femenina.

Entre las solteras sexualmente activas se agrega el preservativo como uno de los métodos ampliamente conocidos.

Entre los métodos naturales, la abstinencia es más conocida que el retiro o interrupción del coito.

Tendencia:..." Al comparar con los resultados obtenidos en la encuesta de 1,995, en todos los grupos de mujeres, ha habido un aumento en el conocimiento de métodos, especialmente el conocimiento de métodos tradicionales (naturales)."³⁶

³⁵ INE, op. cit., pág. 37

³⁶ INE, op. cit., pág. 38

c. Conocimiento de métodos según características seleccionadas.

- El conocimiento de cualquier método y de métodos modernos entre las mujeres en unión es casi idéntico para todos los subgrupos de edad, lugar de residencia, grupo étnico y educación y va desde un mínimo de alrededor del 60% en la región Nor-occidente hasta casi el 100% entre las mujeres con educación secundaria o superior.
- Las mujeres que menos conocen los métodos modernos son aquellas que residen en el área rural y pertenecen al grupo indígena y las que no tienen ningún nivel de educación.
- A nivel de regiones, el conocimiento de métodos en la región metropolitana, la sur-oriente y la central supera el 90% en contraste con la región nor-occidente en donde apenas el 69 por ciento y el 57 por ciento de las mujeres conocen sobre métodos modernos, respectivamente.

d. Uso de métodos

Con el objeto de evaluar la práctica pasada y actual de métodos anticonceptivos en la ENSMI 1,998/1,999, se les preguntó a todas las mujeres que declararon conocer algún método si lo habían usado alguna vez y si lo estaban usando actualmente.

e. El uso pasado.

Si se incluyen todas las mujeres (unidas y no unidas) el 38% de ellas han usado alguna vez [algún método anticonceptivo]. Entre las mujeres unidas, la mitad de ellas han usado alguna vez anticonceptivo. Al igual que con el conocimiento de métodos, las mujeres no unidas pero sexualmente activas son las que más han usado métodos de planificación familiar en alguna ocasión (83%).

El 45% de las mujeres en unión han usado algún método moderno y un 17% han recurrido a los métodos tradicionales (abstinencia y retiro). De los métodos modernos, la píldora y la esterilización femenina son los que han sido más utilizados (22% y 17% respectivamente).

La píldora y el anticonceptivo han sido los métodos más utilizados por aquellas mujeres sexualmente activas que no se encuentran unidas (61% y 41% respectivamente).

f. Uso actual por edad.

- Si se consideran todas las mujeres (unidas y no unidas) el 27% se encuentran usando algún método de planificación familiar en 1,998/1,999. La prevalencia de uso es del 38% entre las mujeres unidas, en comparación con el 31% en 1,995. El uso aumenta con la edad, desde el

15% entre las mujeres de 15-19 años hasta un poco más de la mitad de las mujeres de 35-39 años. El 31% de las mujeres al final del periodo reproductivo de 45-49 años se encuentran usando métodos en la actualidad.

- El método preferido por las mujeres guatemaltecas es la esterilización femenina. El 17 por ciento de las mujeres en unión ha seleccionado la esterilización como método anticonceptivo, en comparación con 14 por ciento en 1,995. De las mujeres entre 30 a 49 años, el uso de la esterilización es aún mayor, entre 14 y el 30 por ciento.
- El segundo método más usado (pero es apenas usado por el 5 por ciento de las mujeres unidas) es la píldora. El uso de este método sube al 7-8 por ciento entre las mujeres de 20 a 34 años. La inyección también es un método que tiene un nivel relativamente importante de uso entre las mujeres menores de 30 años (entre 4 y 8 por ciento)

g. Cambios en el uso de métodos

- El uso de métodos ha aumentado en forma importante entre 1,987 y 1,998/1,999, pero de manera particular en los últimos años
- El aumento ha ocurrido en todos los métodos, excepto el DIU cuyo uso disminuyó entre 1,995 y 1,998/1,999. El ritmo figura como uno de los métodos con mayor aumento en el uso.

h. Diferencias en el uso actual.

- Existen diferencias importantes en el uso de métodos anticonceptivos para los diferentes grupos poblacionales. Apenas el 27 por ciento de las mujeres residentes en el área rural utiliza algún método, mientras que a nivel urbano lo hace el 52 por ciento. Por región, el 57 por ciento de las mujeres residentes en la región metropolitana usan métodos anticonceptivos, cuatro veces más que la región Nor-occidental (14 por ciento), más del doble de la región Norte (21 por ciento) y en el Petén (24 por ciento), y casi el doble que en el resto de regiones, excepto la Central donde el uso entre las mujeres en unión alcanza el 39 por ciento.
- El uso de métodos según el grupo étnico muestra una diferencia importante: 50 por ciento de las mujeres ladinas utilizan cualquier método en comparación con apenas el 13 por ciento entre las mujeres indígenas.³⁷
- La característica que diferencia el uso de métodos anticonceptivos es el nivel de educación y como era de esperar, a mayor nivel de educación, mayor uso de métodos, si bien es cierto que una parte importante de este uso es de métodos folklóricos (sic). Si se comparan con las mujeres sin educación, aquellas que cuentan con educación secundaria o superior triplican el uso de métodos (19 y 68 por ciento), respectivamente.

³⁷ INE, op. cit., pág. 43

- El mayor uso de esterilización femenina (niveles superiores al 20 por ciento) se encuentra entre las mujeres urbanas, las residentes en la región metropolitana y central y las mujeres de mayor educación.
 - El uso de métodos también aumenta de manera importante con el número de hijos vivos, desde el 10 por ciento entre las mujeres sin hijos hasta el 56 por ciento entre aquellas con 3 hijos. El 30 por ciento de estas últimas mujeres son usuarias de esterilización y el 10 por ciento de métodos tradicionales.

I. CAMBIOS EN EL USO DE METODOS.

A PESAR DEL BAJO NIVEL DE USO ENTRE LAS MUJERES, EL AUMENTO ENTRE 1,987 Y 1,998/1,999 SE HA DUPLICADO AL PASAR DEL 6 AL 13 POR CIENTO.

- Los aumentos recientes más notables han ocurrido en el área rural (de 20 a 28 por ciento), y en las regiones del norte (de 14 a 21 por ciento) y sur occidente (de 23 a 30 por ciento).
- Si se exceptúa la región Nor occidente en donde el aumento en el uso de métodos ha sido mínimo, la brecha entre las mayorías de los subgrupos poblacionales se ha disminuido.

8. Edad al momento de la esterilización

- La edad promedio a la esterilización es de casi 30 años. Si se analizan las esterilizaciones de los últimos cinco años, parece que ha habido una ligera disminución en la edad en la cual las mujeres optan por un método tan radical como la esterilización, al pasar un poco más de 31 años entre las mujeres operadas hace cinco años a 29 entre las usuarias más recientes.
- La disminución en la edad promedio a la esterilización parecería deberse en parte a un aumento importante en el porcentaje de las mujeres de 25-29 años que ha optado por la esterilización en los últimos dos años (39 por ciento) en comparación con una disminución en el grupo de 30-34 años quienes pasaron del 47 por ciento (2-3 años antes de la encuesta) a 19 por ciento en los dos últimos años.

g. Conocimiento del periodo fértil

...“Apenas el 40 por ciento de las usuarias de abstinencia periódica respondieron que la mitad del ciclo es el momento de mayor riesgo para que una mujer queda embarazada. Esto significa que mucho más de la mitad de las usuarias de ese método no saben el momento en el cual, entre una menstruación y otra, ellas podrían resultar embarazadas si llevan una vida sexual activa”.³⁸

³⁸ INE, op. cit., pág. 47

Riesgo percibido asociado con la lactancia y mujeres que satisfacen los criterios Mela (Método De La Lactancia-Amenorrea)

- El 68 por ciento de las mujeres en unión con por lo menos un hijo considera que la lactancia materna no cambia el riesgo de embarazo y solo el 15 por ciento de las mujeres considera que disminuye el riesgo de un embarazo.
- De acuerdo a las características de la edad, área de residencia y nivel de educación hay muy poca diferencia en cuanto a considerar el papel de la lactancia materna como método útil para evitar los embarazos.
- Apenas el 5 por ciento de las mujeres podrían clasificarse como usuarias del método amenorrea. Las mayores proporciones se encuentran entre las mujeres indígenas, las mujeres jóvenes o sin educación y entre las residentes en la región nor-occidente y en el Petén.

10. Fuentes de suministro

- Las fuentes donde acuden las mujeres usuarias del método anticonceptivos de planificación principalmente se encuentran en el sector privado.

Este sector provee de métodos al 64 por ciento de usuarias mientras que el sector público solo cubre el 25 por ciento. Todos los métodos tienen mayor distribución a través de la iniciativa privada.

- El porcentaje que cubre el seguro social es apenas del 5 por ciento, aunque se reconoce que sus políticas institucionales hasta hace pocos años incluyeron algunos componentes de salud reproductiva en sus programas de atención a sus beneficiarias y afiliadas.

11. Discontinuasión del uso de métodos anticonceptivos.

El calendario de eventos incluido en la entrevista individual permitió registrar para cada mujer, a partir de enero de 1,993, la duración de los períodos o segmentos de uso continuo para cada método y la razón para su interrupción tales como cambio a otro método, comienzo de un embarazo o por abandono del método (para buscar quedar embarazada o por otras razones)

- El 42 por ciento de las mujeres que usaron métodos en los cinco años anteriores a la Ensmi-1,998/1,999 discontinuaron los anticonceptivos durante el primer año de uso (36 por ciento en 1995). Entre las causas especificadas, los efectos colaterales fueron la razón principal (15 por ciento) especialmente el condón (33 por ciento). Si se toma en cuenta el método utilizado, más de la mitad (56 por ciento) de los segmentos de uso de inyección y la mitad de los segmentos de uso de las pastillas terminaron durante los primeros doce meses

de uso, en comparación con casi el 70 por ciento de los segmentos de uso del condón.

- Los métodos modernos presentan tasas inferiores al cuatro por ciento. Las tasas de falla encontradas en la Ensmi-1,998/1,999 son ligeramente mayores que las encontradas en 1995. Las mayores tasas de falla son las del ritmo (19 por ciento).

a. Razones de discontinuasión

- El 21 por ciento de los segmentos de uso de anticonceptivos terminaron debido a que la mujer deseaba embarazarse, mientras que el 18 por ciento de las discontinuasiones señaló como razón la falla del método.
- El porcentaje de segmentos en los cuales la mujer quedó embarazada varía entre 15 y 17 por ciento para los métodos tradicionales (métodos naturales) y entre 5 y el 27 por ciento para los métodos modernos.

En el 25 por ciento de los casos la razón de la terminación se debió a efectos colaterales., con un alto porcentaje para las usuarias de inyecciones (51 por ciento), pastillas (39 por ciento) y DIU (34 por ciento).

Los porcentajes en 1,995 fueron sensiblemente menores, alrededor del 20 por ciento.

- En el 11 por ciento de los casos la razón de la terminación se debió a que la mujer quería un método más efectivo, mientras que para el 6 por ciento de los segmentos se indicaron problemas de salud con el método.

El deseo de un método más efectivo fue mencionado en un gran porcentaje por usuarias del retiro, métodos vaginales y condón.

b. Uso futuro de anticoncepción.

Independientemente del número de hijos o hijas, en los próximos doce meses, el 26% de las mujeres en unión que no practican la anticoncepción expresó la intencionalidad de empezar a planificar el número de hijos o hijas.

Otro seis por ciento expresó la intención de hacerlo más tarde.

Entre las mujeres que tienen uno o dos hijos o hijas, un poco más del treinta por ciento de ellas respondieron que iniciarán el uso de algún método en los próximos doce meses.

Sin embargo, dos terceras partes de las mujeres no tienen intención de usar métodos de futuro. Aún entre aquellas mujeres que ya tienen más de cuatro hijos o hijas, el 69% de ellas no tiene intención de usar algún método anticonceptivo.

Entre las mujeres que indicaron que usarán algún método en el próximo año, los métodos señalados fueron la píldora en un 23%, la inyección con 30% y la esterilización femenina con 22%. Después de los doce meses estos mismos métodos aparecen como los preferidos a ser usados.

c. Razones de no uso en el futuro.

..."Entre las mujeres menores de 30 años y en las mayores de 30, el desconocimiento de los métodos es la principal razón para no usarlos y la segunda razón importante lo constituye las prohibiciones religiosas".³⁹

Un menor porcentaje de mujeres, cerca del 7%, argumentó que no lo haría por la oposición a la planificación por parte de ella o del compañero de hogar.

Las mujeres menores de 30 años también mencionaron los problemas de salud como una razón importante y las mayores de 30 años mencionaron la menopausia o la histerectomía.

12. Mensajes radiales y televisivos sobre planificación familiar.

a. Exposición a mensajes y aceptabilidad.

b. Exposición a mensajes radiales y televisivos.

El 45% de las mujeres en edad reproductiva no han escuchado mensajes relacionados con la planificación familiar, 54% en el área rural. El 70% de las mujeres indígenas no reciben ninguna influencia de los medios de comunicación en lo relacionado al uso de métodos anticonceptivos.

En los grupos de menor nivel de educación, el porcentaje de mujeres que no escuchan o ven algún mensaje relacionado con esta temática es mayor (63% en comparación con apenas el 28% entre las mujeres con educación secundaria o superior). Son esos grupos los que precisamente presentan las más altas tasas de fecundidad en el país.

En comparación con el resto de regiones, la radio es la única fuente de mensajes para un importante porcentaje de las mujeres de la región norte (27%) y la televisión para las mujeres de la región sur-occidente (11%).

³⁹ INE, op. cit., pág. 53

c. Mensajes impresos sobre la planificación familiar.

El 34% de las mujeres informaron haber recibido mensajes impresos de planificación familiar en los doce meses que precedieron a la ENSMI-1,998/1,999.

Las mujeres que en su mayor proporción han recibido algún mensaje de planificación familiar a través de los medios escritos pertenecen al grupo ladino (55%) residen en el área urbana (58%) o en las regiones metropolitanas (60%), central (45%) o sur-oriente (46%) o tienen los mayores niveles de escolaridad (76%).

En compensación con el resto de regiones los periódicos/revistas, panfletos/volantes tienen la misma importancia relativa en la región metropolitana (alrededor del 40%) y en la región central (30%) y sur-oriente (28%)

13. Contacto de las no usuarias con proveedores de planificación familiar.

a. Contacto de no usuarias.

En los doce meses anteriores a la ENSMI-1,998/1,999, el 91% de las mujeres no tuvo ningún contacto con proveedores de planificación familiar. Apenas el 2% fueron visitadas por un trabajador de planificación familiar y el 7% discutió planificación familiar en una visita a un establecimiento de salud.

14. Discusión sobre planificación familiar entre las parejas.

a. Percepción de la actitud de los esposos.

Entre las mujeres en unión, no esterilizadas y que conocen métodos anticonceptivos, el 75% de ellas aprueban la planificación familiar y el 64% de los casos tanto ella como el esposo o compañero lo aprueban.

Con todos estos datos, el trabajo de campo permitirá contrastar resultados, actitudes presentes e intenciones de futuro en el campo de la planificación familiar y la salud reproductiva y facilitará la interpretación y propuesta de conclusiones y recomendaciones en el marco de los objetivos de la presente tesis.

VI. MATERIALES Y METODOS

A. METODOLOGÍA:

1.- **Tipo de estudio:** De **tipo explorativo** ya que aborda la problemática, sus causas, efectos y abordaje por las propias mujeres y la influencia en sus ideas, prácticas y actitudes sobre factores socioculturales que les hacen aceptar o no, utilizar y darle continuidad a los métodos de planificación familiar en su vida personal, de pareja, familiar y/o comunitaria.

El estudio también será **transversal** ya que aborda el conocimiento y aportes de solución de dicha problemática desde varios factores sociales, culturales, religiosos, económicos, etc.; el rango de edad de los 14 a los 45 años y a todas las mujeres integrantes de la asociación AMIDI de la aldea Pachay Las Lomas.

2.- **Sujeto de estudio :** Mujeres adscritas a la Asociación AMIDI de la Aldea Pachay Las lomas y su entorno de factores sociales, culturales, económicos, políticos, religiosos, de género, etc. que influyen en la aceptabilidad y continuidad del uso de métodos de planificación familiar.

3.- **Población o universo de estudio:** La totalidad de integrantes (50) de la asociación de mujeres ADIMI de aldea Pachay Las Lomas del municipio de San Martín Jilotepeque, departamento de Chimaltenango.

4.- **Criterios de inclusión y exclusión de sujetos de estudio:** De inclusión: ser mujeres en edad fértil, que utilizan o no, métodos de planificación familiar en la comunidad y asociación a estudiar. Criterios de exclusión: mujeres que no deseen participar en el estudio.

5.- **Variables a estudio y su medición.**

- Las variables son de tipo independiente, entre ellas:

VARIABLE Y BREVE CONCEPTUALIZACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA
• Edad: tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento a la actualidad	Cuantitativa	Años
• Grupo étnico: grupo de familias en un área geográfica variable, cuya unidad se basa en una estructura familiar, económica y social comunes y en una lengua y cultura igualmente comunes.	Cualitativa	Ladino o mestizo Maya Kaqchikel Otro grupo maya Otro grupo étnico
• Religión o práctica espiritual: conjunto de creencias y dogmas que definen las relaciones entre las personas y lo divino o sagrado.	Cualitativa	Católica Evangélica Maya
• Estrato socioeconómico: conjunto homogéneo de personas definidos en términos sociales y económicos	Cualitativo	Alto Medio Bajo
• Estado civil: condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones civiles, especialmente en su vida de pareja o matrimonial.	Cualitativo	Casada Soltera Unida Viuda Divorciada
• Identidad cultural: conciencia que tiene una persona de su pertenencia a uno o varios grupos culturales y la significación emocional y valorativa que resulta de ello.	Cualitativa	Indígena Ladina Otra
• Idiomas que habla: sistema de signos lingüísticos al servicio o utilizado por una comunidad de hablantes.	Cualitativo	Kachikel Quiché Español

VARIABLE Y BREVE CONCEPTUALIZACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA
• Número de miembros y composición del hogar: cantidad de personas que habitan bajo un mismo techo o en una misma residencia y tipo de lazos de familiaridad o consanguinidad entre ellos.	Cuantitativo y cualitativo	Número personas que habitan la casa hijos, padres, tíos, abuelos
• Rol en la familia: las funciones o jerarquía que ocupan en ella las personas que la forman.	Cualitativo	Jefe del hogar Madre Esposa Nuera
• Analfabetismo: ausencia de instrucción para leer y escribir	Cualitativa	Sabe o no leer Sabe o no Escribir En español o en su idioma
• Nivel educativo: grados cursados o en el que se encuentre la persona de acuerdo a los distintos niveles del sistema educativo nacional vigente.	Cuantitativo	Primaria Secundaria Universitaria
• Asistencia escolar: presencia o asistencia de la persona al grado escolar correspondiente en la actualidad.	Cualitativa	Primaria Secundaria Universitaria
• Acceso a información y conocimiento de métodos de planificación familiar: posibilidad real o potencial de la persona y existencia de medios de difusión para transmitir o dar a conocer información sobre métodos de planificación familiar.	Cualitativo	Información oral o escrita Capacitaciones

VARIABLE Y BREVE CONCEPTUALIZACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA
<ul style="list-style-type: none"> • Nivel sociolaboral: capacidad y desempeño de la persona de acuerdo a los oficios o trabajos existentes en su comunidad socioeconómica. 	Cualitativa	Trabajo fuera o dentro del hogar
<ul style="list-style-type: none"> • Rol en la organización de mujeres AMIDI: función o papel que desempeña la persona en dicha asociación de mujeres. 	Cualitativa	Cargo o función directivo o asociada
<ul style="list-style-type: none"> • Participación en otras organizaciones comunitarias: función o papel que desempeña la persona en espacios u organizaciones de su comunidad. 	Cualitativa	Cargo o función
<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación recibida sobre métodos de planificación familiar: grado de instrucción o conocimientos teórico-prácticos que la persona ha recibido sobre dichos métodos. 	Cualitativa	Si a recibido o no capacitaciones
<ul style="list-style-type: none"> • Uso anterior y actual de métodos de planificación familiar: grado de aplicación anterior y en el momento actual de la encuesta que la persona ha tenido en cuanto a dichos métodos. 	Cualitativa	Ha usado o no métodos de planificación familiar
<ul style="list-style-type: none"> • Número de hijos al iniciar el uso de métodos de planificación familiar: cantidad de hijos vivos que la persona tenía al momento de iniciar el uso de dichos métodos. 	Cuantitativa	Número de hijos o hijas

VARIABLE Y BREVE CONCEPTUALIZACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA
<ul style="list-style-type: none"> • Fuentes de suministro de dichos métodos: proveedores y servicios existentes para proporcionar dichos métodos a las y/o los usuarios de los mismos. 	Cualitativa	Comadronas Promotores Puesto de salud Centro de salud Privado Aprofam
<ul style="list-style-type: none"> • Razones de continuidad o discontinuidad de los métodos de planificación familiar: motivos que la persona ha tenido para continuar o dejar de utilizar dichos métodos. 	Cualitativa	Razones por las que usa o no los métodos
<ul style="list-style-type: none"> • Intenciones de uso de métodos de planificación familiar en el futuro: razones por las cuales la persona desea utilizar dichos métodos a partir de la fecha de encuesta o en el corto y mediano plazo. 	Cualitativa	Si No
<ul style="list-style-type: none"> • Actitud de la pareja hacia la planificación familiar: aceptación, acuerdo o diferencias de apreciación en la pareja familiar sobre el uso de métodos de planificación familiar. 	Cualitativa	Recibe apoyo No recibe apoyo
<ul style="list-style-type: none"> • Demanda de servicios de planificación familiar: grado de interés y búsqueda de dichos servicios por parte de la pareja o la persona en lo individual. 	Cuantitativa	Busca o no los servicios

VARIABLE Y BREVE CONCEPTUALIZACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA
<ul style="list-style-type: none"> Actitudes de aceptación o rechazo a los métodos de planificación familiar según razones sociales, religiosas, culturales, económicas, etc: motivos y factores de dicha índole para oponerse o favorecer el uso de métodos de planificación en su vida sexual y reproductiva. 	Cualitativa	Cultural Religioso Económico Educativo
<ul style="list-style-type: none"> Factores que favorecen o limitan la continuidad del uso de métodos de planificación familiar según la cultura, religión, edad, situación socioeconómica, nivel educativo, etc: razones, convicciones, costumbres, creencias, etc. De tipo cultural, religioso, económico, social, etc. en las parejas o personas individuales para utilizar en forma continuada o interrumpir dichos métodos. 	Cualitativo	Cultural Religioso Económico Educativo

6.- Instrumentos de recolección de las variables y datos.

Se utilizarán las siguientes técnicas e instrumentos de recolección de datos y de las variables previstas:

- Guía o boleta de entrevista semiestructurada con preguntas abiertas y cerradas para las 50 mujeres participantes durante la realización de un taller específico para este fin.
- Revisión documental y bibliográfica de materiales escritos
- Clasificación y tabulación de recopilación de información de campo

- Análisis e interpretación de resultados de revisión documental y bibliográfica y de trabajo de campo realizado

8.- Presentación de los resultados tipo de tratamiento estadístico:

Se contará con la tabulación de datos recopilados en trabajo de campo y creación de gráficas con los principales resultados de la información recopilada.

B. RECURSOS

- MATERIALES Y FÍSICOS: ejemplares de las guías o boletas de entrevista semiestructurada; papelógrafos; marcadores; pizarra de formica; masking tape; lápices y lapiceros, cámara fotográfica; cartuchos de tinta de impresora; disketes; computadora portátil; grabadora, baterías y casetes de audio; vehículo de doble tracción, engrapadoras; grapas; clips; tape; papel bond; tablas sujetapapeles;

VII.- PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS

A) CONTEXTO DEL TRABAJO DE CAMPO REALIZADO

Durante una semana de trabajo intensivo en el mes de Julio de 2,002, se visitó a cada una de las mujeres asociadas a AMIDI, tanto con cargos directivos como afiliadas, para aplicar la guía de entrevista semiestructurada.

Durante los meses anteriores a la entrevista, se estableció comunicación con la Junta Directiva y asociadas para explicarles los objetivos, metodología e importancia del estudio a realizar, habiendo logrado ganar la confianza de ellas para poder realizar las actividades correspondientes.

En un contexto de poca participación de las mujeres sobre sus derechos sexuales y reproductivos, estos contactos iniciales fueron necesarios para poder hablar de estos temas de manera privada y sin intervenir de manera negativa sobre sus valores culturales y sociales, de manera que las entrevistas a realizar tuvieran una alta aceptación en el grupo y en cada una de ellas.

La mayoría de entrevistas se realizó en la vivienda de cada una de ellas y las del grupo directivo, en la sede de la asociación AMIDI.

Las entrevistas se realizaron en idioma español no habiéndose necesitado de traducción al idioma kaqchikel.

Se observó en las entrevistadas una actitud de respuesta directa pero muy escueta, de pocas palabras con una fuerte sensación de pena al hablar de dichos temas pero con la riqueza de hacerlo siempre relacionado con sus experiencias de vida individual, familiar o comunitario.

En varias de ellas se recogió el sentimiento de reclamo por las situaciones de vida discriminatorias que les ha tocado vivir. Ejemplo: "enseñarles a las niñas, lograr que vayan a la escuela....un derecho que nosotras no hemos tenido".⁴⁰

Por otro lado, el mayor elemento de limitación en las entrevistas lo constituyó la falta de información y conocimientos sobre sus derechos sexuales y reproductivos en el área específica de los métodos de planificación familiar, ya que su subordinación genérica les ha obstaculizado el conocer de dichos temas, abordarlo como ejercicio de su derecho a la salud personal, de pareja y familiar con su esposo o conviviente y contar con su comprensión y apoyo para beneficio de sus hijos e hijas y la vida social.

⁴⁰ entrevistas de campo, Julio de 2,002

El ambiente logrado en la realización del trabajo de campo fue muy motivador y cumplió con el objetivo de establecer cuáles son los factores sociales de la aceptabilidad y continuidad de uso de los métodos de planificación familiar en este grupo organizado de mujeres de la aldea Pachay Las Lomas, del municipio de San Martín Jilotepeque, departamento de Chimaltenango.

B) CONTEXTO DE LA ALDEA PACHAY LAS LOMAS, MUNICIPIO DE SAN MARTÍN JILOTEPEQUE, DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO⁴¹

Es una aldea del municipio de San Martín Jilotepeque departamento de Chimaltenango. Se encuentra a 6 kilómetros de distancia de la cabecera municipal y a 17 kms. en línea recta de la cabecera departamental. Su vía de acceso es por medio de la carretera de terracería que conduce de Chimaltenango a San Martín Jilotepeque. La carretera de terracería es transitable en todo tiempo aunque en los meses de mucha lluvia produce peligrosidad porque en ella existen varias cuestas y es rodeada de barrancos.

Según estudio realizado en la comunidad, la población pertenece a la etnia Kaqchikel; su clima es templado, de topografía inclinada, más del 25%.

Los recursos con que cuenta la comunidad son los siguientes:

- a) Humanos: En su mayoría agricultores, comerciantes, existen algunos: albañiles, artesanos, sastres, carpinteros, empleadas domésticas, personas que se dedican a la crianza de ganado o producción de leche.
- b) Naturales: Se producen variedad de plantas tales como el pino, ciprés, gravilea, llamo, encino, medicinales: maña luisa, pericón, manzanilla, yerba buena, etc. y flores, los animales más comunes son: la gallina, la vaca, el caballo, el gato, el perro, el conejo, el cerdo, el pato.

En las comunidades de San Martín Jilotepeque se produce la cal y la leña la que comercializan principalmente las mujeres en los mercados locales.

La población se dedica principalmente a la agricultura, la que les produce en forma escasa el sostenimiento de sus hogares, debido a la falta de capital para la inversión en sus siembras, a la falta de asesoría técnica y en unas partes a la poca fertilidad de la tierra, además a la venta de leña, cal y pino en los lugares vecinos o en la cabecera departamental.

⁴¹ datos tomados de diagnósticos participativos comunitarios realizados por Asociación Kichin Konojel, Aprosadse, Asecsa y AMIDI durante los años 1,999 y 2,001 y observación personal durante el trabajo de campo en Julio de 2,002.

Sin embargo existe parte de la población que se dedica a otras actividades, pero aunque en un porcentaje menor existen casos en los cuales los jóvenes y hombres principalmente emigran a la ciudad ya sea a la cabecera departamental de Chimaltenango, San Lucas Sacatepéquez o Guatemala para poder obtener un empleo ya sea en las maquilas, obras de construcción o alguna otra ocupación que les produzca ingresos, esto sucede principalmente en los meses de enero a noviembre.

Existen también personas que han emigrado a los Estados Unidos de América. En esta comunidad la Fundación ULEU esta trabajando actualmente en programas de créditos agropecuarios sin embargo han existido en el pasado otras ONG's.

Los principales problemas que afronta la población son: la falta de agua potable, falta de medios de comunicación, falta de una educación adecuada, falta de maestros, falta de energía eléctrica, pobreza y emigración (desintegración indirecta del hogar).

La presencia institucional ha provocado en muchos casos, el paternalismo, tanto de las ONG's como de los beneficiarios.

Un detalle de sus características son las siguientes: Población, grupos étnicos y empleo.

1. El número aproximado de habitantes de las comunidades: 1,584 personas.
2. Grupos étnicos que existen en la comunidad: Kaqchiquel.
3. Los niveles de ingresos promedio:
 - En la Agricultura: Q20.00 x día
 - En la Albañilería: Q50.00 x día
 - En el Comercio: Q30.00 x día
 - En el Transporte: Q50.00 x día
 - En esta comunidad no se les paga lo mismo a un hombre que a una mujer:
 - ✍ Por el trabajo
 - En esta comunidad no gana un hombre lo mismo que un niño/niña o joven:
 - ✍ Por poca fuerza y experiencia.
4. Las ocupaciones principales en la comunidad son: Agricultor, Comerciante y Jornalero.
 - En la comunidad 30 personas salen a trabajar fuera, dirigiéndose a la ciudad capital de Guatemala. Solo una parte de la familia sale todas las semanas y regresan cada 8 días, 3 personas trabajan en Estados Unidos.
5. El porcentaje aproximado de crecimiento de la población: es de 38 niños o niñas por año.

6. El porcentaje aproximado de mortalidad de la población: 2 personas por año.
7. El porcentaje de población que trabaja, que está desempleado o subempleado: 60% trabajan en la comunidad, 30% subempleado, 10% desempleado.

Recursos naturales y principales actividades productivas de la comunidad

8. Recursos naturales existentes en la comunidad:

a) Minerales: Piedra, Arcilla, Arena

b) Tipos de suelos:

Las Tierras agrícolas son de segunda

Existen Tierras forestales (bosques)

Uso de la leña. Cantidad de árboles que se cortan por familia: 1 árbol x familia.

Hay Tierras comunales

Se utilizan recursos alternativos (estiércol, orina, etc.)

c) Recursos hidráulicos:

En las comunidades se cuenta con ríos, Nacimientos, Manantiales o Fuentes de agua, pozos excavados, chorros llenacántaros.

9. Principales actividades productivas de la comunidad:

9.1 Cultivos agrícolas: Maíz, frijol, café.

9.1.1 Monocultivos o policultivos: Practican el policultivo.

9.1.2 Siembran solos o asociados con otras familias: Todos trabajan en forma individual.

9.1.3 Cuerdas cultivadas por familia: Dos cuerdas x familia.

9.1.4 Quintales cosechados por cuerda sembrada: 6 de maíz; 2 de frijol y 6 de café.

9.1.5 Cosechas por año: Una

- La cosecha se utiliza para consumo propio, para semilla, muy poco para venta en el mercado local.
- Para los cultivos de maíz, frijol, café, se utiliza semilla mejorada o certificada, también se utilizan fertilizantes químicos en el maíz.

9.1.6 Para las cosechas de maíz, se contrata mano de obra no calificada, en los meses de mayo, junio y septiembre; en la siembra, limpia y calza de la milpa.

9.1.7 No se compra semilla y el fertilizante lo compramos en el pueblo.

9.1.8 La población no tiene posibilidades de crédito para sembrar y cosechar.

9.2 Actividades Agropecuarias:

9.2.1 Los animales que poseen en su casa son gallinas y cerdos.

9.3 Las principales actividades comerciales son: venta de Leña.

9.4 Servicios: Radio.

10. La fuente de energía más utilizada en la comunidad: Candelas, Gas, Candiles, Leña.

11. Proyectos de desarrollo:

Gobierno: Viveros, plantas medicinales, estufas mejoradas.

ONGs: Kichin Konojel, ASECSA, Uleu, APROSADSE

12. La tenencia de la tierra en la comunidad: Propia, por herencia familiar.

13. Los principales problemas de la tenencia de la tierra: Ninguno.

14. Los principales aspectos positivos para lograr un mayor desarrollo de la comunidad son la buena organización que existe.

15. Las organizaciones que existen en la comunidad:

- Grupos de Mujeres - Comité de salud
- Grupos de catequistas - Grupos de la espiritualidad maya

16. No tienen personalidad jurídica, con excepción del grupo de mujeres.

17. Las organizaciones comunitarias no participan de ninguna forma en la toma de decisiones de la municipalidad porque en general no apoya.

18. Si hay comunicación con los Alcaldes Auxiliares para la toma de decisiones.

19. Las funciones o actividades que realizan los alcaldes auxiliares en la comunidad son: Citar a las personas a reuniones, entrega de telegramas, velar por que se resuelvan los problemas.

20. No se han presentado proyectos por las comunidades para ser ejecutados por la municipalidad o el gobierno, a través de la gestión de los líderes comunitarios y Alcaldes Auxiliares.

21. Los proyectos que existen son escuela, carreteras.

22. Los proyectos más necesarios o prioritarios para el desarrollo de la comunidad: En Salud; En Programas De Crédito

Las principales formas de comunicación entre y hacia las comunidades son: correo, Telegrama, Avisos por medio de Alcaldes Auxiliares.
No existe apoyo entre las comunidades cercanas a través de los alcaldes auxiliares porque hay diferencias.
Sí se ha recibido ayuda del Estado.
No hay rivalidades o problemas entre las comunidades.

Participación de la mujer:

La mujer en la comunidad tiene organizaciones propias, para lograr proyectos y lograr un buen desarrollo con su participación en organizaciones comunitarias.
Logros en la participación de la mujer en la comunidad: Experiencia en reforestación y plantas medicinales.
Se ha logrado involucrar a la mujer en la toma de decisiones de la comunidad.
Instituciones y grupos que trabajen proyectos de y para la mujer: AIRES, AMIDI, CRIAS, APROSADSE.

Educación:

Escuelas: 1.
Las clases son impartidas por maestros.
El niveles que se imparte es primaria y su población estudiantil es de 100 alumnos o alumnas.
En promedio 10 HOMBRES y 15 MUJERES de cada 100, no saben leer ni escribir.

Saneamiento, salud y seguridad alimentaria ->

Las comunidades cuentan con: Letrinas, sanitarios, utilizando la basura como abono.
Cuenta con agua potable, además utilizan agua de pozos, ríos, nacimientos, y la hierven para tomarla.
Servicio de salud: En las comunidades utilizan medicina natural o casera, hay Botiquín Comunitario, promotores/as de Salud, curandero/a, huesero o sobador, trabajo del SIAS o guardián de la salud.
El servicio más frecuentemente utilizado es el promotor de salud.
En la misma comunidad se encuentra servicio de salud.
Los que se dedican a atender los servicios de salud en la comunidad son: Promotores de Salud, Curanderos, Naturistas y Comadronas.
Organizaciones que colaboran con la seguridad alimentaria de la comunidad: No hay.

Principales enfermedades que sufre la población de la comunidad:

Niños y niñas: IRA (infecciones respiratorias agudas)
Jóvenes y señoritas: dolor de cabeza, Ira.
Mujeres adultas y ancianas: Artritis, IRA.

44. Desnutrición: Niños/as: De cada 10: 3
Adultos: De cada 10: 3

Necesidades, demandas y gestiones para mejorar el trabajo de la comunidad

45. Nuevos proyectos o peticiones que están haciendo o van a hacer para conseguir más o nuevos fondos para su trabajo o funcionamiento: Proyectos para el fortalecimiento del sistema financiero integral proyectos pecuarios y de salud comunitaria.

47. Actividades o proyectos a que se dedicarán en los próximos 3 años en salud comunitaria, agricultura, pecuario o desarrollo de la comunidad:
Demandas de necesidades de las comunidades, que propicien un desarrollo integral y basadas en condiciones de los donantes para que sigan apoyando este tipo de proyectos.

48. Aspectos, asuntos o temas del trabajo que considere más urgente o importante solucionar en su comunidad para el próximo año o los próximos 3 años: Capacitación en: Desarrollo comunitario, de educación, organización, de economía.

49. Propuestas para mejorar el trabajo, la relación y la participación que la comunidad tiene actualmente en las actividades y proyectos de la Asociación:

- Capacitación constante del personal de acuerdo al cargo que desempeña;
- una dirección más activa de los trabajos de la Asociación.

C) PERFIL DE LAS MUJERES INDÍGENAS DE ALDEA PACHAY LAS LOMAS, MUNICIPIO DE SAN MARTÍN JILOTEPEQUE, DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO, PARTICIPANTES EN EL PRESENTE ESTUDIO.

El 52% son casadas; 4% unidas; 44% viudas; 80% se identifican o reconocen como m aya kaqchikel; 12%, mestizas o ladinas y 8%, de otro grupo étnico (sin especificar).

El 100% es católica o practica la religión católica; asistiendo el 40%, una vez a la semana a la iglesia; 4%, cada quince días; el 12% lo hace dos veces a la semana; otro 12%, asiste 3 veces a la semana; 20% una vez al año; el 8%, sólo en momentos especiales y el 4%, nunca.

Es decir, que el 64% practica con una frecuencia semanal su religiosidad en su iglesia y 4% cada quince días, lo que representa una disciplinada práctica y seguimiento de la mayoría a su respectiva iglesia.

El 60% de las mujeres de la aldea no tiene cargo en la comunidad; 16% sí lo tiene en su cofradía religiosa; 8% lo hace como vigilante de salud por el Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS- y otro 16% no respondió a esta pregunta.

Mientras que en la asociación AMIDI, el 72% son asociadas o miembros activas; 4% lo hace como secretaria; 8% lo hacen como encargadas de aves y huevos; 4% es tesorera; 4% es Presidenta y sin ningún cargo, el 8% del total.

En cuanto a su alfabetismo en idioma español: el 52% lo lee y escribe mientras que el otro 48% no lee ni escribe español.

Sólo el 8% lee y escribe en su idioma Maya; 84% no lo puede hacer y 8% no respondió a la pregunta.

Sólo 4% alcanzó el tercer grado del nivel básico o secundaria; 8%, cuarto primaria; 20%, el tercer grado de primaria; 24%, el segundo grado de primaria y 20% el primer grado de primaria. Un 24% no ha cursado ningún grado escolar.

Varias de las entrevistadas tienen más de una ocupación, dentro o fuera de su núcleo familiar. De esta forma, se encontró que 37.28% realizan trabajos en el hogar; 8.17%, lo hacen en la agricultura; 8.47% como costurera y/o tejedora; 8.47% en la crianza de animales; 8.47% en la maquila.

En sus Ingresos Mensuales, el 68% no recibe ninguna cantidad o forma de ingreso; 20%, de Q 80.00 a Q 200.00 y 12%, de Q 201.00 a Q 400.00.

Porqué? Las opiniones expresadas fueron: ..." depende de los hijos e hijas, ellos son los que trabajan; no hago trabajos que den ganancia; Cocino, lavo ropa y cuido a los hijos e hijas; la casa no da ganancias; Lo que cultivo es para el consumo...."

Otra modalidad de ingresos investigada es si las mujeres reciben dinero de algún familiar que esté en Estados Unidos, habiendo encontrado que solamente una de ellas lo recibe, aproximadamente unos Q 200.00 al mes.

Entre las condiciones de vida, la propiedad de vivienda se encuentra distribuida así: 60% tiene casa propia aunque 28% más la identifica como de su esposo, pareja o conviviente; 12.5% la cataloga como recibida de una herencia o donación.

Ninguna de las viviendas es alquilada o la está pagando mensualmente la persona que la habita.

Los servicios con que cuenta la vivienda son: luz eléctrica, 100%; ninguna tiene teléfono; 48% tiene televisión; 1 cuenta con refrigeradora; 60% tiene radio; 76% cuenta con agua potable; 84% con letrina o sanitario; ninguna tiene drenajes; 8% dispone de basurero; 76% dispone de cocina separada de las habitaciones o dormitorios; 48% tiene varias habitaciones; 68% cuenta con lugar aparte para sus animales domésticos y en 28% existe una bodega específica para guardar granos básicos o productos agrícolas.

La composición de la familia o el hogar y rol que desempeñan las mujeres entrevistadas dio el siguiente resultado: la mayoría, 56%, vive con su esposo e hijos e hijas. Sólo 24% tiene otro familiar en el seno de su hogar.

En proporción, cada hogar o familia tiene 4.44 hijos o hijas. Por lo tanto, el 56% de hogares es de 6 integrantes, entre padre, madre e hijos e hijas.

Los hijos varones se ubican entre las edades de 2 y 7 años (3.38% cada caso); de 3, 4, 5 y 9 años (1.69% respectivamente); de 8 y 10 años (5.08%, cada caso).

Las hijas, se encuentran comprendidas en las siguientes edades: de 1, 4, 6 y 10 años (1.92% cada caso); de 3, 5, 7 y 11 años (3.84% respectivamente); de 8 y 9 años, el 7.69%, cada caso.

D) EMBARAZO Y MORTALIDAD INFANTIL

A la pregunta de si alguna vez cuando quedó embarazada, quería usted quedar embarazada?, el 32% respondió que en ese entonces sí lo deseaba; el 8%, no lo deseaba; 28% quería esperar hasta más tarde; 4% no quería esperar hasta más tarde; y 28% no quería tener más hijos e hijas.

Las razones que explican estas respuestas, según las entrevistadas, son:"pero cuando se casan es para eso; pero para casarse hay que tenerlos; sólo quería 3 ó 4 hijos o hijas; ya no, sólo quería pocos, no dijo cuántos; aunque una no quisiera, pero el destino lo determina..."

Dos mujeres (8%) han tenido algún embarazo que haya terminado en perder el niño o niña que estaba esperando; 16 (64%) han tenido un aborto en alguno de sus embarazos anteriores.

Dicha situación se produjo: ..."Cuando ya tenía 2 hijos o hijas fue por antojo; Después del segundo; Después del sexto hijo o hija; Hace más de 25 años; Hace más de 22 años (2); Cuando iba a tener el quinto; Con el segundo; Hace más de 24 años..."

A 22 mujeres (88%) se les ha muerto alguno (s) de sus hijos o hijas nacidos vivos

Esto muestra una alta tasa de mortalidad infantil en la mayoría de casos de la muestra entrevistada.

Por qué causa murieron: ..."Venía atravesado, me operaron por eso; Venía de pie, se ahogó, tardó mucho; Vómitos de repente 3; Por diarrea. 2; Calentura y el otro por la guerra; Calentura diarrea, el otro y la violencia; Hinchazón; Por secuestro en la violencia; 2 porque se les cayó la casa encima en el terremoto y el otro por enfermedad; Tos ferina; No sé porque solo vivió tres días; Calentura y diarrea; En la guerra..."

E) ACCESO A INFORMACIÓN Y MEDIOS DONDE LA HA OBTENIDO

En cuanto al Acceso a información y medios donde la ha obtenido se encontró durante el proceso de entrevistas que: el 16% escucha noticias cada día; 16% lo hace algunas veces en la semana y el 68% sólo lo hace algunas veces en el mes

El acceso a información, el 76% de mujeres entrevistadas lo tiene por medio de la radio; el 12% por medio de la televisión y 12% no respondió a la pregunta.

El 32% de mujeres entrevistadas Escucha o ha escuchado en esos medios de información, sobre salud y planificación familiar mientras que el 36% no recuerda haber escuchado ese tipo de información y un 28% sólo lo ha hecho algunas veces. El 4% no respondió a la pregunta.

Respecto a los métodos de planificación familiar y su uso, las mujeres entrevistadas definen a la planificación familiar como:

- No sabe o no conoce (7)
- Espaciar los embarazos (5) ya que sufren los niños o niñas y mayor gasto a los padres; espaciar los embarazos pero de manera natural.
- No tener muchos hijos o hijas o tener pocos hijos o hijas (4)
- No tener hijos o hijas (4)
- Son los métodos para prevenir los embarazos (2)
- No hay que tener bastantes hijos o hijas para tener una salud buena de la mamá y de los hijos o hijas
- Para cuidarnos, no arriesgarnos
- Hay que tener comunicación con la pareja, tomar pastillas para espaciar los embarazos
- Que los hombres no embaracen a las mujeres
- Que un hombre y una mujer estén juntos
- No me gusta
- Para detener los embarazos

La mayoría de mujeres participante en la muestra entrevistada no conoce, no sabe o no le gusta, lo cual demuestra poco acceso a conocimientos e información sobre métodos de planificación familiar.

Cuando se preguntó a las mujeres si estaban de acuerdo con la planificación familiar, el 59% sí lo está, por las razones siguientes:

- Cuando haya acuerdo entre los dos.
- Es importante pero mi esposo dice que no, no usamos. El dice que estamos casados y hay que tener hijos o hijas.
- Es bueno, se tienen pocos hijos o hijas.
- Se puede dejar o dejarles a nuestros hijos o hijas educación, tiene que ser una decisión de ambos.
- Ayuda a no gastar mucho.
- Una de mujer hay más felicidad ya que con niños o niñas pequeños cuesta cuidarlos.
- Permite cuidarnos y no tener más hijos o hijas.
- Nos ayuda a mantener la familia.
- Para no tener tantos hijos o hijas.
- Para darles mejor salud a los hijos o hijas y evitar que se enfermen.
- Evita que las mujeres se enfermen y el embarazo.
- Pero con los métodos naturales porque no le hacen daño a la salud.
- Porque previenen embarazos.

El 32% de mujeres entrevistadas que no está de acuerdo con los métodos de planificación familiar, lo hacen por las razones siguientes:

- Porque no entiende de qué se trata (2)
- Es pecado: los hijos o hijas son bendición y por ellos tenemos qué comer. porque Dios dijo multiplicad y llenad la tierra.
- Uno tiene que hacer lo que dice Dios.

El 9% no acepta los métodos de planificación familiar porque no sabe.

El 52% de mujeres participantes en la muestra entrevistada ha tenido información sobre métodos de planificación familiar, distribuidas sus fuentes de información así: 24% por medio de la radio; 4% en la televisión; 32% en los periódicos; 4% por medio de folletos y 8% por medio de capacitaciones sobre el tema.

Las mujeres que han recibido dicha capacitación sobre métodos de planificación familiar, indican que ha sido en AMIDI en un 33%; 33% en el SIAS; 20% en su aldea (Pachay Las Lomas) sin especificar por parte de qué organización o entidad y 13.33% en ASECSA.

Recopilando la cantidad de capacitaciones recibidas sobre el tema, se encuentra que en promedio cada mujer ha participado **en 3 eventos** respectivamente.

F) SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SU USO

Sobre qué métodos de planificación familiar conoce, las respuestas obtenidas fueron las siguientes:

Pastillas o píldoras para tomar	20%
No conoce ninguno	17 %
Inyección	13 %
Preservativo o condón	13 %
El ritmo, calendario o abstinencia periódica (no tener relaciones en los días que más posibilidades hay de que la mujer quede embarazada)	11 %
DIU o T de cobre	5.5 %
Esterilización femenina (Operación)	5.5 %
Esterilización masculina	5.5 %
Lactancia materna a su recién nacido.	4 %
Diafragma, espuma o tabletas	2 %
Retiro o Interrupción de la relación sexual	2 %
Otros métodos (Plantas medicinales, aguacate)	2 %
No Respondieron	2 personas.

Respecto a cuáles de estos métodos ha utilizado usted o su pareja, esposo o conviviente para evitar quedar embarazada, el 52% no respondió; 28% dijo que ninguno; 12%, el ritmo y 4%, respectivamente, el método natural o calendario y las pastillas o inyección.

Al empezar a utilizar métodos de planificación familiar, el 54.54% tenían hijos o hijas; se encontraban entre las edades de 19 a 40 años; habían empezado a utilizar dichos métodos alrededor del año 1,978 (las más antiguas en dicho uso) y el año 2,000 (las más recientes).

Si no ha utilizado ninguno de esos métodos, ha hecho algo o ha usado alguna otra cosa usted o su esposo, pareja o conviviente para no quedar embarazada,

- o No, mi esposo no dejaba.
- o no (4)
- nada, lo que Dios diga
- Nada porque no tengo marido
- Nada porque el esposo está muerto

cuáles serían las tres razones principales por las cuales usted ha utilizado alguna vez métodos de planificación familiar.

- ya no tengo seña o menstruación
- estoy sola, viuda
- para no sufrir con el cuidado de los niños o niñas
- para que los niños o niñas crezcan sanos.
 - o para evitar más gastos al esposo
 - o para no tener hijos o hijas más seguidos
 - o estoy operada por poca distancia
 - o cuidar bien a los dos niños o niñas
 - o porque quería tener bastantes hijos o hijas
 - o es la voluntad de Dios.
 - o porque no sé leer ni escribir
- para prevenir los embarazos
 - o ya tenía muchos hijos o hijas

Ha dejado de utilizar dichos métodos de planificación, el 16% por las razones siguientes:

- o Ya no tengo menstruación.
- o Las pastillas me hizo adelgazar y ya no había, me descontrolé y resulté embarazada con el segundo
- o Decidió tener otro hijo o hija; en la actualidad tiene 5 hijos o hijas.
- o Ha quedado embarazada.

I. Cuáles son las razones por las que usted ha seguido utilizando (continuidad) métodos de planificación familiar con su pareja, esposo o conviviente.

- Preferimos usar método natural ya que la religión no permite utilizar método artificial...
 - o La inyección tiene más tiempo y fácil de controlar la fecha.
 - o La inyección no me afecta en nada.
 - o No tener más hijos o hijas...
 - o Para protección.
- Para no tener muchos hijos o hijas

Ha tenido apoyo para poder utilizar o seguir usando dichos métodos de planificación familiar

Por parte de su esposo, pareja o conviviente,	16%
Por otras personas de la comunidad	8%
No respondieron	76%

Ha tenido problema por utilizar o seguir usando dichos métodos de planificación familiar,

Por parte de su esposo, pareja o conviviente	38.4 %
Por parte de sus padres	30.76 %
Por su suegro/suegra	23.07 %
Por otras personas de la comunidad	7.69 %

Cómo ha conseguido dichos métodos de planificación familiar

Puesto de Salud	4%
Con la comadrona	8%

G) USO EN EL FUTURO (CONTINUIDAD O NO) DE UN MÉTODO PARA EVITAR QUEDAR EMBARAZADA.

Piensa usar en el futuro un método de planificación familiar para evitar quedar embarazada

Sí, 32%

Las razones que expresaron las mujeres fueron:

- Tantos niños o niñas; si no le damos a los niños o niñas lo que quieren es un gran pecado
- La inyección no me ha caído bien, pienso probar con la T de cobre
- Nos ayudaría para no tener más hijos o hijas, y darle lo necesario a los hijos o hijas.
- Ya no quiero tener más hijos o hijas (2),
- Ha hablado con el esposo para hacerlo
- Para cuidarme
- Estoy bien

NO, 40%

Por razones como las siguientes:

- Porque ya soy grande de edad (3)
- Ya no puedo tener hijos o hijas
- Mi esposo ya no quiere
- Soy viuda
- La edad y situación de estado civil
- Ya estoy sola
- Ya no tengo menstruación
- Mi esposo talvez me regañe

No respondieron 28%

Cuáles son las razones principales por las que las mujeres indígenas en esta comunidad no aceptan el uso de métodos de planificación familiar en su salud personal.

De tipo cultural

14	Los esposos no dejan; entonces hay que capacitarles. El esposo influye en que no participen las mujeres para recibir información sobre métodos de planificación familiar; el esposo manda en la casa; el hombre no quiere por experiencia personal; los esposos no quieren. Hay madres que no quieren hablar sobre los métodos de planificación familiar	63%
3	La familia no le gusta; depende de cada familia, de su pensamiento; porque los padres inculcaban que es pecado no tener los hijos o hijas que Dios mande;	14%
3	Porque piensa que hacen daño y afectan a la salud	14%
2	Es malo	9%

De tipo religioso

11	Por la religión; La religión dice que no es bueno; La iglesia dice que es malo	69%
3	El padre (sacerdote) aconseja que Dios dice cuántos hijos o hijas debemos tener; porque en las reuniones de prédica (el sacerdote) dice que es malo.	19%
1	No lo permite la mayoría; son católicos 99 %	6%
1	El esposo hace caso a la iglesia y regaña	6%

De tipo económico

	Cuesta caro; se gasta mucho	100 %
--	-----------------------------	-------

De tipo educativo

13	Falta de información; las mujeres no los conocen; muchas mujeres no tienen información; no hay conocimiento ni entendimiento	93%
----	--	-----

1 Las mujeres no entienden el castellano 7%

Otras razones

10 Falta de información 100%

La muestra de mujeres participantes en la investigación se compuso de un 52% de personas casadas; 4% unidas y 44% viudas lo cual permitía abordar aspectos de su sexualidad, vida de pareja, composición y rol en su hogar o familia nuclear de una manera cercana a la realidad imperante en la zona del estudio.

El alto porcentaje de viudas tuvo su peso en las respuestas obtenidas ya que muchas de ellas tienen dicha condición desde los años 1983 en adelante a causa de la violencia sufrida por el conflicto armado interno, el cual afectó con mucha fuerza a dichas comunidades y al departamento.

Este sector de las mujeres entrevistadas tienen poco interés reciente o futuro en los métodos de planificación familiar no tener una vida de pareja o por la edad de cada una de ellas.

En el caso de las mujeres casadas o unidas (unión de hecho) que alcanzaron el 56% del total de mujeres participantes en la muestra, sus respuestas, actitudes y situaciones vividas, antes, ahora o sus intenciones de futuro respecto a los métodos de planificación familiar, muestran similitudes muy valorables ya que tienen vivencias y reclamos muy coincidentes en lo religioso, social-comunitario, económico, cultural y de género.

De tal manera que las mujeres participantes, aún con 3 estados civiles diferentes en cuanto a su vida familiar y de pareja, son representativas del conjunto de mujeres indígenas kaqchikeles en la aldea donde se realizó el estudio y puede proyectarse los datos de esta investigación a otros municipios de la región sociolingüística kaqchikel no sólo del departamento de Chimaltenango sino de Sololá, Sacatepéquez y del área metropolitana del departamento y municipio de Guatemala donde también residen otras mujeres indígenas de este mismo grupo étnico.

Tomando en cuenta que la mayoría (80%) se identifica o reconoce como maya kaqchikel los resultados de la investigación validan los objetivos general y específico y el enfoque sobre las sujetas de estudio previstos en el protocolo de Tesis, pudiendo darle legitimidad a estos datos como relevantes y aplicables a las mujeres indígenas kaqchikeles de dicha región sociolingüística.

Así la presente tesis logra el objetivo de aportar un estudio reciente con la credibilidad empírica necesaria para conocer de mejor manera la situación de las mujeres indígenas kaqchikeles en cuanto al uso y continuidad de los métodos de planificación familiar en su vida sexual y reproductiva.

Un dato que explica el comportamiento cultural respecto al uso o no de los métodos de planificación es el referente a la creencia o práctica religiosa que muestran el 100% de las mujeres entrevistadas, ya que son católicas y tienen una asistencia frecuente a la iglesia respectiva (40% lo hace una vez a la semana, 12% dos veces y 12% 3 veces a la semana) sumando un 64% que tiene una asistencia frecuente a su comunidad o congregación religiosa.

Lo que representa una disciplinada práctica y seguimiento de la mayoría a su respectiva iglesia y al líder, funcionario o ministro religioso respectivo.

El 60% de las mujeres de la aldea no tiene cargo en la comunidad lo que las hace seguir instrucciones o resoluciones del grupo mientras que 16% sí lo tiene en su cofradía religiosa con lo cual se confirma el dato de pertenencia religiosa de varias de las entrevistadas.

En la asociación AMIDI, el 80% son asociadas o miembros activas y el 20% tienen algún cargo directivo como secretaria, encargadas de aves y huevos, tesorera y Presidenta.

En cuanto a su manejo o conocimiento del idioma español sólo el 52% lo lee y escribe mientras que el otro 48% es analfabeta en dicho idioma pero el 84% lo es respecto a su idioma maya.

Respecto al nivel de escolaridad alcanzado a la fecha de la entrevista personal, 24% no ha cursado ningún grado escolar y sólo 4% alcanzó el tercer grado del nivel básico o secundaria. En total, el 64% se ubican en el promedio nacional de haber llegado a 3er. Grado de primaria mostrando una vez más el poco acceso de las mujeres a niveles de escolaridad aceptables para la época histórica que estamos viviendo.

En el caso del rol ocupacional que juegan las mujeres en su hogar, varias de las entrevistadas tienen más de una ocupación, dentro o fuera de su núcleo familiar, siendo la mayoría (37.28%) quienes realizan trabajos en el hogar o relacionados con la ocupación del esposo o pareja de vida como es el caso frecuente en el área rural de labores en la agricultura; como costurera y/o tejedora (enfocadas casi siempre a las necesidades familiares), la crianza de animales, etc.

Por lo tanto, el 62.39% de las participantes en el estudio desempeñan labores relacionadas con la economía familiar complementando con su esfuerzo el trabajo de su pareja o esposo.

Únicamente el 8.47 % participa en labores ocupacionales que signifiquen cierta independencia económica como lo constituye la maquila.

La exclusión clasista y de género que sufren las mujeres en el mundo y en Guatemala se expresa en las mujeres kaqchikeles entrevistadas ya que la mayoría (68%) no recibe ninguna cantidad o forma de ingreso y el 88% se encuentran en la línea de extrema pobreza (menos de un dólar de ingresos diarios) al indicar que lo más que les pagan oscila entre Q 80.00 Q 200.00.

En sus propias palabras, esto se expresa en términos como..." no hago trabajos que den ganancia; cocino, lavo ropa y cuido a los hijos; la casa no da ganancias; Lo que cultivo es para el consumo..."⁴²

Las remesas familiares que tienen un alto impacto en la subsistencia de miles de familias en el país no se refleja en las entrevistadas ya solamente una de ellas recibe aproximadamente unos Q 200.00 al mes proveniente de algún familiar residente en los Estados Unidos.

En cuanto a propiedad de vivienda se encontró que 60% tiene casa propia aunque 28% más la identifica como de su esposo, pareja o conviviente lo cual las hace más dependientes en su relación matrimonial o de unión de hecho.

En algunos servicios las viviendas muestran cierto nivel de desarrollo, como por ejemplo, contar con luz eléctrica (100%); 84% tiene letrina o sanitario; 76% dispone de agua potable y de cocina separada de los dormitorios; 68% cuenta con lugar específico para guardar granos básicos o productos agrícolas; 60% tiene radioreceptor y 48% tiene televisión.

Ninguna vivienda tiene drenajes lo cual es un gran problema de salubridad.

La mayoría, 56%, vive con su esposo e hijos e hijas desempeñando el rol de madre y ama de casa.

Se encontró que cada hogar o familia tiene 4.44 hijos o hijas, teniendo el 56% de hogares de las mujeres entrevistadas cerca de 6 integrantes.

En resumen: si bien las viviendas muestran un nivel de ciertas comodidades o servicios, la situación de las mujeres entrevistadas muestra las características de subordinación genérica, de no remuneración por su trabajo y de dependencia socioeconómica que les limita en el ejercicio de sus derechos en todos los campos y por lo tanto, también en el plano de su sexualidad y salud reproductiva.

⁴² Entrevistas de campo, Julio de 2,002 en la zona de estudio.

Las mujeres entrevistadas expresaron que en un 64% no hubieran deseado quedar embarazadas cuando les sucedió algunos de sus embarazos, por razones como "quería esperar hasta mas tarde; no quería tener mas hijos o no deseaba quedar embarazada", lo cual indica que una adecuada información, acceso y uso de los métodos de planificación familiar hubiera sido beneficioso para la toma de decisiones sobre los embarazos en la mayoría de mujeres participantes en el estudio.

Las razones que explican estas respuestas, según las entrevistadas, muestran un cierto nivel de determinismo o fatalismo al indicar que "... cuando se casan es para eso; ya no, sólo quería pocos; aunque una no quisiera, pero el destino lo determina..."

Destaca que el 64% de mujeres entrevistadas han tenido un aborto en alguno de sus embarazos anteriores a la entrevista lo cual puede tener relación con embarazos no producidos o atendidos tomando en cuenta la salud reproductiva y sexual de las mujeres.

También es relevante el hecho que al 88% de mujeres participantes en el estudio se les ha muerto alguno (s) de sus hijos o hijas nacidos vivos. Esto muestra una alta tasa de mortalidad infantil en la mayoría de casos aunque algunas de estas muertes se han debido a causas de enfermedad, violencia o desastres naturales.⁴³

Relacionando las respuestas obtenidas en el apartado de la guía de entrevista en cuanto al acceso a información y medios donde la ha obtenido, el 68% de mujeres indicó que sólo lo hace [escuchar noticias] alguna vez en el mes; el 76% lo hace por medio de la radio pero solamente el 32% del total escucha o ha escuchado en esos medios de información, sobre salud y planificación familiar, se entiende de mejor manera el alto desconocimiento de información específica sobre métodos de planificación familiar y su vinculación con la salud sexual y reproductiva de cada una de ellas.

Este dato se refuerza con el hecho que en la mayoría de respuestas sobre cómo definen las mujeres entrevistadas a los métodos de planificación familiar y su uso, la mayoría no los conoce o no sabe en qué consiste (28%) y otro 28% lo identifica como métodos para espaciar los embarazos; 20% los asocia con no tener muchos hijos o tener pocos hijos y otro 20% con no tener hijos. Sólo 4% indicó que no le gusta.

A pesar de dicho desconocimiento y poco acceso y uso de métodos de planificación familiar, en su mayoría, el 59% de mujeres sí están de acuerdo con la planificación familiar, por razones como "... cuando haya acuerdo entre los

⁴³ Entrevistas de campo, Julio de 2,002

dos; es bueno, se tienen pocos hijos; se puede dejar o dejarles a nuestros hijos educación, tiene que ser una decisión de ambos; ayuda a no gastar mucho; una de mujer hay más felicidad ya que con niños pequeños cuesta cuidarlos; permite cuidarnos y no tener más hijos; nos ayuda a mantener la familia; para no tener tantos hijos; para darles mejor salud a los hijos y evitar que se enfermen; evita que las mujeres se enfermen y el embarazo; pero con los métodos naturales porque no le hacen daño a la salud; porque previenen embarazos”.

En estas respuestas se mezclan razones económicas, relaciones de igualdad de género en las decisiones de la pareja, el beneficio para los hijos y la salud de las mujeres, etc.

Comparando las respuestas de aceptación de la mayoría con las del 32% de mujeres entrevistadas que no está de acuerdo con los métodos de planificación familiar, vemos que sus razones en gran medida se basan en motivos religiosos o falta de información y conocimiento (la mayoría) de dichos métodos.

Se encontró durante la investigación realizada que el 52% de mujeres participantes en la muestra entrevistada ha tenido información sobre métodos de planificación familiar por medio de los periódicos (32%); por la radio (24%); 4% por la televisión; 4% por medio de folletos y 8% por medio de capacitaciones sobre el tema.

Esto se puede explicar por su nivel de participación organizada (acceso a periódicos, folletos y capacitaciones) ya que en su momento identificaron a nivel individual, en un 32%, a la radio como una fuente de información sobre dichos métodos de planificación familiar.

La importancia de la información recibida por medio de capacitaciones específicas sobre el tema se demuestra al indicar que las mujeres que ha sido en AMIDI en un 33%; 33% en el SIAS; 20% en su aldea (Pachay Las Lomas) sin especificar por parte de qué organización o entidad y 13.33% en ASECSA, lo cual refleja que varias organizaciones han venido trabajando o actuando en este aspecto de la salud sexual y reproductiva de las participantes en la investigación.

Se encontró que en promedio cada mujer ha participado en 3 eventos de capacitación sobre métodos de planificación familiar respectivamente, lo cual ha permitido una asimilación básica o inicial sobre el tema.

En cuanto a los métodos de planificación familiar más conocidos por las mujeres entrevistadas, fueron los siguientes: Pastillas o píldoras para tomar (20%); Inyección (13%); Preservativo o condón (13%) y el ritmo, calendario o abstinencia periódica (11%) y con 5.5% cada uno, el DIU o T de cobre, Esterilización femenina (Operación) y la Esterilización masculina, lo cual coincide en gran medida con los

resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de 1,998-1,999 en la mayoría de regiones del país.

Cuando se preguntó a cada una de las entrevistadas, cuáles de esos métodos había utilizado o bien los hubiera utilizado su pareja, esposo o conviviente para evitar quedar embarazada, el 52% no respondió lo cual es expresión de alta sensibilidad y falta de costumbre de hablar de estos temas por referirse a la intimidad y vida personal de las mujeres.

Respecto a los métodos que sí habían sido utilizados, aparece como el más mencionado con un 12%, el ritmo y 4%, respectivamente, el método natural o calendario y las pastillas o inyección, reafirmando que son los métodos de planificación familiar más conocidos, aceptados, accesibles o utilizados por la mayoría de mujeres en el país.

Es necesario insistir, para efectos del margen de error que expresa la técnica de recolección de datos utilizada mediante entrevista personalizada, que un 80% no quiso contestar a la pregunta, ya que o no respondió o dijo que ninguno, aunque en las preguntas anteriores habían indicado que sí conocían de estos métodos un 81.45% de las entrevistadas.

Si bien esto puede interpretarse como una contradicción en la actitud de las entrevistadas respecto a ambas preguntas del instrumento utilizado, debe analizarse más en el sentido de un factor cultural a tomar en cuenta cuando se aborda este tema con las mujeres, sea por razones religiosas, de género, etnia o cultura y el largo camino que se debe seguir para que hablar de dichos aspectos de su vida sexual y reproductiva y la correspondiente capacitación, acceso y uso de los mismos no constituya una intervención en su vida privada y su sensibilidad individual.

La investigación encontró que al empezar a utilizar métodos de planificación familiar, el 54.54% de mujeres entrevistadas tenían hijos y se encontraban entre las edades de 19 a 40 años.

Esto es muy ilustrativo de que las mujeres recibieron o conocieron información, tuvieron acceso o utilizaron métodos de planificación familiar luego de tener sus primeros hijos y que quedaron embarazadas, en muchos casos, antes de los 19 años de edad, lo cual demuestra la necesidad de que dichos conocimientos y capacitación se produzca antes que entren a la edad fértil o de actividad sexual para que les sea beneficioso y oportuno.

La investigación encontró que las mujeres que no han utilizado ninguno de esos métodos de planificación familiar, tampoco ha hecho algo o ha usado alguna otra alternativa para no quedar embarazada porque el esposo no dejaba o por ...” lo que

Dios diga".⁴⁴ Lo cual reafirma que el machismo como argumento social y cultural y las creencias religiosas son los principales motivos que explican la actitud de quienes se oponen al uso de los métodos de planificación familiar en beneficio de la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Sobre las tres razones principales por las cuales las mujeres entrevistadas han utilizado alguna vez métodos de planificación familiar, se encontró durante la investigación realizada que son:..." para no sufrir con el cuidado de los niños o niñas; para que los niños o niñas crezcan sanos; para evitar más gastos al esposo; para no tener hijos o hijas más seguidos; cuidar bien a los dos niños; para prevenir los embarazos; [porque] ya tenía muchos hijos o hijas, lo cual vuelve a mostrar diversos factores, tales como de tipo económico, salud sexual y reproductiva de la mujer, bienestar y tamaño de la familia, etc.

El 16% de mujeres entrevistadas indicó que ha dejado de utilizar dichos métodos de planificación familiar por las razones siguientes:..." ya no tengo menstruación; las pastillas me hizo adelgazar y ya no había, me descontrolé y resulté embarazada; decidí tener otro hijo o hija; en la actualidad tiene 5 hijos o ha quedado embarazada." En la que aparecen factores de fallas en la aplicación del método respectivo, edad, decisión de quedar embarazada, etc.

Entre las razones por las que la mujer ha seguido utilizando (continuidad) métodos de planificación familiar con su pareja, esposo o conviviente, las respuestas fueron de cierta diversidad, como:..." preferimos usar método natural ya que la religión no permite utilizar método artificial; la inyección tiene mas tiempo y fácil de controlar la fecha; la inyección no me afecta en nada; no tener mas hijos; para protección y para no tener muchos hijos..."⁴⁵

En estas respuestas se encuentran valoraciones positivas sobre el método natural (ritmo, calendario o abstinencia) y las inyecciones además de no tener más o muchos hijos o hijas y para protección de la salud sexual y reproductiva de la mujer.

De las respuestas obtenidas a la pregunta sobre si ha tenido apoyo para poder utilizar o seguir usando dichos métodos de planificación familiar se infiere que los padres, suegros, suegras, hijos e hijas u otros familiares no le han brindado apoyo para utilizar o seguir usando dichos métodos de planificación familiar.

El esposo, pareja o conviviente sólo lo ha hecho en un 16% y 8% en cuanto a otras personas de la comunidad.

El 76% no quiso dar respuesta a la pregunta lo cual refleja temor o vergüenza de revelar detalles de la vida en pareja o familiar de la persona entrevistada.

⁴⁴ entrevistas de campo, Julio de 2,002

⁴⁵ entrevistas de campo, Julio de 2,002

Las respuestas obtenidas en cuanto a la pregunta sobre si ha tenido problema por utilizar o seguir usando dichos métodos de planificación familiar, demuestran que el núcleo familiar original (padre y madres), su nueva familia (esposo, pareja o conviviente y su suegro o suegra) se oponen al uso de métodos de planificación familiar por parte de las mujeres en la familia.

También se comprueba que dicha actitud le trae problemas a la mujer con su esposo, pareja o conviviente (38.4%); con sus padres (30.76%); con sus suegros o suegras (23.07%) y a ún con otras personas de la comunidad (7.69%), lo cual en alguna medida puede explicar el silencio al responder este tipo de preguntas para no entrar en mayores problemas con la casi totalidad de personas con las cuales convive o se relaciona cotidianamente.

Las entrevistadas al responder a la pregunta sobre cómo ha conseguido dichos métodos de planificación familiar no mencionan al hospital público, hospital, clínica o sanatorio privado, centro de salud, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, el o la promotora de salud, Aprofam, médico particular, farmacia, etc. como personal o instituciones de salud que le proporcionen dichos métodos de planificación familiar, ya que en el caso de las mujeres entrevistadas, no tienen acceso cercano a dicho personal y entidades de salud, sea porque no existen en la aldea Pachay Las Lomas o en la cabecera municipal, San Martín Jilotepeque o porque la condición de pobreza y aislamiento en que viven las mujeres no les permite pagar por dichos servicios o productos.

Caso particular merece mencionar que el o la promotora de salud no son vistos como proveedores de dichos métodos, cuando muchas veces han sido la fuente de información de los mismos hacia las mujeres entrevistadas.

Los únicos actores locales mencionados son la comadrona o partera (8%) y el puesto de salud (4%) en porcentajes poco significativos.

Respecto a si las mujeres entrevistadas piensan usar en el futuro un método de planificación familiar para evitar quedar embarazadas, el 32% respondió que sí por razones como:..."tantos niños; si no le damos a los niños lo que quieren es un gran pecado; la inyección no me ha caído bien, pienso probar con la T de cobre; nos ayudaría para no tener más hijos, y darle lo necesario a los hijos; ya no quiero tener más hijos; ha hablado con el esposo para hacerlo; para cuidarme..."⁴⁶

En cambio, el 40% de mujeres entrevistadas no piensan usar en el futuro un método de planificación familiar para evitar quedar embarazadas por razones como: ..." ya soy grande de edad; ya no puedo tener hijos; mi esposo ya no quiere; soy viuda; la

⁴⁶ Entrevistas de campo, Julio de 2,002

edad y situación de estado civil; ya estoy sola; ya no tengo menstruación; mi esposo tal vez me regañe”.

Finalmente, las mujeres entrevistadas fueron nuevamente preguntadas sobre cuáles son las razones principales por las que las mujeres indígenas en esta comunidad no aceptan el uso de métodos de planificación familiar en su salud personal, indicando las siguientes:

De Tipo Cultural: 63% lo atribuyen a que los esposos no dejan; entonces hay que capacitarles; el esposo influye en que no participen las mujeres para recibir información sobre métodos de planificación familiar; el esposo manda en la casa; el hombre no quiere por experiencia personal; los esposos no quieren. Hay madres que no quieren hablar sobre los métodos de planificación familiar.

Un 14% por su parte, lo explica porque la familia no le gusta; depende de cada familia, de su pensamiento; porque los padres inculcaban que es pecado no tener los hijos que Dios mande;

Otro 14% lo justifica porque piensa que hacen daño y afectan a la salud y 9% porque considera que es malo.

Culturalmente, en estas respuestas se nota la presión de la familia que ha formado o tienen las mujeres entrevistadas o la presión ejercida por medio de la educación recibida de parte de sus padres (padre y madre) en su familia originaria o materna sobre la valoración acerca de lo bueno o negativo del uso de los métodos de planificación familiar.

En cuanto a factores o razones de Tipo Religioso se encontró que 69% lo expresa en ideas como: por la religión; la religión dice que no es bueno; la iglesia dice que es malo.

En ese mismo orden de ideas, el 19% de mujeres lo justifica porque: el padre (sacerdote) aconseja que Dios dice cuántos hijos debemos tener; porque en las reuniones de prédica (el sacerdote) dice que es malo.

Un 6% lo traslada a la presión social o comunitaria al decir que no lo permite la mayoría [porque] son católicos en un 99%. El otro 6% ve dicha presión socioreligiosa en el esposo al decir que hace caso a la iglesia y regaña.

En estas respuestas encontramos que las mujeres entrevistadas participantes en la muestra, lo hacen por temor o basadas en una convicción personal en sus creencias religiosas en un 65%; en un 23% por presión directa que hace el sacerdote de la Iglesia Católica; en un 6% por la presión social que ejercen los demás en su comunidad o grupo socio-religioso o por decisión y presión de su esposo (6% en cada caso) y

Es decir, que las razones religiosas son más afincadas en razones personales o ya han sido interiorizadas (por temor o convicción) por las propias mujeres que por un trabajo o prohibición directa y actual del líder religioso, el sacerdote católico en la problemática investigada.

En donde hay unanimidad de respuestas de las mujeres entrevistadas es en las razones de tipo económico para oponerse al uso de métodos de planificación familiar ya que indican que cuesta caro; se gasta mucho (100%).

La situación de pobreza en que viven las mujeres, subordinadas de manera clasista y genérica a realizar trabajos en su casa o en apoyo a la economía familiar pero sin un salario que reconozca dicho aporte, provoca que estén sin posibilidad de decidir sobre el uso de métodos de planificación familiar y otras acciones de sus derechos sexuales y reproductivos, ya que en 100% no cuentan con dichos recursos o les resulta muy onerosos para poder obtenerlos.

En el caso de la falta de información también se encontró unanimidad de respuestas ya que el 100% admite que ese rechazo o falta de aceptación a los métodos de planificación familiar pueda basarse en desconocimiento o ausencia de información al respecto.

En cuanto a razones de Tipo Educativo las mujeres expresaron que en un 93% ...”hay falta de información; las mujeres no los conocen; muchas mujeres no tienen información; no hay conocimiento ni entendimiento y complementariamente a lo anterior, porque las mujeres no entienden el castellano (7%)”.⁴⁷

⁴⁷ Entrevistas de campo, Julio de 2,002

VIII.- CONCLUSIONES

1. Las mujeres indígenas kaqchikeles de la asociación AMIDI habitantes de la aldea Pachay Las Lomas del municipio de San Martín Jilotepeque, departamento de Chimaltenango, participantes en el presente estudio de tesis, viven en condiciones de subordinación genérica, clasista, cultural, religiosa y social que no les permite tener información, conocimiento, acceso y uso de métodos de planificación familiar para mejorar su salud sexual y reproductiva, a pesar de esfuerzos anteriores de capacitación e información por parte de organizaciones comunitarias, sociales y sectoriales.
2. El comportamiento cultural expresado por las mujeres participantes en el estudio, respecto al uso o no de los métodos de planificación es el referente a la creencia o práctica religiosa del 100% de ellas, ya que son católicas y en su gran mayoría (por ejemplo, un 64%) tiene una asistencia frecuente a su comunidad o congregación religiosa. Lo que representa una disciplinada práctica y seguimiento de la mayoría a su respectiva iglesia y al líder, funcionario o ministro religioso respectivo.
3. En cuanto al conocimiento sobre los métodos y su adecuada utilización ha sido recibida por medio de periódicos, folletos y capacitaciones, por su nivel de participación dentro de la organización a la que pertenecen.
4. Los métodos de planificación familiar más conocidos por las mujeres entrevistadas, fueron los siguientes: Pastillas o píldoras para tomar (20%); Inyección (13%); Preservativo o condón (13%) y el ritmo, calendario o abstinencia periódica (11%) y con 5.5% cada uno, el DIU o T de cobre, Esterilización femenina (Operación) y la Esterilización masculina, lo cual coincide en gran medida con los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de 1,998-1,999 en la mayoría de regiones del país.
5. Las mujeres que no han utilizado ninguno de esos métodos de planificación familiar, tampoco ha hecho algo o ha usado alguna otra alternativa para no quedar embarazada porque el esposo no dejaba o por razones religiosas lo cual reafirma que el machismo como argumento social y cultural y las creencias religiosas son los principales motivos que explican la actitud de quienes se oponen al uso de los métodos de planificación familiar en beneficio de la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

6. Las tres razones principales por las cuales las mujeres entrevistadas han utilizado alguna vez métodos de planificación familiar, contienen factores de tipo económico, salud sexual y reproductiva de la mujer, bienestar y tamaño de la familia, pero 16% de mujeres indicó que ha dejado de utilizarlos por razones de fallas en la aplicación del método respectivo, edad, decisión de quedar embarazada.
7. Las razones por las que la mujer ha seguido utilizando (continuidad) métodos de planificación familiar con su pareja, esposo o conviviente, muestran valoraciones positivas sobre el método natural (ritmo, calendario o abstinencia) y las inyecciones además de no tener más o muchos hijos y para protección de la salud sexual y reproductiva de la mujer.
8. Las mujeres participantes, aún con 3 estados civiles diferentes en cuanto a su vida familiar y de pareja (casadas, unidas y viudas), son representativas del conjunto de mujeres indígenas kaqchikeles en la aldea donde se realizó el estudio y pueden proyectarse los datos de esta investigación a otros municipios de la región sociolingüística kaqchikel no sólo del departamento de Chimaltenango sino de Sololá, Sacatepequez y del área metropolitana del departamento y municipio de Guatemala donde también residen otras mujeres indígenas de este mismo grupo étnico.
9. Se encontró que el o la promotora de salud no son vistos como proveedores de dichos métodos, cuando muchas veces han sido la fuente de información de los mismos hacia las mujeres entrevistadas. Los únicos actores locales mencionados son la comadrona o partera (8%) y el puesto de salud (4%) en porcentajes poco significativos.

IX.- RECOMENDACIONES

1. Los esfuerzos de información, educación, capacitación y uso de métodos de planificación familiar en mujeres indígenas kaqchikeles debe tomar en cuenta sus condiciones de extrema pobreza, aislamiento geográfico y social, analfabetismo en español y su idioma materno, subordinación genérica respecto su esposo o pareja y su familia materna o propia; y las presiones sociales derivadas de su fe religiosa individual, familiar y comunitaria.
2. La idea prevaleciente o que más se maneja para deslegitimar o cuestionar a los métodos de planificación familiar es que hacen daño a la mujer o es para provocar abortos y detener los embarazos. Por lo tanto, la información, mejoramiento del acceso y uso de métodos de planificación tendrá mayor éxito si se parte de métodos naturales como el ritmo y luego se va introduciendo el conocimiento de los otros existentes, en función de prevenir los embarazos y la salud tanto de la madre como de los niños.
3. Existe mucha sensibilidad y vergüenza para hablar de estos temas, aún si es entre mujeres, por lo que futuros estudios y acciones para mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas deberá crear previamente un alto grado de confianza y respeto para dichas situaciones.
4. Dada la fuerte influencia de los líderes religiosos, es oportuno y estratégico abordar con ellos lo positivo de los métodos de planificación familiar como parte de una buena salud y vida digna para la mujer, sus hijos y familias y no entrar en choque con convicciones religiosas y bíblicas que son inflexibles y dogmáticas.
5. Para aumentar los beneficios del uso de métodos de planificación familiar, se debe tomar en cuenta a los actores locales como comadronas, promotores y promotoras de salud, lideresas comunitarias, etc. Quienes gozan de credibilidad y confianza para este trabajo con las mujeres, partiendo de necesidades inmediatas para su salud sexual y reproductiva, sin dejar de lado la incidencia en el núcleo familiar y en los esposos o parejas.
6. Un mejoramiento en la obtención de ingresos que le dé cierta independencia económica a las mujeres es condición necesaria para incrementar su capacidad de diálogo con su pareja para la toma de decisiones respecto al acceso a información, conocimiento, obtención y uso de métodos de planificación familiar.
7. La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos debería promover un incremento de investigaciones transversales, exploratorias, de tipo cuantitativo y cualitativo sobre este tema por el alto impacto que tiene en la

salud materno infantil y el desarrollo del país, entrando en coordinación con otras instituciones interesadas en el mejoramiento de la calidad de vida, especialmente de la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

8. Investigaciones posteriores a esta tesis deben tomar en cuenta el alto beneficio que representa realizarlas en coordinación con organizaciones comunitarias, sociales y sectoriales de mujeres en las zonas de estudio.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-Asociación Guatemalteca de Educación Sexual y Desarrollo Humano (AGES) y Population Council: Educación sobre salud reproductiva en áreas indígenas de Guatemala, a través de maestros bilingües; Guatemala, s/f y s/e. 25 pp.
- 2.-Asociación de Servicios Comunitarios de Salud -ASECSA-; Salud reproductiva y Educación Sexual, proyecto salud familiar; Chimaltenango, s/e, 1,999, 109 pp.
- 3.-_____ ; Guía para la capacitación en salud integral y reproductiva, programa materno infantil; Chimaltenango, s/e, 1,999, 231 pp.
- 4.-_____ ; Manual de capacitación en salud reproductiva y espaciamento del embarazo, programa de salud, mujer y niñez; s/e; Chimaltenango, 1,998, 100 pp.
- 5.-_____ ; Manual de Capacitación, Más que una sanadora de la comunidad, la comadrona tradicional; s/e; Chimaltenango, 1,999, 179 pp.
- 6.-Corral, Luis, Educación Sexual en tiempos del Sida; 3ra. Edición; Guatemala; Publicaciones del Instituto Teológico Salesiano, Año 2,000, 43 pp.
- 7.-Instituto Nacional de Estadística, et al: Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1,995; Guatemala, s/e; 1,996, 245 pp.
- 8.-OPS/OMS/ASDI, et al: Concepciones y Prácticas de salud reproductiva de las mujeres de las comunidades K'iche' y Kaqchikel; Guatemala; s/e; 1,994, 78 pp.
- 9.-Population Council; Investigación Operativa en Salud Reproductiva; Nueva York; Espiral Editora; 1,998, 119 pp.
- 10.-Ward, Victoria et al: Comportamiento sexual mayense. Estudio sobre comportamiento sexual y actitudes hacia la planificación familiar entre la población mayense de Guatemala. Guatemala; s/f y s/e. 57 pp.

ANEXO 1
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIDAD DE TESIS

GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA
A INTEGRANTES DE LA ASOCIACIÓN DE MUJERES INDÍGENAS PARA EL
DESARROLLO INTEGRAL -AMIDI-

FECHA: / / 2,002 BOLETA No. _____ Encuestadora _____

LUGAR: _____

ENTREVISTADA: _____ Edad: _____

1.- Estado civil actual:

Soltera _____ Casada _____ Unida _____ Viuda _____ Separada _____

Divorciada _____ Otro: _____

2.- Con qué grupo étnico se identifica usted:

Maya Kaqchikel _____ Mestizo o ladino _____

Otro grupo Maya _____ Otro grupo étnico: _____

3.- Religión que practica o acepta:

Católica _____ Evangélica _____ Espiritualidad o Costumbre Maya _____

3.1.- Cada cuánto asiste a su iglesia, templo o religión:

Una vez a la semana _____ Dos veces a la semana _____

Tres veces a la semana _____ Una vez cada mes _____ Una vez al año _____

Sólo en momentos especiales _____ Nunca _____

4.- CARGO O FUNCIÓN EN LA COMUNIDAD: _____

4.1.- CARGO O FUNCIÓN EN LA ASOCIACIÓN AMIDI: _____

5.- Alfabetismo y escolaridad:

5.1. Lee y escribe en español _____

Sólo lee en español _____ No lee ni escribe en español _____

5.2.- Sabe leer y escribir en su idioma maya: SI _____ NO _____

5.3.- Estudia actualmente: SI _____ Qué grado: Primaria _____ Secundaria _____

Diversificado _____ NO _____ Último grado de estudios alcanzado _____

6.- Ocupación o trabajo actual e Ingresos:

Trabajos del Hogar _____ Comerciante _____ Agricultura _____

Costurera/Tejedora: _____ Crianza de Animales _____

Maquila _____ Comadrona _____ Promotora de Salud _____

Empleada Doméstica _____ Secretaria _____ Maestra _____

Promotora comunitaria _____ Por cuenta Propia _____ Otra _____

6.1.- Ingresos mensuales:

Nada _____ Por qué: _____

De Q 200.00 a Q 400.00 _____ de Q 401.00 a Q 600.00 _____

De Q 6001.00 a Q 800.00 _____ de Q 801.00 a Q 1,000.00 _____

De Q 1,001.00 a Q 1,300.00 _____ Más de Q 1,300.00 _____

6.2.- Recibe dinero de algún familiar que esté en Estados Unidos:

Si _____ Cuánto: _____ NO _____

7.- Vivienda:

7.1.- La vivienda donde vive, es: Propia _____ Alquilada _____ La está pagando _____

Es de su esposo, pareja o conviviente _____ Herencia o donación _____

Cedida o prestada: _____ Otra forma: _____

Si es alquilada o la está pagando, cuánto paga al mes: _____

7.2.- Su vivienda cuenta con:

Luz-eléctrica _____ Teléfono _____ Televisión _____ Refrigeradora _____ Radio _____

Agua Potable _____ Agua de pozo propio _____ Letrina o sanitario _____ Drenajes _____

Basurero _____ Cocina aparte de los cuartos donde duermen _____

Varios cuartos para habitación _____ Lugar aparte para sus animales _____

Bodega para guardar granos básicos o productos agrícolas _____

8.- Composición de la familia o el hogar y rol que desempeña:

Cuántas personas forman actualmente su familia:

Abuelos/ _____ Abuelas _____ Padres _____ Madres _____ Tíos _____

Tías: _____ Hijos: _____ Edades: _____ Hijas: _____ Edades: _____

Esposo, Pareja o Conviviente: _____ Otros: _____

8.1.- Papel que juega usted en su familia:

Madre _____ Jefe de Hogar _____ Esposa _____ Nuera: _____

Principal sostenedora económica _____ Ama de Casa _____ Otro: _____

9.- Embarazo y mortalidad infantil:

9.1.- Alguna vez cuando quedo embarazada, queria usted quedar embarazada:

EN ESE ENTONCES? _____ Quería esperar hasta MÁS TARDE _____

NO QUERÍA TENER MÁS HIJOS _____

9.2.- Ha tenido algún embarazo que haya terminado en perder el niño/a que estaba esperando: _____ o en aborto _____

Cuándo fue dicha situación: _____

9.3.- Se le han muerto alguno(s) de sus hijos nacidos vivos: _____

Por qué causa se murieron: _____

10.- Acceso a información y medios donde la ha obtenido:

10.1. Escucha noticias: cada día _____ Algunas veces en la semana _____

Algunas veces en el mes: _____

10.2. Por medio de: la radio _____ La Televisión _____

10.3.- Escucha o ha escuchado en esos medios información sobre salud y planificación familiar: _____

11.- Sobre métodos de planificación familiar y su uso:

11.1.- Qué es la planificación familiar para usted: _____

11.2.- Está usted de acuerdo con la planificación familiar:

SI _____ Porqué: _____

NO _____ Porqué: _____

11.3.- Ha tenido información sobre métodos de planificación familiar: SI _____

En la radio _____ En la televisión _____ En el periódico _____

En Grupos Comunitarios _____ En Folletos: _____ En Afiches: _____

En capacitaciones sobre ese tema _____

11.4.- Dónde ha recibido dicha capacitación: _____

11.4.1.- Cuántas veces ha recibido capacitación sobre el tema _____

11.4.2.- NO ha tenido información sobre planificación familiar: _____
Por qué: _____

11.5.- Qué métodos de planificación familiar conoce:

Pastillas o píldoras para tomar _____ DIU o T de Cobre _____

Inyección _____ Implantes _____

Diafragma, Espuma o Tabletas _____ Preservativo o Condón _____

Esterilización femenina (Operación) _____ Esterilización Masculina _____

El ritmo, calendario o abstinencia periódica (no tener relaciones en los días que más posibilidades hay de que la mujer quede embarazada) _____

Retiro o Interrupción de la relación sexual _____

Lactancia materna a su recién nacido: _____

Otros Métodos: _____ Cuáles: _____

11.6.- Cuáles de esos métodos ha utilizado usted o su pareja, esposo o conviviente para evitar quedar embarazada: _____

11.6.1.- Al empezar a utilizar métodos de planificación familiar:

Cuántos hijos tenía en ese momento: _____ Cuántos años tenía Ud: _____

En qué año empezó a utilizar métodos de planificación familiar: _____

11.6.2.- Si no ha utilizado ninguno de esos métodos, ha hecho algo o ha usado alguna otra cosa usted o su esposo, pareja o conviviente para no quedar embarazada: _____

11.6.3.- Cuáles serían las 3 razones principales por las cuales usted ya ha utilizado alguna vez métodos de planificación familiar: _____

11.7.- Ha dejado de utilizar dichos métodos de planificación familiar: SI _____

Por qué: _____

(Ejemplos: quedó embarazada mientras lo usaba; quería quedar embarazada; pareja, esposo o conviviente lo desaprobaba; le causaba efectos secundarios; preocupaciones por su salud; no tenía acceso o disponibilidad; quería método más efectivo; era inconveniente de usar; tenía relaciones sexuales poco frecuentes/ su pareja estaba lejos; por que era muy caro en dinero; porque se lo prohíbe su religión; se lo prohíbe su familia, grupo o cultura; porque Dios decide cuántos hijos debe tener cada mujer; dificultad en quedar embarazada/menopausia; por disolución de su vida de pareja, matrimonio o separación; otros

11.8.- Cuáles son las razones por las que usted ha seguido utilizando (continuidad) métodos de planificación familiar con su pareja, esposo o conviviente: _____

11.9. Ha tenido apoyo para poder utilizar o seguir usando dichos métodos de planificación familiar:

Por parte de su esposo, pareja o conviviente: _____

Por parte de sus padres: _____ Por su suegro/suegra: _____

Por parte de sus hijos o hijas: _____ Por otros familiares: _____

Por otras personas de la comunidad: _____

11.9.1.- Ha tenido problemas por utilizar o seguir usando dichos métodos de planificación familiar:

Por parte de su esposo, pareja o conviviente: _____

Por parte de sus padres: _____ Por su suegro/suegra: _____

Por parte de sus hijos o hijas: _____ Por otros familiares: _____

Por otras personas de la comunidad: _____

11.10.- Cómo ha conseguido dichos métodos de planificación familiar:

En Hospital Público _____ en Hospital, clínica o sanatorio privado _____

En Centro de Salud: _____ Puesto de Salud: _____ En el IGSS _____

Con el/la promotor/a de salud _____ Con la comadrona _____ En APROFAM _____

Con Médico Particular _____ En la Farmacia _____ Con un amigo/a _____

En otro lugar o con otra persona: _____

12.- Piensa usar en el futuro un método para evitar quedar embarazada: SI _____

Por qué: _____

NO _____ Por qué: _____

12.1.- Cuáles son las razones principales por las que las mujeres indígenas en esta comunidad no aceptan el uso de métodos de planificación familiar en su salud personal:

a) De tipo cultural: _____

b) De tipo religioso: _____

c) De tipo económico: _____

d) De tipo educativo: _____

e) Otras razones: _____

12.2.- Qué recomienda para que las mujeres de su asociación y comunidad tengan mejor salud sexual y reproductiva en su vida de pareja: _____

13.- Comentarios y anotaciones complementarias o aclaratorias de la encuestadora _____

¡ MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN !