

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
UNIDAD DE TESIS



**TITULO**

**“Consideraciones sobre factores que favorecen el uso de métodos de planificación familiar en población femenina en edad reproductiva”**

**12 municipios del Área de Salud del Quiche  
agosto – septiembre 2006**

Irene Tomasa Tiu Cotuc	9431067
Vilma Ruth Gonzalez Rivera	9620150
Mayra Cecilia Santos Morales	9710084
Sonia Patricia Portillo Castellanos	9710122
Sayda Madai Mazariegos Juarez	9710204
Paula Patricia Ruiz Velásquez	9710291
Ligia Ibeth Portillo Rivera	199810382
Javier Armando Castro Villatoro	199810620
Griselda Beatriz Ogaldez Poitan	199912376
Jose Emigdio Orellana Vega	199912634
Jorge Roberto Lainez Carrasco	199912878
Ana Frinee Rossal Paiz	199912957

Guatemala 23 de septiembre de 2006

## CONTENIDO

1. RESUMEN.....	1
2. ANÁLISIS DEL PROBLEMA.....	3
3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	7
4. MARCO TEÓRICO Y DE REFERENCIA .....	9
5. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS .....	45
6. DISEÑO DE ESTUDIO.....	47
7. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	53
8. ANÁLISIS, DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS .....	131
9. CONCLUSIONES .....	133
10. RECOMENDACIONES.....	135
11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	137
12. ANEXOS .....	139

## 1. Resumen

Se efectuó un estudio de tipo analítico de casos y controles donde se compararon grupos de mujeres en edad fértil que utilizan algún método de planificación familiar con el grupo de mujeres que no utilizan métodos de planificación familiar, en los municipios de Chicamán, Chiché, Chichicastenango, Chinique, Cunén, Joyabaj, Pachalum, Sacapulas, San Antonio Ilostenango, San Pedro Jocopilas, Uspantán y Zacualpa del departamento de Quiché, muestra definida de acuerdo a población.

El presente estudio, tuvo como objetivo principal analizar la relación existente entre el estilo de vida y atención en salud, en relación al uso de métodos de planificación familiar actual, en la población femenina en edad reproductiva en el Área de Salud de Quiché; tomando en consideración la etnia, el estado civil, las creencias religiosas, educación y la accesibilidad a los servicios de salud de cada una de las personas que participaron en el estudio.

La obtención de datos se realizó por medio de encuestas dirigidas a 1,237 mujeres que utilizaban algún método de planificación familiar y 2,473 mujeres que no estaban usando ningún método al momento del estudio, las cuales se encontraron en los diferentes distritos de salud, así como en áreas públicas como mercados, parques y en algunas ocasiones de casa en casa.

Del presente trabajo se concluye que ser ladina, soltera, alfabeta, tener creencia religiosa, conocer métodos de planificación familiar y vivir a menos de una hora de un servicio de salud, son factores que favorecen el uso de los métodos de planificación familiar, por lo que se recomienda que las estrategias se dirijan mas hacia la etnia indígena, las personas unidas o casadas, a personas con accesibilidad mayor de una hora, a personas con creencias religiosas y sin conocimiento alguno de métodos de planificación familiar, siendo este ultimo factor el más predisponente para el uso de planificación familiar.



## 2. Análisis del Problema

### 2.1 Antecedentes

La búsqueda de un método ideal de planificación familiar data de la XII dinastía en el Antiguo Egipto señalado en los papiros de El Faiyun. A Hipócrates se le acredita el uso de un tubo de plomo para insertar medicamentos en úteros humanos, muchos métodos caseros como vinagre, jugo de limón han sido utilizados. En muchas tribus africanas y de oceánica los métodos anticonceptivos son muy extendidos actualmente. El preservativo, uno de los métodos mas antiguos, fue descrito por primera vez en el siglo XVI como “una vaina para el pene confeccionada con lino y destinada a evitar la transmisión de la sífilis.”<sup>(5,15)</sup>

El coito interrumpido durante el acto sexual, se supone se ha empleado durante todos los tiempos. Se sabe que durante siglos se controló la reproducción de los camellos introduciendo piedras redondas en el útero. El primer dispositivo intrauterino diseñado específicamente para la anticoncepción fue un anillo de fibra de gusano de seda.

El anillo de Graefenberg se describió como una espiral de platino en 1921 que prevenía el embarazo. El ingenio japonés, al utilizar dispositivos plásticos inertes y económicos, permitió extenderlos a grandes poblaciones.

De los llamados métodos de barrera, el diafragma es uno de los mas utilizados descrito en 1982. En 1932 y 1933 se descubrió que en el ciclo de la mujer hay unos días fértiles y otros infértiles. El método del ritmo fue el único método admitido por la Iglesia. A principio del siglo XX dos mujeres consiguieron llevar a cabo campañas anticonceptivas. En 1968 se demostró por primera vez las propiedades antifertilizantes del cobre metálico en la cavidad uterina.<sup>(5,12,19)</sup>

La técnica de los plásticos ha permitido crear sustancias de una porosidad determinada que son capaces de liberar moléculas de un determinado tamaño en forma gradual.

En 1929 y 1934 se identificaron los estrógenos y la progesterona hasta que por fin se lanzo la primera píldora anticonceptiva llamada Enovid. Luego surgió la vía parenteral y los llamados implantes.

Los preparados postcoitales se utilizan después de la relación sexual, en la cual la dosis es fundamental. La anticoncepción en el hombre tiene menos métodos pues solamente cuenta con el uso del condón y la abstinencia periódica. En 1940 se practica la vasectomía.<sup>(5,12,19)</sup>

El programa de salud reproductiva enfoca sus bases en los artículos de la Constitución Política de la República de Guatemala Capítulo I Artículo 47 “Protección a la familia. El Estado garantiza la protección social, económica y jurídica de la familia. Promoverá su organización sobre la base legal del matrimonio, la igualdad de derechos de los cónyuges, la paternidad responsable y el derecho de las personas a decidir libremente el número y espaciamiento de sus hijos.” Este artículo ejemplifica la razón primordial del

porque los programas de salud reproductiva y específicamente en el sector de planificación familiar son de vital importancia ya que permiten a las familias tomar decisiones de manera conciente e informada. El artículo 94 afirma que “El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes”. Poniendo en manifiesto que el estado es el encargado de crear e informar a la población sobre las políticas y programas de salud. <sup>(11,6)</sup>

El Código de Salud en su artículo No. 17 establece “(a) Formular políticas nacionales de salud, (b) velar por el cumplimiento de los tratados y convenios internacionales relacionados con la salud, (c) coordinar la cooperación técnica y financiera que organismos internacionales y países brinden al país, sobre la base de las políticas y planes nacionales de carácter sectorial” y el artículo No. 41 establece “El Estado, a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y de las otras instituciones del sector, desarrollarán acciones tendientes a promover la salud de la mujer y la niñez, con un enfoque integral y mejorando el ambiente físico y social a nivel de la familia, incluyendo aspectos de salud reproductiva.” <sup>(21,11,6)</sup>

De esta manera se puede ver que el Ministerio de Salud debe promover la Salud Reproductiva, siendo uno de sus ejes la Planificación Familiar (PF).

El programa de salud reproductiva toma en consideración la ley de dignificación y promoción integral de la mujer que establece que “El gobierno de Guatemala, a través de los órganos competentes, gubernamentales o mixtos del sector salud y seguridad social, desarrollará programas para dotar al personal del conocimiento mínimo necesario sobre la situación de las mujeres como sujetos activos en la definición de políticas en este sector para lograr el acceso de las mismas en todas las etapas y ámbitos de su vida a los servicios de: a) Salud integral y el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. b) Educación y salud psicosocial y reproductiva, PF y salud mental...” <sup>(13,11,6)</sup>

El MSPAS desarrolló el Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR) para contribuir a mejorar la salud de la familia, haciendo énfasis en la mujer y el hombre en su etapa reproductiva y el neonato, con intervenciones integrales, reguladas por el nivel central y ejecutado por los niveles descentralizados, abarcando los aspectos de: salud Materno y Neonatal, atención integral a adolescentes, prevención y control del cáncer ginecológico, paternidad y maternidad responsable, planificación familiar, logística de anticonceptivos, tomando como fundamento teórico los acuerdos contemplados en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo efectuada en el año de 1994.

En el año 2002, una tesis en el municipio de San Antonio Ilotenango, Quiché acerca del conocimiento en las mujeres en edad fértil sobre los métodos de planificación familiar. <sup>(18, 2, 11)</sup>

En el año 2005 se establece el decreto 87-2005, aun pendiente de aprobación, en el Congreso de la República de Guatemala como "Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su integración en el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva". Que se mencionara mas adelante. Con el propósito de

llevar los programas de planificación a toda la población Guatemalteca.<sup>(6)</sup>

## 2.2 Definición

La cobertura actual de planificación familiar en la población femenina en edad reproductiva en el área de Quiché es del 11%, una baja cobertura contribuye a un aumento de la morbi-mortalidad materna. En el área de salud de Quiché la tasa de mortalidad materna es actualmente de 140 muertes al año.<sup>(7)</sup>

Según los últimos datos del MSPAS, la tasa global de fecundidad para Quiché es de 4.9 hijos que representa el promedio de hijos que tendrá una mujer en edad reproductiva (15 a 49 años), este dato nos confirma que hay una necesidad insatisfecha con respecto al uso de métodos para espaciar los embarazos.

Debido a que nuestra población se encuentra conformada de forma multiétnica, multilingüe y pluricultural; la aceptación de la información acerca de los métodos de planificación familiar puede ser ineficiente; produciendo un bajo aprovechamiento de los métodos ofrecidos por el MSPAS.<sup>(11)</sup>

Se conoce el término de salud reproductiva a “el completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción” dentro de la cual entran las distintas políticas y programas de planificación familiar con el único propósito de alcanzar este objetivo.<sup>(12)</sup>

Tomando en cuenta que “cada país tiene el derecho soberano de aplicar las recomendaciones contenidas en el Programa de Acción, de conformidad con sus leyes nacionales y con sus prioridades de desarrollo, respetando plenamente los diversos valores religiosos, éticos y culturales de su pueblo, y de forma compatible con los derechos humanos internacionales universalmente reconocidos”, y que en la protección a la familia, el Estado garantiza la protección social, económica y jurídica de la familia, promueve su organización sobre la base legal del matrimonio, la igualdad de derechos de los cónyuges, la paternidad responsable y el derecho de las personas a decidir libremente el número y espaciamiento de sus hijos”,<sup>(21, 6)</sup> el MSPAS ha elaborado varios programas de planificación familiar para llevar el conocimiento y los métodos necesarios para mejorar las condiciones de salud de los habitantes de este país.

Considerando las altas tasas de morbi-mortalidad materno infantil que afectan a las familias guatemaltecas, se debe buscar tratar de reducir estas y alcanzar el mayor bienestar posible de los habitantes de nuestro país.

El propósito como trabajadores de salud en el PNSR es contribuir a mejorar la salud familiar, haciendo énfasis en la mujer y el hombre en su etapa reproductiva como el niño en el periodo neonatal e infantil, de forma integral, desde el nivel central y en cada una de las comunidades.

### 2.3 Delimitación

Población en edad reproductiva de 15 a 49 años en el Área de Salud del Quiché en los distritos de salud Chicamán, Chiché, Chichicastenango, Chinique, Cunén, Joyabaj, Pachalum, Sacapulas, San Antonio Ilotenango, San Pedro Jocopilas, Uspantán, Zacualpa, en los meses de agosto a septiembre de 2006. Abarcando estos municipios en su totalidad 3583.1 kilómetros cuadrados.

### 2.4 Planteamiento del Problema

¿Qué relación existe entre el estilo de vida (estado civil, alfabetismo, creencias religiosas); el nivel en salud (accesibilidad y educación acerca de planificación familiar); como factores que favorecen el uso de métodos de planificación familiar en las mujeres en edad reproductiva a de 15 a 49 años, en el Área de Salud de Quiché en los distritos de salud de Chicamán, Chiché, Chichicastenango, Chinique, Cunén, Joyabaj, Pachalum, Sacapulas, San Antonio Ilotenango, San Pedro Jocopilas, Uspantán, Zacualpa?

### **3. Justificación del Estudio**

#### **3.1 Magnitud**

Actualmente en el departamento de Quiché el 26% de la población total son mujeres en edad fértil las cuales representan 159,011 mujeres, de una población total de 548,659. De estas solo el 6.42% utiliza algún método de planificación familiar. Esta cobertura se considera insuficiente, sea esto por desconocimiento o rechazo al programa. Sin embargo antes de tomar acciones necesarias para fortalecer el programa de planificación familiar, es necesario contar con los conocimientos y/o razones por las cuales existe esta cobertura, siendo esta la razón primordial por la cual se realiza el presente estudio.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) el 6.7% de la población guatemalteca son adolescentes, constituidos entre las edades de 15 a 17 años.

Entre los grupos con dificultades de acceso a los servicios de información y planificación familiar figuran los siguientes: adolescentes (muchos de los cuales no están preparados para la actividad sexual ni para la paternidad y la vida familiar); solteros y solteras; hombres y mujeres que aplazan su primer embarazo; poblaciones desplazadas; personas discapacitadas; y poblaciones pobres, especialmente en zonas rurales mal atendidas en el ámbito sanitario por razones de distancia, coste del transporte y desconocimiento de las opciones disponibles.

#### **3.2 Trascendencia**

Planificación familiar no es solo un problema de impacto médico (la mortalidad materna en el Área de salud del Quiché es de 140 muertes al año) sino que también repercute a nivel social (crecimiento demográfico), educativo (analfabetismo), económico, y religioso (rechazo por las corrientes dogmáticas occidentales); las cuales deben ser tratadas de forma conjunta para lograr un mejoramiento a cada comunidad.

#### **3.3 Vulnerabilidad**

La labor y mandato como trabajadores del sistema de salud es brindar un bienestar al individuo, dándoles el conocimiento necesario para poder decidir acerca de cuando y cuantos hijos desean tener para fortalecer una paternidad responsable. La obtención de información contribuirá a la promoción y aceptación de los métodos de planificación familiar y de esta manera ampliar nuestra cobertura.

Este trabajo pretende identificar los factores que favorecen el uso de métodos de planificación familiar; para que en base a este el MSPAS realice mejoras en sus programas de educación y promoción de planificación familiar, y de esta manera poder aumentar sus coberturas.

El uso de anticonceptivos da la posibilidad de evitar embarazos no deseados y/o no planificados, permite a los padres que demoren y espacien adecuadamente los nacimientos, ya que cuando éstos sobrevienen en un corto tiempo y sin ser planificado

ponen en peligro la salud del recién nacido y los demás miembros de la familia creando una población elevada en edades vulnerables, de 0 a 5 años, haciendo mas difícil satisfacer las necesidades básicas de tantas personas. La planificación familiar brinda más oportunidades de participar en actividades educativas, económicas y sociales. Las medidas encaminadas a mejorar la condición social de la mujer, junto con el acceso a la planificación familiar y a otros servicios esenciales de salud reproductiva, suelen traducirse en mejoras de la salud y el bienestar.

Para poner la salud reproductiva al alcance de todos, habrá que generar los conocimientos necesarios para establecer nuevos modelos adaptados a cada comunidad que permitan llegar a los grupos desatendidos de tan diversa cultura <sup>(13)</sup>.

## 4. Marco Teórico y de Referencia

### 4.1 Planificación Familiar

Salud reproductiva se define como “el completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción”.<sup>(14,9)</sup>

La planificación familiar permite procrear a los hijos en el momento más favorable para la condición de la madre y la familia, con el espaciamiento necesario (tres años como mínimo) y el número adecuado con relación a las posibilidades de los padres y las necesidades de los hijos ya nacidos. Permite además prevenir el embarazo no deseado en adolescentes, siendo en esta etapa de la vida en donde se observan altas tasas de morbi-mortalidad materna, bajo peso al nacer y alto riesgo de morir del producto de la concepción. Por tanto la adopción de prácticas de planificación familiar necesita amplios conocimientos y conciencia pública de los beneficios personales y sociales. Estos conocimientos y conciencia sobre todo en el personal de salud son la clave para el éxito de un programa.<sup>(14,12,13,11)</sup>

Si todas las mujeres que expresan el deseo de no tener más hijos fueran capaces de controlar su fecundidad, la natalidad se reduciría aproximadamente en un 35% en América Latina. También descenderían las tasas de mortalidad maternas, al menos en la misma proporción y el volumen de población del mundo en desarrollo se vería reducido para el año 2100 en unos 2200 millones por debajo de la proyección actual.<sup>(2,10)</sup>

El derecho humano a la planificación familiar solamente puede ser garantizado cuando los servicios que se ofrecen son de buena calidad, y oportunas, lo que significa que se respeta la dignidad de las personas, son accesibles, se ofrece un rango amplio de opciones seguras y efectivas, existe un servicio de consejería y de seguimiento que ofrece información confiable y aclara dudas a fin de facilitar la libre elección de un método o su cambio cuando no se esta a gusto con el actual.<sup>(14,3,15)</sup>

### 4.2 Aspectos Históricos

A través de los siglos, la humanidad ha considerado que el control natal es una tarea exclusiva de la mujer, en algunos casos ello se debe a que ella es quien ejerce la maternidad directamente. Sin embargo, en los últimos tiempos esa concepción ha venido cambiando de manera progresiva, ya que en la actualidad el problema de la anticoncepción es una cuestión en la cual deben estar involucrados, tanto el hombre como la mujer.<sup>(14,3)</sup>

#### 4.2.1 Orígenes de la anticoncepción

La búsqueda de un método ideal de control de la natalidad abarca desde los pesarios de excrementos de cocodrilo y miel utilizados ya en el antiguo Egipto, señalado en los papiros de El Faiyun, que data de la XII dinastía; pues en muchas de las sociedades primitivas los hijos eran considerados una desventaja para una población nómada.<sup>(15)</sup>

A *Hipócrates* se le acredita el uso de un tubo de plomo para insertar medicamentos o pesarios en úteros humanos con el objetivo de evitar la descendencia. *Aristóteles* había querido fijar legalmente el número de hijos y admitía el aborto en su política. <sup>(3,15)</sup>

En el papiro de Ebers, que es algo más moderno, hay una receta que dice: "Para que una mujer deje de concebir durante uno, dos o tres años, tómense brotes de acacia, tritúrense con miel e introdúzcase en la vulva un lienzo empapado en la maceración". Si esto se analiza, se puede ver su fundamento: los brotes de acacia exudan hidratos de carbono polimerizados que cuando fermentan desprenden anhídrido láctico que forma ácido láctico, sustancia que destruye los espermatozoides. Quiere decir que la receta del papiro, por antigua, no está tan desprovista de fundamento científico. En este sentido, muchos métodos caseros como vinagre, jugo de limón, etcétera, han sido utilizados. En dicho papiro, también se describen el uso de hilas de lino impregnadas en un jugo ácido como medio contraceptivo, y que dicho sea de paso, aún se usa en nuestros días. <sup>(3,15)</sup>

En muchas tribus africanas y de Oceanía los métodos anticonceptivos son muy extendidos actualmente. Por ejemplo, las mujeres de Sumatra se colocan una sustancia rica en ácido tánico en la vagina antes del coito y en la Guayana francesa los nativos utilizan las vainas de unas frutas que remedan la función de un preservativo. El preservativo, uno de los métodos más antiguos, fue descrito por primera vez en el siglo XVI como "una vaina para el pene confeccionada con lino y destinada a evitar la transmisión de la sífilis". Sin embargo, no tuvo difusión hasta 2 siglos después, no sin ser criticado y causar escándalo en diversos medios, por lo que fue llamado por algunos "la revolución de las francesas". En nuestros días se ha perfeccionado y la más moderna tecnología está relacionada con la incorporación a éste de una fabricación a base de silicona con lo que aumenta la sensibilidad durante la relación sexual. La aparición en varios colores se introdujo en años recientes. <sup>(15,19)</sup>

El coito interruptor o retiro del órgano masculino durante el acto sexual, se supone que se ha empleado en todos los tiempos. Todas las comunidades humanas parecen conocer su uso y de él se tiene testimonio en los cuentos de Canterbury. <sup>(15)</sup>

En el Hadith se menciona el *coitus interruptus* sin condenarlo y en las escrituras del *Santo Profeta*, posteriores al *Corán*, esta encomiado con las siguientes palabras: "Si esta práctica hubiera sido perjudicial, habría dañado a los romanos y a los persas". Sin embargo, el *Profeta* prohibió su uso si la mujer no consentía practicarlo y en ciertas sociedades orientales no se utiliza tanto como en las cristianas o islámicas. En la actualidad es un método que no se recomienda para evitar la descendencia. <sup>(15)</sup>

Si nos remontamos en la historia, vemos cómo se debate dónde y cómo los llamados dispositivos intrauterinos fueron utilizados por primera vez. Se sabe que durante siglos se controló la reproducción de los camellos en la travesía por el

desierto introduciéndole piedras redondas en el útero. Tanto Hipócrates como Aristóteles mencionan tal práctica de turcos y árabes que fue muy utilizada y en la actualidad algunas tribus la continúan practicando <sup>(3,15)</sup>

El ser humano utilizó objetos de artesanía y materiales de todo tipo como el vidrio, el marfil, la madera y el ébano, la plata y el oro y el platino incrustado de diamantes que se introducían en la cavidad uterina con resultados muy variables. Como vemos, los dispositivos, considera dos como una técnica moderna, constituyen en realidad algo cuyo origen se remonta a tiempos muy antiguos. <sup>(15)</sup>

Los antecedentes de los dispositivos modernos fueron los pesarios colocados en el cuello del útero. El primer dispositivo intrauterino diseñado específicamente para la anticoncepción, fue un anillo de fibra de gusano de seda, descrito por *Ritcher*, médico alemán. <sup>(5,15)</sup>

El interés moderno por el procedimiento en cuestión data de la comunicación del alemán *Gräfenberg* que describió una espiral de platino en 1921 que prevenía el embarazo y que contó con gran oposición. Tuvo que pasar más de un cuarto de siglo, para que apareciera en 1948 un caso informado sobre el empleo de éste. <sup>(12)</sup>

El anillo de *Gräfenberg*, caído en el olvido, volvió a ser resucitado por 2 trabajos: uno de *Oppenheimier* en Israel y otro de *Ishihoma* en Japón. El ingenio japonés, al utilizar dispositivos plásticos, inertes y económicos, permitió extenderlos a grandes poblaciones. De los llamados métodos de barrera, el diafragma es uno de los más utilizados. Fue descrito por *Mesinga* en 1882, pero no llegó a ser popular en Estados Unidos hasta la década del 20. <sup>(21,5,12)</sup>

En 1932 *Ogino* en Japón y en 1933 *Knauss* en Austria, descubrieron que en el ciclo de la mujer hay unos días fértiles y otros infértiles y que si se evita la relación sexual en los días fértiles, podía regularse la natalidad. Este método adquirió gran difusión hasta fines de los años 50 en que apareció la píldora. <sup>(5,1)</sup>

La anticoncepción ha tenido muchas campañas en su contra. El método del ritmo, fue el único admitido sin reservas por la iglesia católica. El filósofo *John Stuart Mill* fue perseguido por la policía por haber intentado divulgar un folleto sobre el anticonceptivo y *Lord Amberlay*, padre de *Bertrand Rusell*, que fue uno de los grandes defensores de la regulación de la natalidad, le ocasionó muchos disgustos y una gran polémica en revistas como el *British Medical Journal* que atacaba vio lentamente tan "escandalosas prácticas". <sup>(5,1,9)</sup>

Solamente a principios de siglo, 2 mujeres, *Mary Stones* en Inglaterra y *Margaret Sanger*, en Estados Unidos, consiguieron llevar adelante campañas anticonceptivas. La segunda consiguió fundar una clínica de contracepción que comenzó a funcionar después de la primera guerra mundial. <sup>(5,15)</sup>

Después de su perfeccionamiento, se crearon infinidad de tipos de dispositivos intrauterinos. *Zipper* en 1968 en Estados Unidos, demostró, por primera vez, las

propiedades antifertilizantes del cobre metálico en la cavidad uterina. La "T" y el "7" de cobre son los más conocidos. <sup>(5,16)</sup>

La técnica de los plásticos ha permitido crear sustancias de una porosidad determinada que son capaces de liberar moléculas de un determinado tamaño en forma gradual. Así, se ha calculado un retículo de tamaño tal que pueda liberar hormonas (moléculas de progesterona) poco a poco. Estos dispositivos no actúan ya solamente por su acción mecánica, sino por el efecto hormonal. De esta manera, estos dispositivos, que ya no son inertes, tienen más seguridad. <sup>(5,12,15)</sup>

Es bien sabido que a partir de 1898 se empezó a experimentar por *John Beard*, y a estudiar el ciclo ovárico y la función del cuerpo amarillo y que *Auguste Prenant*, sugirió una función hormonal para este último. Así, se continuaron los estudios y surge la idea de que la anticoncepción hormonal era posible, y fue *Ludwig Haberlandt*, fisiólogo de la Universidad de Innsbruck, quien trabajó y publicó muchos trabajos sobre este tema. Más adelante, en 1929 y 1934 se identificaron los estrógenos y la progesterona respectivamente y después de muchas investigaciones se logró el descubrimiento de potentes compuestos semisintéticos con actividad similar a las hormonas naturales, hasta que por fin se lanzó la primera píldora anticonceptiva llamada Enovid. A partir de este momento hubo una gran carrera comercial, y se lograron innumerables productos de composición similar. Luego surgió la vía parenteral y los llamados implantes, también de mucho éxito. <sup>(5,15)</sup>

Los preparados poscoitales también se utilizan después de la relación sexual y en este caso, la dosis es fundamental, por lo que es un método no muy recomendado. También se investiga y se utilizan las prostaglandinas y el empleo de métodos inmunológicos ha sido creado por la Organización Mundial de la Salud. <sup>(5)</sup>

La anticoncepción en el hombre tiene menos métodos pues solamente cuenta con el uso del condón y la abstinencia periódica. La vasectomía, que es un método permanente, ha venido practicándose desde los años de 1940 y se estima que más de 42 millones de parejas en el mundo dependen de ésta para su anticoncepción. En 1985, se introdujo una nueva técnica de vasectomía sin bisturí que fue desarrollada en China en 1974 por el doctor *Li Shungiang*. <sup>(21,14,5,17)</sup>

La información disponible sobre el empleo tradicional de plantas para regular la fecundidad, es inagotable; antiguos tratados de botánica, farmacopeas, sistemas de medicina tradicional como el Ayurveda de la India, los mencionan. Actualmente se investigan los principios activos de muchas plantas y la selección de éstas se hace por medio de computadoras electrónicas. Las especies más interesantes son probablemente las que se dan en países del tercer mundo como la *Diospyros Tricolor Hiern*, abundante en África y la *Moringa Oleifera Lam* de zonas tropicales de Asia y de uso abortivo. <sup>(21,18,14,5,15)</sup>

La planificación familiar ha sido reconocida como un elemento esencial de la atención primaria de salud, una intervención clave para mejorar la salud de mujeres y niños y un derecho humano para los individuos y la familia. A pesar de los progresos impresionantes hechos en la regulación de la fecundidad humana, no está ni mucho menos resuelto el anticonceptivo perfecto y persiste la necesidad de seguir buscando métodos mejores. <sup>(21,18,14,2,5,13,11,15)</sup>

Es indudable que la anticoncepción tiene que figurar como elemento básico de la atención en medicina, pues el concepto de salud va más allá de la mera ausencia de enfermedad, ya que debe procurar el bienestar integral, tanto físico como mental y social y el conocimiento de sus orígenes, historia y evolución es fundamental. <sup>(14,5,1,8)</sup>

#### 4.2.2 Reflexión acerca de la labor del médico de la familia

Vale la pena reflexionar en estas breves líneas sobre un tema tan polémico como es el de los adolescentes. Este mundo rico en transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, con los lógicos conflictos en su medio familiar y social, muchas veces es incomprendido por la comunidad, y en ocasiones por las propias autoridades médicas, las cuales tienen una gran misión en su labor diaria de educación para la salud. Afrontar este grupo poblacional no en todas las ocasiones tiene el éxito esperado, dado que los resultados de algunas investigaciones médico-sociales son desalentadoras. <sup>(11,16)</sup>

Muchos de estos trabajos se dedican a describir aspectos harto conocidos por nosotros y relacionados con un bajo nivel de conocimiento sobre hábitos higiénicos, dietéticos y de educación sexual, elevada tendencia al alcoholismo, tabaquismo, sedentarismo, alto índice de embarazo en la adolescencia y enfermedades de transmisión sexual. <sup>(1,8)</sup>

Las investigaciones de carácter experimental, es decir, intervenciones dirigidas a lograr cambios o modificaciones de actitudes son las menos y no siempre alcanzan el éxito deseado; esto se explica por la indiferencia que sufren muchos de nuestros adolescentes ante la propuesta de sus médicos de la familia, que en muchos de los casos no se adaptan a sus intereses personales ni a los del grupo; en múltiples ocasiones no se valoran sus necesidades específicas, así como se obvian las particularidades relacionadas con la edad, las costumbres y la región de residencia. <sup>(14)</sup>

¿Hasta cuándo vamos a permanecer indiferentes ante este grupo de muchachos?, la medicina familiar hace un llamado a la creatividad, a desarrollar verdaderos programas de promoción de salud y prevención de enfermedades que garanticen un futuro feliz a todos nuestros adolescentes. La tendencia mundial es la de dar prioridad a las actividades curativas y a la prevención de enfermedades, pero casi nunca se priorizan las de promoción. <sup>(3,17,9)</sup>

La Cumbre Mundial de la Infancia auspiciada por la ONU en el año 1991 hace un llamado mundial para defender los derechos de la niñez. Defender estos

derechos no significa sólo garantizarles una alimentación adecuada, escuela, ropas y zapatos, fácil acceso a los servicios de salud, sino vale la pena reafirmar la necesidad que tiene la sociedad de preparar a estos niños para enfrentar los requerimientos de salud que el futuro les depara. <sup>(14,11)</sup>

### 4.3 Aspectos Culturales y Religiosos

Las diferencias en la sexualidad de hombres y mujeres van mucho más allá de sus especificidades anatómicas. La educación desde la infancia impone al hombre un rol de fuerza. Su mayor fortaleza corporal y su papel de manutención de la familia ha privilegiado en lo masculino los aspectos físicos y económicos, mientras que lo femenino se relaciona con lo sensitivo y emocional. <sup>(8)</sup>

La cultura y la religión ejercen una influencia capital en las decisiones de la gente sobre el empleo de la planificación familiar y la aceptabilidad de ciertos métodos. En todo programa que aspire a ser eficaz habrá que esforzarse en comprender las creencias culturales y religiosas de la clientela y en adaptar en consecuencia los mensajes y estrategias. En general, los programas deben ser respetuosos con las creencias culturales y religiosas de sus clientes a menos que sean dañinas. <sup>(1,17)</sup>

Los comunicadores deben examinar la posibilidad de que en sus programas intervengan algunas personalidades comunitarias y religiosas destacadas. En muchos casos, las creencias culturales o religiosas del grupo estarán de acuerdo con los principios esenciales de la planificación familiar. Casi todas las culturas y religiones, comparten la idea de mejorar la salud materno-infantil, que es uno de los objetivos básicos de los programas de planificación familiar. Si se les hace ver estas analogías, tanto las mujeres como los hombres se darán cuenta de que la planificación familiar no choca en modo alguno con sus creencias culturales o religiosas. <sup>(1,18,9)</sup>

El Onanismo es un término teológico para la anticoncepción que menciona en el libro de Génesis a Onán que usaba de su mujer pero asegurándose de evitar su embarazo "Onán sabía que aquella descendencia no sería suya, y así, cuando tenía relaciones con su cuñada, derramaba en tierra el semen, para no darle un hijo a su hermano. Esto no le gusto a Yavé, y le quitó también la vida." Gen 38, 9-10. <sup>(1)</sup>

### 4.3 Aspectos Filosóficos

Muchos grupos religiosos y políticos se oponen a la contracepción o a los fondos para programas destinados a reducir la fertilidad o a estabilizar el crecimiento de la población. Como resultado, se impide el desarrollo económico y la reducción de la pobreza. Muchas de estas fuerzas también se oponen a la liberación de la mujer y desean que continúen sometidas al varón. <sup>(1,17)</sup>

Los individuos deberían tener el derecho de procrear o no procrear hijos. Todos los individuos deberían tener el derecho de elegir libremente a su pareja, si desea tenerla, así como el número y la periodicidad de los hijos que quiera tener. <sup>(11,1)</sup>

A los estudiantes deberían facilitarse oportunidades para una educación sexual, que debería incluir conducta sexual responsable, planificación familiar y técnicas contraceptivas. <sup>(11)</sup>

#### 4.4. Objetivos del programa de planificación familiar del sistema integral de atención en salud (SIAS)

1. Ofrecer a través de la consejería y la educación en salud, una información adecuada a los individuos, las parejas, y la comunidad, sobre los diferentes métodos de planificación familiar.
2. Reducir la incidencia de los embarazos en la adolescencia, a través de una adecuada información, educación y acceso a los servicios de atención integral a la mujer.
3. Reducir la incidencia de abortos, embarazos no deseados, embarazos de riesgo en las mujeres que los presentan.
4. Promover la participación del componente masculino, en las actividades de planificación familiar de la pareja,
5. Mejorar la calidad de los servicios de atención integral a la mujer.
6. Promover la libre utilización de métodos de planificación familiar por las parejas y los individuos, garantizando la prescripción y aplicación del método según sus necesidades, incluyendo los métodos de prevención de enfermedades de transmisión sexual y del VIH-SIDA. <sup>(12,13,11,9)</sup>

#### 4.5 Métodos anticonceptivos

Las mujeres y los hombres deberían estar en condiciones de determinar de manera libre y responsable el número y el espaciamiento de sus hijos. Para ello tendrían que disponer de una amplia variedad de métodos anticonceptivos acordes con sus necesidades. Actualmente se dispone de una gama de opciones anticonceptivas, cada una de las cuales ofrece características apropiadas para atender las diversas necesidades de los usuarios. <sup>(5,11)</sup>

Existe la tendencia generalizada a incluir en este grupo a todos los métodos que modifican, temporal o permanentemente la capacidad reproductiva del hombre y de la mujer. El mecanismo de acción de estos métodos va desde impedir la liberación del óvulo en el ovario a impedir el encuentro del mismo y el espermatozoide, colocando distintos mecanismos físicos, biológicos y químicos para lograr ese efecto. <sup>(5,11)</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud, el anticonceptivo idóneo sería aquel que reuniera las siguientes condiciones: <sup>(5,12,11)</sup>

1. Debe ser aceptable por ambos miembros de la pareja
2. Debe ser eficaz en un ciento por ciento
3. No debe tener efectos secundarios
4. Debe ser efectivo rápidamente
5. No debe tener influencia sobre la virilidad, la libido y la potencia sexual
6. No debe tener efectos sobre el feto
7. No debe interferir en la espontaneidad del sexo
8. Debe tener un cien por ciento de reversibilidad en el momento deseado

Hoy se dispone de una gran variedad de métodos de planificación familiar: condones, implantes, inyectables, DIU, planificación natural de la familia, anticonceptivos orales, espermicidas, métodos de barrera vaginales, esterilización quirúrgica voluntaria y coito interrumpido. <sup>(5,12,)</sup>

Conviene poder elegir entre varios métodos, ya que la preferencia de cada persona está determinada por distintos factores: preocupaciones personales, consideraciones de salud, coste y comodidad. Estos factores varían según los individuos, las parejas y el entorno cultural. <sup>(2,12,19)</sup>

Los individuos y las parejas pueden cambiar de método, si lo desean, a medida que sus necesidades de planificación familiar vayan cambiando con el tiempo. Los individuos y las parejas tienen derecho a optar o no por la planificación familiar y a elegir el método que prefieran. <sup>(4,5,11)</sup>

#### Métodos de Abstinencia Periódica (Métodos Naturales)

Descripción: <sup>(5,12,11)</sup>

Se evita las relaciones sexuales en los días fértiles

Características:

- Carecen de efectos secundarios
- Involucran la participación del hombre
- La fertilidad se conserva constante
- Requiere gran motivación y comunicación entre las parejas
- Son poco efectivos para mujeres con ciclos menstruales irregulares
- La pareja debe evitar las relaciones sexuales entre 10 y 20 días

Efectividad anticonceptiva:

De 100 mujeres que utilizan el método durante un año 20 pueden quedar embarazadas (Tasa de fracaso 20%)

#### Coito Interrumpido

Descripción: <sup>(5,12)</sup>

Maniobra consistente en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación

Características:

- Se interrumpe la relación sexual
- Involucra la participación del hombre
- La fertilidad se conserva constante
- Se requiere gran motivación y comunicación de la pareja
- Son poco efectivos
- No protege contra ETS

Efectividad anticonceptiva:

Tasa de fracaso de 18%

#### Espermicidas Vaginales

Descripción: <sup>(5,12)</sup>

Agentes químicos que se introducen en la vagina para inactivar los espermatozoides

#### Características:

- La fertilidad se conserva constante
- No protegen contra ETS
- Son poco efectivos
- Pueden causar Alergia

Efectividad anticonceptiva:

Tasa de fracaso del 18-28%

#### Tabletas Orales (Anticonceptivos Orales Combinados)

Descripción: <sup>(5,12,11)</sup>

Son tabletas que contienen estrógeno y progesterona, impiden que madure el óvulo en el ovario

#### Características:

- Las menstruaciones son menos voluminosas
- El embarazo puede ocurrir inmediatamente al suspenderlas
- Deben tomarse todos los días

Efectividad anticonceptiva:

Tres de cada 100 mujeres que usan este método quedan embarazadas (Tasa de fracaso 1-8%)

#### Método Inyectable

Descripción: <sup>(5,12,11)</sup>

Contiene progestina de depósito, se libera lentamente, su acción es efectiva durante 3 meses. Su acción es evitar la maduración del óvulo a nivel del ovario.

#### Características:

- Las menstruaciones son escasas, al cabo de 3 a 6 meses en el 80% de las usuarias desaparecen
- Los cambios en la menstruación son muy frecuentes
- El retorno a la fertilidad puede durar 18 meses
- Al inicio puede haber manchado vaginal irregular

Efectividad anticonceptiva:

De 100 mujeres que usan la inyección durante un año solamente una puede quedar embarazada (Tasa de fracaso 0.2%)

#### Implantes (Implantes Anticonceptivos de NORPLANT)

Descripción: <sup>(5,12)</sup>

Son seis barritas silásticas que llevan en su interior una hormona (levonorgestrel) y se implantan quirúrgicamente bajo la piel en la parte alta del brazo de la mujer.

#### Características:

- De larga duración
- Fácil de retirar si la mujer lo desea

Efectividad anticonceptiva:

Tasa de fracaso de 0.4%

#### Método TCU 380 A

Descripción: <sup>(5,12,11)</sup>

Es un objeto en forma de T, de plástico, con cobre 380 mm<sup>2</sup>

Se coloca dentro de la cavidad Uterina, evita que el óvulo y el espermatozoide se unan

#### Características:

- De larga duración
- Fácil de retirar si la mujer lo desea
- En los primeros días puede haber algo de dolor
- Las menstruaciones pueden ser mas duraderas
- No se recomienda a la mujer que ella o su pareja tengan mas de un compañero sexual

#### Efectividad anticonceptiva:

De 100 mujeres que utilizan el método durante un año una queda embarazada. (Tasa de fracaso de hasta el 3%)

#### Condón o Preservativo

Descripción: <sup>(5,12,11)</sup>

Pequeña bolsa de Látex se coloca en el pene cuando hay erección, antes de tener una relación sexual. El esperma del hombre queda en el condón y de esta manera se evita el contacto con el óvulo.

#### Características:

- No requiere receta ni evaluación por personal de salud
- Protege contra las enfermedades de transmisión sexual incluyendo VIH-SIDA
- Puede interferir con el acto sexual
- En cada relación sexual usar un condón nuevo

#### Efectividad anticonceptiva:

De 100 parejas que usan el condón durante un año 20 podrían quedar embarazadas (si se utiliza adecuadamente la tasa de fracaso es del 12%)

#### Obstrucción y ligadura de las trompas de Falopio (operación de la mujer)

Descripción: <sup>(5,12,11)</sup>

Procedimiento quirúrgico definitivo en el cual se ligan y cortan las trompas de Falopio.

#### Características:

- Procedimiento seguro, dura de 15 a 20 minutos
- Es permanente
- Durante algunos días después de la operación puede haber dolor
- Deja una pequeña cicatriz

#### Efectividad anticonceptiva:

De 100 mujeres que utilizan el método una podría quedar embarazada (0.4%)

#### Obstrucción y ligadura de los conductos deferentes (operación del hombre)

Descripción: <sup>(5, 12,11)</sup>

Procedimiento quirúrgico definitivo en el cual se ligan y cortan los conductos deferentes, que son los que llevan los espermias de los testículos al pene.

#### Características:

- Procedimiento quirúrgico que para realizarlo se requiere 15 a 30 minutos
- Es definitivo
- No es efectivo inmediatamente
- Debe usarse otro método de espaciamiento de embarazos hasta que ya no salgan espermias

Efectividad anticonceptiva:

De 100 hombres que se operan solamente uno podrá producir un embarazo en el primer año de la operación. (Tasa de fracaso 0.15%)

Procedimiento para la obtención del consentimiento informado para anticoncepción quirúrgica voluntaria – AQV –

- Pacientes que solicitan voluntariamente AQV femenina o masculina
- Solicitud de AQV a departamento de trabajo social, consulta externa o al servicio de salud correspondiente, para solicitar su turno y posterior referencia al hospital o centro de salud tipo A.
- Firma del consentimiento informado.
- Referencia a clínica para evaluación médica o efectuada en el servicio de salud correspondiente.<sup>(5,12,13,11,15,19,9)</sup>

#### 4.6 Salud Reproductiva.

Salud reproductiva en su programa de acción, la Conferencia Internacional de 1994 sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) puso de relieve la importancia de la salud reproductiva para el bienestar global de las mujeres y pidió que se emprendieran programas con objeto de mejorar la disponibilidad y la calidad de los programas de salud reproductiva. Según la definición de la CIPD, la salud reproductiva es un estado de completo bienestar físico, mental y social en todo lo relacionado con el sistema reproductor, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Por consiguiente, la salud reproductiva implica que la gente pueda llevar una vida sexual satisfactoria y segura y que tenga la posibilidad de reproducirse y la libertad para decidir, en caso afirmativo, cuándo y con qué frecuencia desea hacerlo.<sup>(12,15,19,8)</sup>

La salud reproductiva comprende tres principales sectores prioritarios

1. Planificación familiar
2. Prevención de defunciones y discapacidades en la madre y el recién nacido
3. Prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)

Uno de los procedimientos más rentables para mejorar la salud reproductiva es mejorar el acceso a los servicios en esos tres sectores. Otros problemas de salud reproductiva que requieren programas especiales son ciertas prácticas tradicionales peligrosas (p. ej., la mutilación genital de las mujeres), las violaciones, la violencia doméstica, la prostitución forzada y la trata de seres humanos, la esterilidad, la malnutrición y la anemia, la osteoporosis, el prolapso uterino y las infecciones y cánceres del aparato genital.

Para un importante sector de la población mundial, la salud reproductiva sigue dejando mucho que desear por diversos motivos: conocimiento insuficiente de la sexualidad humana; información y servicios de salud reproductiva inadecuados, deficientes o inaccesibles; prevalencia elevada de comportamientos sexuales arriesgados; y escasez de opciones para las muchachas y las mujeres a lo largo de la vida. Los adolescentes están especialmente expuestos a padecimientos relacionados con la salud reproductiva

por falta de información y de acceso a servicios adecuados. También a las mujeres y los hombres de más edad se les plantean problemas de salud reproductiva y sexual que a menudo no reciben la atención debida. <sup>(12,15,19,8)</sup>

#### 4.7 Monografía del departamento de Quiché.

##### 4.7.1 Historia:

La palabra quiché tiene varias acepciones, pero la más aceptada es la que de Fray Francisco Ximénez diciendo que la palabra quiché se compone de las voces qui –muchos, significa ché – árboles, o de queché, quecheleu que significa bosque. Durante el período hispánico se conoció este territorio como parte de las provincias de Totonicapán o Huehuetenango de Sololá o Atitlán. El departamento de Quiché fue creado por decreto de la Asamblea Constituyente del 12 de octubre de 1825 quedando como cabecera la villa de ese nombre. En este departamento se hablan las lenguas indígenas K'iche', ixil y uspanteko y sacapulteko además del español.

En lo religioso, el Quiché pertenecía al obispado de Sololá junto a Suchitepéquez. Actualmente existe el obispado del Quiché, erigido el 27 de abril de 1967, que comprende todo su territorio.

Es interesante recordar que el párroco de Santo Tomás Chichicastenango, el padre Fray Francisco Ximénez, cuando llegó a este lugar, a principios del siglo XVIII, recopiló y transcribió el Popol Vuh, libro sagrado de los k'iche'es, y principal obra literaria precolombina de nuestra Guatemala. <sup>(20)</sup>

##### 4.7.2 Fiesta Titular:

Se realiza el 18 de agosto en honor a Santa Elena de la Cruz, durante la celebración se realiza el baile de la culebra, denominado así porque sus actantes o bailarines danzan acompañados por varias serpientes no venenosas. También se realiza el convite de Santa Cruz, llevado a cabo el día 17 de agosto. Se realizan desfiles de los diferentes centros educativos. Además se realiza el baile del venado y del torito. Además de la elección de señorita Santa Cruz.

##### 4.7.3 Demografía:

El departamento de Quiché, con un área de 8,378 kilómetros cuadrados. Según proyecciones del Instituto Nacional de Estadística y del Centro Latinoamericano de Demografía para el año 2000, la población total del departamento era de 588,832 habitantes, de los cuales 491,086 (83.40%) era indígenas; 81,082 (13.77%) no indígenas; y 16,664 (2.83%) ignorado. Entre sus principales vías de comunicación están: la ruta nacional 15 que en la aldea Los Encuentros, municipio de Sololá, entronca con la carretera Interamericana CA.-1; la ruta No. 15 que parte de los Encuentros, atraviesa Chichicastenango, Santa Cruz, San Pedro Jocopilas, Sacapulas y Cunén llega hasta Chajul, que es el municipio situado más al norte y más lejano de la cabecera departamental, ya que dista aproximadamente 110 kilómetros. También está la carretera 7-W que partiendo de Santa Cruz Verapaz, atraviesa San Cristóbal Verapaz, penetra al departamento de Quiché, atraviesa Uspantán,

Cunén, Sacapulas y entra a Huehuetenango pasando por Aguacatán y termina en Chiantla.<sup>(20)</sup>

Lo cruzan varios ríos y riachuelos, entre los principales ríos están el Chixoy o Negro, el Río Blanco, el de Los Encuentros, el Sibacá; el Cacabal, y el Grande o Motagua, además están las lagunas de Lemoa y la de la Estancia en Santa Cruz del Quiché, así como la laguna de San Antonio Ilotenango.

Su terreno es muy irregular, pues sus alturas oscilan entre los 2,310 metros sobre el nivel del mar en Patzité y los 1,196 en Sacapulas, sin embargo hay alturas que alcanzan los 3,000 metros en la cordillera que atraviesa el departamento de oeste a este tal como estribaciones de la Sierra de los Cuchumatanes, por lo que predominan los clima fríos y templados, aunque hay algunas zonas de clima cálido.

Sus municipios: Santa Cruz del Quiché, Chiché, Nebaj, Chinique, Zacualpa, Chajul, Patzité, Chichicastenango, San Antonio Ilotenango, San Pedro Jocopilas, Cunén, San Juan Cotzal, Joyabaj, San Andrés Sajcabajá, Uspantán, Sacapulas, San Bartolomé Jocotenango, Canillá, Chicamán, San Luis Ixcán y Pachalum.

Se pueden dividir en cuatro grupos étnicos bien definidos: 1) K'iche': Es el mayoritario. Se ubican en el resto de los municipios del departamento. 2) Ixil: Ubicado en la región que recientemente se le ha llamado Triángulo Ixil. Esta región está formada por Nebaj, Cotzal y Chajul. 3) PoqomChi': Se localizan en el municipio de Uspantán y Chicamán, donde llegaron después de buscar tierras. Hay cinco aldeas bien definidas: Belejú, Pajuil, El Soch, La May y Tiritibol. 4) Q'eqChi': Originarios de Alta Verapaz. Ocupa el área conocida como Zona Reyna. Llegaron casi en la misma época de los colonizadores alemanes. Además de estas comunidades, encontramos a los Sacapultekos (Sacapulas), Uspantekos (Uspantán), aunque no reconocidos como idiomas propiamente dichos.<sup>(20)</sup>

#### 4.7.4 Ubicación:

Limita al norte con México; al este con los departamentos de Alta y Baja Verapaz; al sur con los de Chimaltenango y Sololá; y al oeste con los de Totonicapán y Huehuetenango.

#### 4.7.5 Actividad económica:

Su producción agrícola es variada, sus principales cultivos son: maíz, trigo, frijol, arroz y tabaco, así como variedad de frutas. También existen bosques con maderas preciosas. En casi todos los municipios hay crianza de ganado vacuno, porcino, caballar, caprino y lanar. Algo muy importante que es necesario resaltar es la producción de la sal gema o de piedra que se extrae especialmente en Sacapulas.

En cuanto a su producción artesanal, el Quiché es uno de los más importantes del altiplano occidental, sobresaliendo la gran variedad de trajes típicos, así como la elaboración de sombreros de palma, la pirotecnia que juega un papel muy

importante en las ceremonias civiles y religiosas de los indígenas y aún de los no indígenas. Asimismo, se encuentran cerámica tradicional, cestería, jarcia, máscaras y otras más. <sup>(20)</sup>

#### 4.7.6 Servicios públicos:

Servicios, drenajes, luz, agua, calles pavimentadas, teléfono y otras comodidades como lo caracteriza un pueblo ya avanzado. <sup>(20)</sup>

### 4.8 Monografía del municipio de Chicamán, Quiché

#### 4.8.1 Historia:

Creado en 1984 con categoría de pueblo, solía ser una aldea de Uspantán. <sup>(20)</sup>

#### 4.8.2 Fiesta titular:

Su fiesta titular se celebra del 5 al 10 de diciembre, siendo el 8 el día principal, en honor a la Virgen de Concepción. <sup>(20)</sup>

#### 4.8.3 Demografía:

Aproximadamente 566.67 kilómetros cuadrados. Se encuentra a 1,470 metros sobre el nivel del mar. Clima cálido. Número de habitantes 17,422, idioma predominante: uspanteko. En su territorio se encuentra el embalse del Chixoy que proporciona energía eléctrica al país. Declarado monumento nacional precolombino por acuerdo gubernativo del 24 de abril de 1931. <sup>(20)</sup>

#### 4.8.4 Ubicación:

Limita al norte con Alta Verapaz; al este con Alta Verapaz y Baja Verapaz; al sur con Baja Verapaz, y al oeste con Uspantán (Quiché). Se encuentra en las estribaciones de la sierra de los Cuchumatanes, al norte de la montaña Los Pajales. Lo cruza el río negro o Chixoy y el Río Chicamán. <sup>(20)</sup>

#### 4.8.5 División Político-Administrativa:

Un pueblo y 16 caseríos.

#### 4.8.6 Actividades económicas:

Producción Agrícola: Maíz, frijol, café, caña de azúcar, cardamomo.

Producción Artesanal: Petates y escobas de palma, cerámica, panela, telas típicas de algodón, candelas, jarcia. <sup>(20)</sup>

#### 4.8.7 Servicios Públicos:

Centro de salud, escuelas, correos y telégrafos, carretera que lo comunica con Uspantán y Tactic (Alta Verapaz), iglesia parroquial, servicio de buses extraurbanos. <sup>(20)</sup>

### 4.9 Monografía del municipio de Chiché, Quiché

#### 4.9.1 Historia:

El nombre de Chiché proviene de las voces k'iche': Chi', la cual es una acepción locativa cuando precede a otra; che', significa árbol. Lo cual se interpreta como:

“lugar donde hay árboles,” o “A la orilla de los árboles” <sup>(20)</sup>.

De los datos registrados acerca de su pasado hispánico (después de 1492,) se conoce que en un inicio su territorio fue terreno ejidal (extensión de tierra indispensable y de uso común en los alrededores de un pueblo, para recolectar madera o material de construcción, espacios para cultivar o para pastoreo) y que a su poblado se le conocía como Chiché. Al año 1769, cuando el arzobispo Cortés y Larraz visitaron la Diócesis de Quiché, señala que el territorio de Chiché había estado a cargo de la congregación dominica y que durante su visita a este lugar ya se había constituido en la hacienda San Juan Bautista Chiché, propiedad de dicha congregación, la cual producía frijol, maíz y ganado Carmack, 1979). <sup>(20)</sup>

En el lugar denominado Laguna Seca I, las tropas del gobierno del Mariscal Vicente Cerna, libraron una batalla con las fuerzas revolucionarias comandadas por los Generales Miguel García Granados y Justo Rufino Barrios, el 29 de mayo de 1871. Esta batalla fue uno de los hechos de armas más importantes de la Revolución de 1871.

Hasta el año 1872, Chiché, al igual que la mayor parte del territorio de Quiché, formó parte del departamento de Sololá, hasta que por Decreto del 12 de agosto de 1872, emitido por el presidente Miguel García Granados, fue creado el departamento de Quiché, integrado por 13 municipios, entre los que figuraba Chiché. <sup>(20)</sup>

Chiché, a diferencia de los demás municipios del departamento, la Iglesia Parroquial no se encuentra ubicada en la plaza principal, sino que fue construida a propósito a cuatro cuadras de ésta, en un lugar elevado, para que se pudiera observar con la iglesia de Chichicastenango, ya que se tiene la creencia que son pueblos hermanos y sus raíces están en ese lugar. Hoy en día a esta iglesia se le conoce con el nombre de Iglesia del Calvario; contando Chiché a la fecha con una iglesia parroquial moderna, ubicada a una cuadra de la Plaza. <sup>(20)</sup>

#### 4.9.2 Fiesta Titular

En la actualidad, la fiesta titular del municipio se celebra cada año en honor a su patrono Santo Tomás Apóstol, del 25 al 29 de diciembre, siendo el día principal el 28. Durante estos días se realiza una serie de danzas tradicionales como son: baile del Torito, baile de Los Mexicanos, dos grupos de El Convite y el baile de la Conquista. Los integrantes de las cofradías tienen por costumbre celebrar las fiestas religiosas al octavo día de la verdadera fecha, sin incluir la Semana Santa y la Navidad. Rindiéndole pleitesía con ceremonias especiales a un santo llamado Tzijolaj, representado por la figura de un hombrecito montado sobre un caballo blanco, llevando en el cuello un collar de monedas de plata. Dichas celebraciones son acompañadas por música de marimba, Chirimía, tambores, bombas voladoras, cohetes, toritos de fuego, bebidas embriagantes y comidas propias del lugar. <sup>(20)</sup>

#### 4.9.3 Demografía:

Extensión territorial 144 kilómetros cuadrados, altitud 2000 metros sobre el nivel del mar. La cabecera municipal se encuentra solamente a 11 kilómetros por carretera asfaltada de la cabecera departamental de Santa Cruz de Quiché, asimismo de la ciudad capital esta a una distancia de 175 kilómetros carretera asfaltada. Chiché es un área con un alto nivel de participación. En las comunidades existen 94 comités legalizados, así mismo se cuenta con 22 Consejos Comunitario de Desarrollo; quedan únicamente 10 comunidades que no cuentan con dicha organización, sin embargo han nombrado a sus representantes titulares y suplentes, quienes solicitan ayuda de la municipalidad, y del Gobierno Central, a través de las diferentes instituciones y de Organizaciones No Gubernamentales para realizar proyectos de infraestructura, salud, educación y productivos, para el desarrollo social de las comunidades. Además existe una organización de mujeres denominada Chichélenes Ajpú con 693 integrantes con representación de 18 comunidades y cuenta con una junta directiva de 9 integrantes.

El municipio de Chiché cuenta con una población de 24,333 habitantes. El idioma principal es el k'iche', y los pobladores (95% de etnia indígena) tienen tradiciones Mayas muy fuertes. <sup>(20)</sup>

#### 4.9.4 Ubicación:

Colinda al norte con Chinique, al este con Zacualpa y Joyabaj, al sur con Chichicastenango y al oeste con Santa Cruz de Quiché. <sup>(20)</sup>

#### 4.9.5 División político-administrativa:

Conformado por 35 centros poblados, de los cuales 1 tiene categoría de pueblo, 5 aldeas 24 cantones 5 parajes. <sup>(20)</sup>

#### 4.9.6 Actividades económicas:

Producción agrícola: La mayoría de la población se dedica a la producción agrícola, siembra de maíz, frijol, etc. <sup>(20)</sup>

### 4.10 Monografía del municipio de Cunén, Quiché.

#### 4.10.1 Historia:

El 24 de abril del año de 1,931, Cunén, por el respectivo acuerdo, fue declarado “monumento nacional precolombino”, esto, indudablemente, porque se que juntamente con otros pueblos como Sacapulas, Uspantán y un Pueblo de Alta Verapaz, sirvieron como vías y estaciones a los Frailes que emprendieron la pacificación y la catequización de los KekChies. Creemos, entonces, que su fundación, como pueblo de características españolas, al igual que otros pueblos como Sacapulas, ocurrió apenas, después de la conquista y que fue hecha por Fray Bartolomé de las Casas. <sup>(20)</sup>

Existe una versión que nos habla de que el pueblo no siempre estuvo asentado en el sitio donde actualmente se halla, sino en los terrenos donde actualmente se encuentra situada la aldea “los trigales” y que debido a que hubo un deslave en

uno de los cerros cercanos, a causa de las inclemencias de un invierno, hubo de ser trasladado a otro sitio. De esto aún se conservan testimonios, y puede apreciarse la parte del cerro que se derrumbó. <sup>(20)</sup>

Esta misma versión habla de que los terrenos donde ahora está el pueblo, servían como cementerio. Se recuerda que cuando se estaba construyendo la nueva Iglesia católica y el edificio municipal, se encontraron osamentas que, probablemente, atestigüen lo que venimos diciendo. <sup>(20)</sup>.

Respecto a su etimología, también existen dos o tres voces, siendo las mas aceptadas estas: “ku” que significa “llanto” y “ne” que significa “niño, es decir; lugar del llanto del niño o llanto de niño.

Es un pueblo indígena en su mayoría, con costumbres propias, aunque en otras se encuentra la mezcla del Españolismo y sus moradores son fieles amantes de sus tradiciones, y hay que tomar en cuenta que es hermoso observar sus cofradías y sus bailes. <sup>(20)</sup>

La llegada de los primeros ladinos, se cree que fue a la Hacienda, pintoresca y sobresaliente aldea de Cunén, a unos 12 kilómetros de la cabecera actual. Esto ocurrió así, porque parece que a los ladinos se les tenía cierta aversión y no se les permitía establecerse en la población. Posteriormente se fueron acercando a los alrededores, hasta que, finalmente, llegaron al pueblo. Hoy forman -ladinos e indígenas – un solo pueblo con las mismas aspiraciones y anhelos. <sup>(20)</sup>

#### 4.10.2 Fiesta Titular:

La patrona del pueblo es la inmaculada Virgen de Candelaria, en cuyo honor se celebra la fiesta Titular, comprendida del 30 de enero al 3 de febrero, fiesta que es visitada por mucha gente que aun conserva su devoción por la sagrada imagen. <sup>(20)</sup>

#### 4.10.3 Demografía:

Población: 17,727 habitantes, altitud: 1,827 metros sobre el nivel del mar, extensión territorial: 160 km<sup>2</sup>, clima: Frío, Idioma: K'iche, predominan las religiones católica y evangélica, aunque se practican otras como por ejemplo el mormonismo.

Un lugar turístico interesante son las grutas y el mirador del entronque. Se encuentran además, en su territorio 2 sitios arqueológicos. Entre las danzas folklóricas que se presentan en este municipio se puede mencionar la danza de "La Conquista", "El Torito", "El Venado", "Seleyudos" y "Los Tantuques".

Además del idioma español, en este municipio se habla Quiché. <sup>(20)</sup>

#### 4.10.4 Ubicación:

El municipio tiene una extensión de 168 kilómetros cuadrados y está a una altura de 1765 metros sobre el nivel del mar, en consecuencia su clima es frío, dista de la cabecera departamental a 68 Kilómetro, contando con una carretera de

terracería asta el vecino municipio de Sacapulas, luego de Sacapulas a la cabecera departamental Santa Cruz de Quiché ya se cuenta con carretera asfaltada.

Limita con la Sierra de los Cuchumatanes al norte, con Sacapulas al sur, con Uspantán al oeste y Huehuetenango al este. <sup>(20)</sup>

#### 4.10.5 División Político- Administrativa:

El municipio está Formado por las siguientes: 49 entre estas aldeas, cantones, caseríos y parajes. <sup>(20)</sup>

#### 4.10.6 Actividad Económica:

Su economía es básicamente agrícola y artesanal con elaboración de alfarería, tejidos, cestería, objetos de jarcia. Artículos de madera como muebles e instrumentos musicales, sombreros de palma, cerería, cuero, tejas de barro y cohetería. <sup>(20)</sup>

#### 4.10.7 Servicios Públicos:

Centro de salud, escuelas, correos y telégrafos, carretera que lo comunica con Uspantán y Sacapulas, iglesia parroquial, servicio de buses extraurbanos. <sup>(20)</sup>

### 4.11 Monografía del municipio de San Pedro Jocopilas, Quiché

#### 4.11.1 Historia:

El área que ocupa en la actualidad San Pedro Jocopilas, estuvo habitada antes de la conquista por la formación territorial de la comunidad de Utatlán (principal ciudad Quiché). En la parte occidental del territorio se estableció el calpul sakmlob del grupo Amak' Tam (los calpules eran las unidades territoriales que integraban la confederación Quiché), un sitio arqueológico con plaza, a 10 kilómetros de la cabecera (las Rosas) y otro más cercano (Sakalak), probablemente el principal asentamiento pre-quiché del área, son dos de los testimonios existentes sobre la población en el periodo anterior a la conquista. <sup>(20)</sup>

De los datos registrados acerca de su pasado, durante el periodo hispánico (después de 1492), se describió que don Pedro de Alvarado llegó a Utatlán en la primavera de 1524, con el fin de someter a sus pobladores. Los calpules ubicados en San Pedro Jocopilas). Su estrategia era quemar la ciudad cuando los invasores entraran, sin embargo el plan fue revelado y descubierto, lo que permitió la reacción de los españoles que lograron vencerlos, apresando a los señores principales y juzgando al pueblo Quiché. Posteriormente alrededor de 1549, los habitantes de la región central de Quiché fueron reducidos en pueblos, por parte de los frailes dominicos.

Alrededor de 1800, Domingo Juarros escribió que san Pedro Jocopilas era curato del partido de Solota. Tenía el curato dos iglesias, seis cofradías y un trapiche. El pueblo contaba con 1090 feligreses de habla quiché. <sup>(20)</sup>

A consecuencia de la organización territorial, durante el régimen liberal, que

contempló la creación del departamento de Quiché por decreto gubernativo 72 del 12 de agosto de 1872, figuro San Pedro Jocopilas dentro de sus municipios integrantes.

El caserío Comitancillo de la Aldea Santa María, fue declarado Monumento Nacional Arqueológico por acuerdo gubernativo del 24 de abril de 1931. <sup>(20)</sup>

#### 4.11.2 Fiesta Titular:

En la actualidad la fiesta titular del municipio se celebra cada año en honor a su patrón el apóstol San Pedro, del 26 al 29 de junio, siendo el último el día principal. La mayor parte de las festividades de la población, son de sentido religioso tradicionalmente, las cuales se entrelazan con el cristianismo. Estas son acompañadas de música de marimba, Chirimía, tambores, procesiones, Cohetes, bombas voladoras, comida especial del lugar, bebidas embriagantes, bailes sociales, actos culturales y actividades deportivas. Entre los actos más importantes en estas festividades, se destaca la celebración realizada por la cofradía de San Pedro. <sup>(20)</sup>

Anualmente, durante la celebración en honor al Apóstol san Pedro, se llevan a cabo una serie de danzas tradicionales, entre ellas: Baile La Conquista, baile de El Torito y baile del Venado. <sup>(20)</sup>

#### 4.11.3 Demografía:

Número de habitantes 15,951. Idioma indígena predominante es el K'iche.

Extensión territorial 294.93 kilómetros cuadrados. Altura 2,135 metros sobre el nivel del mar. Desde Santa Cruz de Quiché se llega a la cabecera municipal por carretera, transitable todo el año y dista ocho kilómetros, sobre la ruta que conduce a Sacapulas. Clima templado y frío. En su territorio se encuentran las sierras de Comitancillo y de Chuacús, y los cerros Santa María y Telecux. Lo cruzan 30 ríos, siendo el principal el Negro o Chixoy, así como 13 riachuelos y 4 quebradas.

Entre los servicios con los que cuenta están: farmacia, transporte, cooperativa, transporte de carga, molino de nixtamal, pensiones y hospedajes, comedores y cantinas. <sup>(20)</sup>

Los comités son una opción de organización de las comunidades rurales y urbanas del municipio. Entre las instituciones y organizaciones que hay contribuido a realizar las obras bajo el plan tripartito de cooperación se mencionaron: la municipalidad, consejo departamento de desarrollo urbano y rural, MSPAS, Ministerio de la Defensa nacional, caminos rurales, unidad constructora de edificios escolares. <sup>(20)</sup>

#### 4.11.4 Ubicación:

Limita al norte con Sacapulas, Aguacatán y Huehuetenango (Huehuetenango); al este con Sacapulas, San Bartolomé Jocotenango y San Andrés Sajcabajá (Quiché); al sur con Chinique, Santa Cruz de Quiché, San Antonio Ilostenango (Quiché) y Santa Lucía La Reforma (Totonicapán), al oeste con Santa Lucía La

Reforma (Totonicapán) y Malacatancito (Huehuetenango). <sup>(20)</sup>

4.11.5 División Político-Administrativa:  
Un pueblo, 1 aldea y 41 caseríos. <sup>(20)</sup>

4.11.6 Actividad económica:

Producción Agrícola: maíz, frijol, y haba. <sup>(20)</sup>

Producción Artesanal: Trenzas y sombreros de palma, tejidos de lana y algodón, teja y ladrillo de barro. <sup>(20)</sup>

4.11.7 Servicios Públicos:

Agua Potable, correos y telégrafos, energía eléctrica, teléfono, puesto de salud, iglesia parroquial. <sup>(20)</sup>

#### 4.12 Monografía del municipio de Zacualpa, Quiché

4.12.1 Historia:

En noviembre de 1825 la asamblea constituyente del Estado de Guatemala decretó la división del territorio del Estado en 7 departamentos, uno de los cuales era el de Suchitepéquez y Sololá. Este departamento estaba dividido en seis distritos, entre ellos Joyabaj, al que pertenecía la municipalidad de "Sacualpa". A partir de 1852 Suchitepéquez se separa de Sololá y el 12 de agosto de 1872 es creado el departamento de Quiché, apareciendo Zacualpa entre los municipios que lo integraban. <sup>(20)</sup>

Existen varias versiones sobre el significado del nombre de Zacualpa. Según el cronista Fuentes y Guzmán, significa pueblo viejo. De acuerdo con el historiador Jorge Luís Arriola, es una palabra derivada de idioma náhuatl tzacual-pan, que significa lugar de encierro o escondrijo; de tzacoali, encierro, y pan, sufijo locativo. Finalmente, el historiador Francis Gall anota en el diccionario Geográfico de Guatemala, que tzacualli significa montículo y pan significa lugar de abundancia, lo que daría abundancia de promontorios. <sup>(20)</sup>

El territorio que ocupa actualmente el municipio de Zacualpa fue conquistado en el siglo XIII (entre 1250 y 1300 después de Cristo) por guerreros de origen mexicano, que conquistaron a la población nativa de habla quiché, tomando su idioma e imponiendo su organización política y patrones culturales. En ese período, previo a la llegada de los conquistadores, Zacualpa se llamó Pamacá, de acuerdo con la información contenida en el Popol Vuh. <sup>(20)</sup>

El origen del actual pueblo de Zacualpa se remonta al año 1549, cuando en cumplimiento de una Real Cédula y siguiendo las instrucciones giradas por el Oidor Pedro Ramírez de Quiñónez, los misioneros dominicos procedieron a reducir o congregar en pueblos a la población indígena que vivía dispersa, con la finalidad de facilitar la evangelización y el control de la mano de obra. Durante el Período colonial el pueblo fue conocido con los nombres de Azacualpa, La Zacualpa o Espíritu Santo de la Zacualpa. <sup>(20)</sup>

Se cree que el fundador del pueblo fue el dominico Diego de Robledo, razón por la cual el pueblo fue conocido como Zacualpa de Robledo durante cierta época, y que se construyó con los habitantes de los antiguos asentamientos de Ahauquiché, Nihuib, Cahuiquib, Roqueché y otras de la zona. (20) Por el año de 1631, el alcalde mayor de Verapaz, Martín Alfonso Tovilla hizo una visita a la región, señalando que visitó el pueblo Zacualpa del Espíritu Santo o Tzacualpa, que contaba con más de 400 casas (lo que permite suponer no menos de 2,000 habitantes) y que estaba otorgado en encomienda al español Fernando Ruiz de Contreras, secretario del consejo de Indias del Rey de España. (20)

#### 4.12.2 Fiesta Titular:

El municipio de Zacualpa celebra la fiesta titular cuarenta días después del Viernes Santo. Siendo por lo tanto una fiesta movible, además de la fiesta titular; celebran otras fiestas como: celebra el día de la madre (10 de Mayo), celebra el 15 de septiembre (día de la patria), celebra la navidad.

Para el pueblo maya todos los elementos de la naturaleza son considerados como espíritu y vida la mayoría de los mayas guarda un profundo respeto a la naturaleza, porque nos proporciona los medios para sobre vivir, por eso dicen que somos hijos de la tierra. La tierra es nuestra madre, porque por medio de ella nos alimentamos, porque somos originarios de este planeta. Para los sacerdotes mayas la naturaleza se presenta como una familia, donde los elementos centrales son el sol, la tierra y la luna que actúa como padre, madre y abuela. (20)

#### 4.12.3 Demografía:

En el municipio de Zacualpa departamento de Quiché cuenta 28,391 habitantes incluyendo hombres, mujeres y niños. Con una extensión territorial de 336 Km<sup>2</sup>.

La población nativa es aproximada del 60% y la población emigrante es un aproximado de 35% temporalmente, el inmigrante es un aproximado del 5%. Número de habitantes por kilómetros cuadrado es un aproximado de 82 habitantes por kilómetro cuadrado. La altitud es de 1486.48 metros sobre el nivel del mar. Distancia de la cabecera municipal: es de 40 kilómetros de la cabecera municipal, Santa Cruz de Quiché y a 208 de la ciudad capital. El clima es cálido.

La religión predominante en Zacualpa es la católica, también se practica la evangélica y cristiana. Los días de plaza en Zacualpa son los días jueves y domingos. La distribución de la población esta dividido por aldeas. El tamaño de las familias es de 6 a 8 personas. (20)

#### 4.12.4 Ubicación:

Al norte San Andrés Sajcabajá y Canilla. al -sur Joyabaj, al este Joyabaj y Cubulco (Baja Verapaz) al oeste Chinique y San Andrés Sajcabajá. (20)

#### 4.12.5 División Político- Administrativa:

Tiene 1 pueblo y 31 aldeas. (20)

#### 4.12.6 Actividad económica:

A través de la investigación realizada a nivel municipal, se comprobó que el 90% de la población se dedica a la agricultura y trabajos de jornaleros y el 10% se emplea en trabajos de pequeñas industrias, artesanías y servicios profesionales.<sup>(20)</sup>

#### 4.12.7 Servicios Públicos:

El 85% de la población de Zacualpa tiene el acceso de servicios médicos, pero no se cuenta con demasiado personal para atender a las demandas de toda la población

Los servicios estatales de salud están a cargo de un centro de salud tipo “B” el personal esta integrado por un médico permanente, tres técnicos de salud rural, una enfermera graduada, cuatro enfermeras auxiliares, 80 promotores de salud y 85 comadronas. Además en el municipio de Zacualpa, también funciona el Ministerio de agua Viva que presta el servicio de un médico y un odontólogo además proporciona medicina, y asiste aspectos relativos a nutrición. La municipalidad de Zacualpa presta el servicio de ambulancias con la incorporación de 2 unidades una para el área rural y otra para el área urbana.<sup>(20)</sup>

### 4.13 Monografía del municipio de Chichicastenango, Quiché.

#### 4.13.1 Historia:

De acuerdo con el Memorial de Sololá o Anales de los Cakchiqueles (documento indígena del siglo XVII) el territorio que ocupa actualmente el municipio de Santo Tomás Chichicastenango sirvió de asiento a la corte cakchiquel, con el nombre de Chiavar (en idioma cakchiquel), Chuvilá (según el Popol Vuh) o Chugúllá (sobre los Chichicastes o lugar de ortigas).<sup>(20)</sup>

Durante el reinado del poderoso Quikab (1425- 1475), se produjeron dos conflictos entre los quichés y los cakchiqueles. Luego del segundo de dichos conflictos, Quikab ordenó a los cakchiqueles que desalojaran Chiavar y que se trasladaran a Iximche. Después de la muerte de Quijab, los quichés y los cakchiqueles libraron sangrientas batallas, las que facilitaron el camino de los conquistadores españoles.<sup>(20)</sup>

A partir de 1539, la región central de Quiché fue encomendada a los misioneros dominicos, quienes se encargaron de administrar las reducciones o pueblos de indios, que se formaron, especialmente después de 1549.<sup>(20)</sup>

En el año de 1544, el rey de España, Carlos I, otorgó privilegios a varios caciques indígenas por su colaboración en la conquista de la provincia de Verapaz (Tezulutolan). Uno de los caciques favorecidos fue Miguel de Chichicastenango, quien se le otorgó escudo y se le eximio de ser asignado en encomienda y de pagar tributo.

Entre los años 1701 y 1703, Fray Francisco de Ximénez ocupó el cargo de párroco de Santo Tomás Chulá (como se le conocía en esa época) tiempo durante el cual descubrió en el convento el manuscrito del Popol Vuh que

supuestamente fue escrito por el indígena Diego Reynoso en el año 1550. <sup>(20)</sup>

El nombre de Chichicastenango, se originó de la palabra nahuatl Tzitzicastli, que se modificó como Tzitzicastenanco y luego Tzitzicastenango, que significa “en el cercado de las ortigas o en el lugar amurallado por las ortigas”. Ortiga (*Urtica dioica*), planta conocida popularmente como Chichicaste. <sup>(20)</sup>

El 13 de septiembre de 1948, el pueblo de Santo Tomás Chichicastenango fue nombrado a la categoría de villa mediante acuerdo gubernativo de esa fecha y declarado como municipio del departamento de Quiché. <sup>(20)</sup>

#### 4.13.2 Fiesta Titular:

Se celebra la tercera semana de diciembre, siendo el día principal el 27, se celebra en honor a Santo Tomás. En diciembre de todos los años, se lleva a cabo la feria titular del municipio en honor al Patrono Santo Tomás, esto da lugar del comienzo de la feria con distintos convites. Antes de realizar un trabajo o construir algo, primero brindan una oración de permiso al ser Supremo (Dios) y tomar en cuenta las estaciones del tiempo, cuando siembran o cosechan, primero hacen una ofrenda de agradecimiento a Dios. Antes de consumir el sagrado alimento agradecen a Dios. Por su existencia en el mundo agradecen con ofrendas, siendo esto la quema del pom, incienso, candelas, estoraque y cusha, haciéndolo en lugares sagrados. Educan a la juventud y a la niñez en la prevención y conservación del medio ambiente, como también a la humanidad para que así tengan vida larga sobre el mundo y puedan gozar de la vida que Dios les ha permitido. <sup>(20)</sup>

El municipio de Chichicastenango tiene varias tradiciones, una de ellas es la costumbre de realizar sus compras para el consumo diario los días domingos y los días jueves, lo que ha hecho que estos días la plaza pública reciba una gran cantidad de visitantes. La “bendición de semillas” la cual se realiza en los primeros meses del año. <sup>(20)</sup>

En Semana Santa dónde los cristianos, durante cada viernes en los cuarenta días antes de la semana Santa realizan distintas procesiones en las distintas calles del Municipio. La procesión más importante es la del viernes de Semana Santa el cual comienza desde las 3 de la tarde de ese día y culmina en las primeras horas del sábado de gloria, esta actividad también provoca la realización de distintas alfombras en las calles en dónde recorre la procesión. En la semana Santa como en el resto del país, la mayoría de la población Chichicasteca encarga pan el cual prepara con miel el día Jueves Santo y ese mismo día se acostumbra visitar a los familiares y regalarles de este pan.

El día de los Santos es un momento de tradición importante para el pueblo Chichicasteco ya que da comienzo a las fiestas patronales además del momento de recordad a los familiares fallecidos, para esta ocasión se realizan visitas al cementerio, se prepara un altar en cada hogar dónde se acostumbra colocar en el altar, atole de elote, tortillas o tamalitos de elote, güisquiles cosidos, ayote cosido o calabaza en dulce, en esta fecha se da el primer paso del cambio de la

cofradía de Santo Tomás Apóstol patrono del municipio, por lo mismo se realizan bailes ancestrales como “El baile de torito”, “El baile del mexicano” estos se realizan tanto en la plaza municipal como también en la cofradía de Santo Tomás Apóstol. <sup>(20)</sup>

#### 4.13.3 Demografía:

Extensión territorial 400 km<sup>2</sup>, altitud 2,070 mts sobre el nivel del mar, población 101,864 habitantes, clima frío, idioma predominante k'iche, en Santo Tomás Chichicastenango el 93% de la población tiene como idioma materno el Kiché y el 7% el español. Población indígena y no indígena. El 95% de la población se considera indígena y el 5% no indígena. La vida es en la actualidad en la mayoría de centros poblados, tipo rural, campesino, en donde se conservan las tradiciones ancestrales sin la influencia externa. Todavía se puede apreciar en muchos casos las casas de tejas, y adobe, circulares por cañas de milpa, que quedaron como muestra de la cosecha recién pasada. Y se ve el patio enfrente de algunos cuartos y a la par el temascal, que viene a ser el baño sauna para los lugareños. <sup>(20)</sup>

Se ve ya en muchos casos el matrimonio de indígenas con no indígenas, pero en un nivel más alto de la economía. La mayoría de los no indígenas viven en zonas urbanizadas con todos sus servicios, drenajes, luz, agua, calles pavimentadas, teléfono y otras comodidades como lo caracteriza un pueblo ya avanzado. <sup>(20)</sup>

El 85% de la población vive en el área rural y se congregan en 80 comunidades su totalidad de personas indígenas kiches. Las comunidades en la que sus viviendas se localizan de una forma dispersa, y generalmente son hogares donde cohabitan muchas familias. El área urbana la conforman el 13% de la población total de Chichicastenango, que viven en su mayoría en casas multifamiliares. <sup>(20)</sup>

El 45% de la población profesa la religión evangélica, el 39% de la población profesa la religión católica y el 11% de la población practica la espiritualidad maya.

Desde 1930 existen en Santo Tomás Chichicastenango 14 cofradías entre chamentes ligadas a la municipalidad indígena, que estaba encabezada por 2 alcaldes e integradas por 8 regidores, 5 mayores, 2 fiscales y numerosos alguaciles chajales. Las cofradías que existen actualmente en Chichicastenango están vinculadas a las fiestas patronales que se celebran durante todo el año en el Municipio. <sup>(20)</sup>

El traje típico es uno de los rasgos distintivos entre los indígenas en Guatemala lo constituye el traje propio de cada comunidad indígena. El traje de Chichicastenango, sobre todo el masculino, se puede considerar uno de los más vistosos y tradicionales. El traje que usaban los hombres diariamente, es una adaptación de la vestimenta informal occidental acompañado de un sute cuadrado de tela que se coloca en la cabeza. Chichicastenango es uno de los poblados en el que las mujeres aun conservan su traje. Los hombres ya no lo usan por el alto costo de la hechura y del material.

Solamente los Cofrades y Chuch-Kajaws los portan en fiestas especiales. Los hombres usan pantalones cortos y sacos o “cotonos”. El chaquetón ricamente bordado en seda de color rojo, con flecos en la parte de atrás, elaborados con lana seda, que simboliza la lluvia. A principios del Siglo XX, los indígenas no llevaban camisa debajo del Chaquetón, era un orgullo para los nativos llevar el ombligo visible. A esta costumbre obedece el apelativo que los indígenas de otras regiones dieron a los masheños “Tsotsoj Muxux” utilizando su propio idioma, puesto que en Quiché esta frase significa “Ombligo frío”. El pantalón es corto hasta las rodillas, con la característica de tener un pabellón agregado. Antes se utilizaban 4 categorías de motivos con lo que decoraban estos pabellones; la primera categoría se llama “Mam Kij”, (Abuelo Sol), hermoso bordado de seda, formando un sol, con bordados fitomorfos en los bordes extremos, el cual utilizaban los hombres que se encontraban en la plenitud de la virilidad. La segunda categoría se llama “Ala Kij” (Sol Joven), compuesto por dos pequeños soles de seda, que usaban los hombres que aun dependían del abuelo o el padre, los que aun no son un sostén. Tercera categoría “Akal Kij” (Niño Sol) formado por un pequeño sol y una cruz debajo de este, significa la vida que comienza a formarse abajo del sol, es decir que apenas comienza la vida, tiene cuatro rayos luminosos. Cuarta categoría, no lleva ningún diseño, lo usan los hombres que son estériles y no pueden tener sucesión, porque “el no da vida como el sol”. Para finalizar la descripción del pantalón, se dice que es curioso observar que el corte del pantalón en la parte trasera (los fondillos), no es común y acaso sea único, cuatro piezas se unen en cuatro costuras que forman una cruz perfecta. La indumentaria femenina se compone de una blusa conocida en Guatemala con el nombre de “Güipil”, y en Chichicastenango, Quiché se llama “Pot”; de un refajo que parte de la cintura y llega a las rodillas, sostenido arriba de las caderas por una faja tejida de lana, en colores negro y blanco; el herraje o sute y otros adornos”.

Traje diario se compone de un güipil de tres lienzos, tejidos en telar de cintura por las mujeres Chichicastecas, aunque hoy en día hay diferentes tipos de güipiles con motivos florales, el antiguo tiene una simbología especial, representa la cruz K'iche' y el universo donde se borda sobre el cuello al Astro Rey con grandes picos como un sol en éxtasis, en el lienzo principal que comprende la parte de enfrente se encuentra un águila bicéfala, esto a causa de la imposición española, que también representa la fusión de dos culturas, la indígena y la española, además del águila se borda un rosetón a punto que representa los puntos cardinales que en las mangas se encuentran también así son representados al Norte que en lengua K'iche' es “KIEK”; el Sur es “REX”; el este es “KAN”; y el Oeste “KEK”<sup>(20)</sup>.

#### 4.13.4 Ubicación:

Limita con Sololá, Santa Cruz de Quiché.<sup>(20)</sup>

#### 4.13.5 Actividad económica:

Sus principales actividades económicas son la agricultura y el comercio. Por ende el mercado de Santo Tomás Chichicastenango es considerado como uno

de los más importantes y coloridos del altiplano. Y muchos con razón le llaman la Meca del Turismo, por su importante forma de estructura tipo Colonial en la mayoría de sus construcciones habitacionales. <sup>(20)</sup>

#### 4.13.6 Servicios Públicos:

Servicios, drenajes, luz, agua, calles pavimentadas, teléfono y otras comodidades como lo caracteriza un pueblo ya avanzado. <sup>(20)</sup>

### 4.14 Monografía del municipio de Joyabaj, Quiché

#### 4.14.1 Historia:

Durante el período indígena se conoció como Xoyabah o Chuixoyabah . La cabecera se conocía como Santa María Joyabaj o Santa María Xoyabaj. Al norte del municipio existían las ruinas de Sameneb , capital del señorío de Rabinal Achí. En ese lugar existe una pequeña laguneta, por lo cual también ha surgido la duda de si la etimología de joyabaj, pudiera provenir de la corruptela K'iche' Choy - laguna y abaj - piedra, o bien de xol - entre, y abaj , por ser muy pedregoso el municipio debido a la sierra de Chuacús en que está enclavado. <sup>(20)</sup>

Categoría de la Cabecera Municipal: Villa. La cabecera fue elevada a categoría de Villa por acuerdo gubernativo del 16 de abril de 1982. <sup>(20)</sup>

#### 4.14.2 Fiesta Titular:

La feria titular, del Tránsito, se celebra del 10 al 15 de agosto, cuando la iglesia conmemora la Asunción de la Santísima Virgen María. <sup>(20)</sup>

#### 4.14.3 Demografía:

Extensión territorial 472.84 kilómetros cuadrados. Altura: 1,433 metros sobre el nivel del mar. Clima: Frío. Número de habitantes: 34,583. Idioma Indígena predominante: K'iche'.

Sobresale la sierra de Chuacús, las montañas Chichaj y Chichicaste, y 8 cerros. Lo riegan 25 ríos, sobresaliendo el Grande o Motagua; asimismo hay 2 riachuelos y 40 quebradas.

Sitios arqueológicos y turísticos: Se conocen tres centros arqueológicos: Cucul, Joyabaj y Pamchúm. <sup>(20)</sup>

#### 4.14.4 Ubicación:

Límites: al norte con Zacualpa y San Andrés Sajcabajá (Quiché); al este con Cubulco y Granados (Baja Verapaz); al sur con San Juan Sacatepéquez (Guatemala), Tecpán Guatemala, Santa Apolonia, San José Poaquil y San Martín Jilotepeque (Chimaltenango); al oeste con Zacualpa y Chichicaste (Quiché) <sup>(20)</sup>.

#### 4.14.5 División Político-Administrativa:

Un villa 6 aldeas y 74 caseríos. <sup>(20)</sup>

#### 4.14.6 Actividad económica:

Producción Agropecuaria: Maíz, frijol, caña de azúcar (especialmente). Crianza de ganado vacuno, caballar y cerdos. <sup>(20)</sup>

Producción Artesanal: Tejidos de algodón, instrumentos musicales y muebles de madera, ladrillo y teja de barro. <sup>(20)</sup>

#### 4.14.7 Servicios Públicos:

Iglesia parroquial, escuelas, energía eléctrica, correos y telégrafos, puesto de salud, servicio de buses extraurbanos. <sup>(20)</sup>

### 4.15 Monografía del municipio de San Antonio Ilotenango, Quiché.

#### 4.15.1 Fiesta Titular:

La fiesta titular se celebra del 15 al 18 de enero en honor al Santo Cristo de Esquipulas <sup>(20)</sup>.

#### 4.15.2 Demografía:

Extensión: 130.72 kilómetros cuadrados. Altura: 1,950 metros sobre el nivel del mar.

Clima: Frío. Se encuentra enclavado en la sierra de Chuacús, con los cerros Nimjip y Tocolol. La cruzan 11 ríos y 2 quebradas. También tiene 4 lagunetas.

Número de habitantes: 13,612. Idioma indígena predominante: K'iche. <sup>(20)</sup>

#### 4.14.3 Ubicación:

Límites: Al norte con San Pedro Jocopilas (Quiché) y Santa Lucía La Reforma (Totonicapán); al este con San Pedro Jocopilas y Santa Cruz de Quiché (Quiché); al sur con Santa Cruz de Quiché y Patzité (Quiché); al oeste con Totonicapán y Santa María Chiquimula <sup>(20)</sup>.

#### 4.15.4 División Político-Administrativa:

Un pueblo y 18 caseríos.

#### 4.15.5 actividad económica:

Producción Agrícola: Maíz, trigo, café, y haba.

Producción Artesanal: Tejidos típicos, cerámica, jarcia, muebles de madera, trenzas y sombreros de palma, productos de hojalata, joyería, candelas, teja de barro. <sup>(20)</sup>

#### 4.15.6 Servicios Públicos:

Correos y telégrafos, agua potable, energía eléctrica, iglesia parroquial, servicio de buses extraurbanos. <sup>(20)</sup>

### 4.16 Monografía del municipio de Sacapulas, Quiché

#### 4.16.1 Historia:

El nombre de Sacapulas proviene de las voces Nahuatl: Zaca (forma reducida de zacatl y pulo: paja; lo que se interpreta como "zacate desmenuzado". El "Popol

Vuh" ya lo menciona como: Tuhulhá, Tuhál o Tuj, palabras que se interpretan como "baños de vapor" o "temascal". Otra versión de vecinos del lugar dicen que en sakapulteco, significa: sac = blanco, pulhá = semilla de maíz, lo que traducido podría decir: "la tierra del maíz blanco". Durante el período precolombino, Sacapulas fue capital de un poderoso señorío y centro de importancia estratégica por sus yacimientos de sal, que eran prácticamente los únicos existentes en el territorio de influencia k'iche'.<sup>(20)</sup>

De los años 700 al 900 D.C., algunos sitios del territorio cayeron bajo la influencia tolteca y así se generó una relación social entre ambos grupos y kakchiqueles, rabinales y tzutuhiles que aunque frágil, les permitía vivir en relativa paz, estas alianzas se fortalecían por casamientos entre los diferentes linajes mencionados.<sup>(20)</sup>

En 1,530, el territorio fue conquistado por los españoles al mando de Francisco de Castellanos luego de la caída de Uspantán, sin embargo en 1,528 el pueblo fue otorgado en encomienda a los españoles Antón de Morales y Juan Páez. Ya para el año 1,549 se beneficiaban de la encomienda y el producto principal que recibían era la sal.<sup>(20)</sup>

A partir de ese año, en cumplimiento de una Real Cédula del monarca español y siguiendo instrucciones de Pedro Ramírez de Quiñónez, los misioneros dominicos procedieron a reunir a la población indígena en las llamadas "Reducciones o Pueblos de Indios". En 1,553 fue fundado el convento dominico el cual se convirtió en el principal centro de expansión católica en la región quiché y enlace entre los centros de Chiapas y las Verapaces.<sup>(20)</sup>

En 1,603, el convento de Sacapulas tenía a su cargo 14 pueblos y 3,340 indígenas que pagaban diezmo. En los años siguientes, éste fue perdiendo importancia y en 1,659 fue anexado al convento mayor de Santa Cruz de Quiché.<sup>(20)</sup>

En 1,690 Sacapulas fue dividido en 6 comunidades: San Pedro, San Sebastián, Santiago, Santo Tomás, San Francisco y Santo Domingo, ésta última era la más grande y rica por la posesión de salinas, por lo que durante el período colonial estas comunidades libraron incontables conflictos por el control de las tierras, especialmente en donde había salinas. Entre 1,721 y 1,727, el gran historiador y lingüista dominico Fray Francisco Ximénez ocupó el cargo de superior de este convento.

Sacapulas fue declarado "Monumento Nacional Pre-colombino" por acuerdo gubernativo del 24 de abril de 1,931. Posee varios sitios arqueológicos: Chuitinamit, Tierra Blanca, Xolcopol y Xutixtiox.<sup>(20)</sup>

El 15 de julio por la madrugada, el puente que comunica a la cabecera con Huehuetenango y los otros municipios del norte del departamento, fue destruido por la fuerza del río debido a las constantes lluvias que habían caído en todo el país por la entrada del invierno, por lo que el Ministerio de Comunicaciones y el Cuerpo de Ingenieros del Ejército de Guatemala instalaron uno tipo Bailey, que

se dice es temporal, ya que se piensa construir uno formal con todas sus características pero en otro lugar, por lo que Sacapulas quedaría aislado del comercio que genera el tránsito diario de miles de personas. <sup>(20)</sup>

Por aparte, la carretera que Sacapulas enlaza con los municipios del norte (Nebaj, Cotzal, Chajul, Cunén, Uspantán y Chicamán, así como San Cristóbal Verapaz y Cobán, después de tantos años de abandono por ser de terracería que ocasionaba muchos problemas y grandes nubes de polvo a los viajeros, empezó a ser asfaltada hace cerca de 3 meses y ya lleva una longitud de 5 kms., por lo que se espera que este sueño de muchos Quichéenses sea una realidad completa dentro de muy poco tiempo. <sup>(20)</sup>

#### 4.16.2 Fiesta Titular:

Su fiesta titular se celebra del 1 al 5 de agosto en honor a "Santo Domingo de Guzmán". <sup>(20)</sup>

#### 4.16.3 Demografía:

El censo del 2002 indica que Sacapulas cuenta con 35,710 habitantes, de los cuales, 8,150 viven en el área urbana y 27,560 en el área rural. <sup>(20)</sup>

Sacapulas tiene una extensión territorial de 213 Kms. cuadrados y pertenece a las tierras altas del sistema de Los Cuchumatanes, aunque la cabecera municipal se ubica a 1,196 metros sobre el nivel del mar con un clima cálido seco con temperaturas que van desde los 18 a los 30 grados centígrados, mientras que sus 89 aldeas y caseríos que se ubican en partes medias y altas, mantienen temperaturas desde los 18 a los 24 grados centígrados. <sup>(20)</sup>

En sus orillas, cerca de 25 personas se dedican a la producción de la sal negra, así como existen nacimientos de aguas termales a donde mucha gente de este y otros lugares llega para bañarse porque las consideran medicinales. <sup>(20)</sup>

En cercanías del puente tendido sobre el río se ubican las ventas de dulces típicos como: melcocha, alfeñique, alboroto de colores, sal negra y frutas propias del lugar.

Sacapulas es el punto de reunión de cientos de personas diariamente que por uno u otro motivo se trasladan desde Santa Cruz de Quiché hacia los municipios del norte del departamento o hacia Huehuetenango y viceversa, pues el puente "Fray Bartolomé de Las Casas" es el punto de enlace. <sup>(20)</sup>

El idioma predominante es el sakapulteco derivado del k'iche', también se habla el español. <sup>(20)</sup>

#### 4.16.4 Ubicación:

La cabecera municipal está asentada en las márgenes del río Negro, se encuentra de la cabecera departamental a 49 kms. y de la capital del país, a 213 kms. hacia el norte del departamento por carretera asfaltada. <sup>(20)</sup>

#### 4.16.5 División político- administrativa:

Ochenta aldeas y caseríos que se ubican en partes medias y altas. <sup>(20)</sup>

#### 4.16.6 Actividad económica:

Este municipio es uno de los más productivos del departamento de Quiché, ya que durante todo el año produce verduras, como tomate, cebolla, aguacates, manías y en la época de verano, mangos, naranjas, limones, nances, papaya, caña de azúcar y los tradicionales maíz y frijol. <sup>(20)</sup>

### 4.17 Monografía del municipio de Uspantán

#### 4.17.1 Historia

El nombre de Uspantán se cree que deriva del vocablo kiche Utz-patán. Utz que significa buen o bueno y patán que significa cargo u oficio, de donde se enlaza buen oficio, que se supone refiere a gente trabajadora. <sup>(20)</sup>

Uspantán fue reconocido como municipio el 11 de octubre de 1825 por la primera Asamblea Nacional Constituyente, al decretarse la ley cuarta, perteneciendo al departamento de Totonicapán, antes llamado Alcaldía mayor de Totonicapán. El 12 de agosto de 1872 se creó el departamento de Quiché con municipios desmembrados de Totonicapán y Sololá, entre los que se incluye Uspantán. <sup>(20)</sup>

El 5 de enero de 1984 por el acuerdo gubernativo 1-84 se segregó una parte del municipio de Uspantán y se formó el municipio de Chicamán y un año más tarde por medio del acuerdo gubernativo 722-85 se segregó otra parte del territorio para la creación del municipio de Ixcán. <sup>(20)</sup>

La historia del municipio de Uspantán está marcada por varios acontecimientos en los que se puede mencionar: en el año de 1976 el terremoto causó grandes destrozos en todo el territorio municipal, fenómeno que se repitió el 10 de octubre de 1985 causando la destrucción de casas el 90% de las viviendas de la cabecera municipal. En la década de los 80, se convirtió como muchas comunidades de Quiché en escenario del conflicto armado interno, el cual finalizó con la firma de los acuerdos de paz el 29 de diciembre de 1996. En este periodo muchas aldeas fueron víctimas de la política de la tierra arrasada, lo que hizo que sus habitantes abandonaran sus casas y buscaran refugio en el centro urbano de la población. Actualmente muchas de las familias han retornado a sus comunidades, otras se han establecido en el casco urbano. <sup>(20)</sup>

Uno de los sucesos más recordados y más trágicos es la masacre de 55 campesinos en la carretera que conduce de Calante a Macalajau.

Es motivo de orgullo para este municipio el hecho de que en la aldea Laj Chimel nació la premio Nóbel de la paz de 1992, Rigoberta Menchú Tum. <sup>(20)</sup>

#### 4.17.2 Fiesta titular

Las fiestas patronales de la cabecera municipal se celebran los días 7-9 de

mayo en honor a San Miguel Arcángel. Cada una de las aldeas o comunidades tienen sus celebraciones patronales.<sup>(20)</sup>

Cuenta con varias cofradías en las cuales se destacan los sacerdotes Mayas los cuales realizan ceremonias especiales para la siembra y la cosecha, salud y bienestar de la población, construcción de viviendas, así como para nacimientos y matrimonios.<sup>(20)</sup>

Dentro de las danzas es importante destacar: La Danza de los Sacatunes, La Conquista, El Venado y La del Torito, cada una con historia ancestral que contar en sus ritos.<sup>(20)</sup>

#### 4.17.3 Demografía:

El municipio de San Miguel Uspantán pertenece al departamento de Quiché posee una extensión territorial de 865 kilómetros cuadrados, colinda con los municipios de Ixcan (Quiché) al norte, con Chicamán (Quiché) y San Cristóbal Verapaz (Alta Verapaz) al este, con Canillas, San Andrés Sajcabaja (Quiché) y Cubulco (Baja Verapaz) al sur y con Chapul, San Juan Cotzal y Cunén (Quiché) al oeste. Posee una población aproximada de 48,640 habitantes<sup>(20)</sup>

#### 4.17.4 Ubicación y división política

Dista de la Cabecera municipal a 98 kilómetros y a 255 kilómetros de la ciudad capital. Tiene un total de 150 comunidades.<sup>(20)</sup>

### 4.18 Monografía del Municipio Chinique, Quiché<sup>(20)</sup>

#### 4.18.1 Historia

La palabra Chinique proviene del vocablo echenique, que era el apellido de un hacendado español que vivió en la región, conociéndose inicialmente como lo de Chinique, y que posteriormente cuando se trasformo en población a principios del siglo XIX paso a llamarse simplemente, Chinique. A mediados del siglo XX el ilustre y distinguido maestro Salomón Arévalo Muñoz, lo bautizo como Chinique de Las Flores, tanto de la existencia de las mismas, como por la belleza incomparable de sus mujeres.

Otra versión dice que la palabra Chinique proviene del vocablo K'ichè Chinic' aj taka'aj que significa "En medio de los Planes "pero esta versión carece de validez ya que el mismo esta rodeado de montañas.

El territorio de Chinique estuvo ocupado en el periodo prehistórico por un pueblo al que los Quichés de Utatlán llamaron quejnaj que significa gente que cazaba venados.

Durante los primeros siglos del dominio español el territorio de Chinique perteneció a Santa Cruz de Quiché hasta a principios del siglo XVIII, las áreas de Chiché, Chinique y Patzite que no eran explotadas por los indígenas de Santa Cruz, comenzaron hacer ocupadas por españoles y convertidas en haciendas

ganaderas.

Así nació la hacienda de Chinique, que en 1,752 pertenecía a Juan Barreneche, y es mencionada por el arzobispo Pedro Cortez y Larraz, en 1,770 como una de las haciendas que existían en el territorio de la parroquia de Santa Cruz de Quiché con 47 habitantes.

Se sabe que las primeras familias que habitaron el pueblo de Chinique fueron las de apellidos: Urizar, Noriega, Muñoz, Montufar, Luna, Rosales, Soto, Carbonell, Gómez, Cabrera, Quiroa, López, Peláez, Pérez, de allí proceden las familias de más de 100 años.

En 1,775 los frailes Dominicos adquieren esa propiedad y la agregaron a su hacienda de Chiché, dedicándola a la crianza de ganado. A principios del siglo XIX (1,802) en común vecinos de Chinique hacen gestiones para que un individuo llamado Francisco Pérez les reintegrara tierras comunales que le habían arrendado, lo que significa que Chinique se fundo como pueblo a principios de dicho siglo. En 1,634 lograron que se les midiera un ejido de 91 caballerías.

En la división de los pueblos del estado de Guatemala para la administración de Justicia, del año 1,836. Chinique es mencionado como un pueblo integrante del circuito de Quiché que a su vez era parte del departamento de Solota. La separación de Chinique de la cabecera departamental de Santa Cruz de Quiché se produjo durante el gobierno de Justo Rufino Barrios, como premio a los ladinos de la localidad como ayuda que prestaron a Barrios durante la lucha revolucionaria de 1,870.

El 12 de agosto de 1,872, Chinique con el nombre de Chinic, paso a formar parte del departamento de Quiché, creado por el decreto de esa fecha, con territorios desmembrados por los departamentos de Sololá y Totonicapán.

#### 4.18.2 Feria Titular:

Su fiesta titular se celebra en honor al Cristo Moreno de Esquipulas del 11 al 16 de enero, cuyo día principal es el 15 de enero. Antes la patrona del municipio era la Purísima Concepción de Maria que se celebraba el 12 de diciembre.

#### 4.18.3 Ubicación

Chinique se encuentra a 18 kilómetros de la cabecera departamental y a 181 de la capital, con carretera asfaltada y mucho transporte extraurbano.

Colindancias:

Norte: San Andrés Sajcabaja y Santa Cruz del Quiché

Sur: Santo tomas Chiché

Oeste: Santo Tomas Chiché

Este: Zacualpa

Todos del departamento de Quiché

#### 4.18.4 División político administrativa

Ocho aldeas, 14 caseríos, 2 colonias, 1 pueblo dividido en 6 barrios y 4 zonas

#### 4.18.5 Actividad económica

Agrícolas: Se cultiva principalmente el maíz y el frijol, en algunas comunidades se cosecha café, hortalizas como: zanahoria, Chile, repollo, cebolla, güisquil y papas, todos estos productos se utilizan para consumo familiar o comercio. <sup>(20)</sup>

Pecuarios: La mayoría de los habitantes tiene en sus hogares ganado de patio como: gallinas, patos, chompipes, gansos, cerdos, ovejas, cabras y Chivos; para consumo familiar y muy poco para comercio.

Ganado mayor como: vacas, toros, caballos y bueyes para comercio.

Artesanía: En el municipio se fabrican silos metálicos para guardar maíz, trenzas para sombreros, ollas de barro, todo para el comercio, también hay carpinterías, sastrerías, zapaterías, fabricación de estructuras metálicas.

#### 4.18.6 Servicios Públicos.

Energía Eléctrica: de las 27 comunidades con que cuenta Chinique solamente tres no tienen energía eléctrica, pero ya se tienen los proyectos para el 2006, y solo el área urbana cuenta con alumbrado publico. <sup>(20)</sup>

Sistema Vial: Todos las comunidades del municipio cuentan con vía de acceso balastada.

Agua entubada: el área urbana y en un 90% de las comunidades cuentan con agua entubada.

Teléfono: solo el área urbana cuenta con línea residencial pero en todas las comunidades cuentan con señal celular.

Correos: en el área urbana se cuenta con este servicio, pero para que llegue a las comunidades los presidentes de los COCODES recogen el correo en la municipalidad, en donde es dejado por el trabajador de correos.

Salón de Usos Múltiples: solo existe en el área urbana, en las comunidades utilizan galeras o las escuelas para reunirse.

Bomberos Voluntarios: este servicio es prestado a todo el municipio.

Cementerios: existen tres cementerios en todo el municipio, una en agua tibia I que es el municipal, en la Puerta y en Buena Vista I.

Rastro: existe una instalación en el área urbana.

Mercado: los días de mercado son los viernes y domingos y cuenta con instalaciones propias.

Educación: pre- primaria se cuenta con dos instalaciones que atienden este

nivel

Primaria: en el área urbana hay tres centros que atienden este nivel, y de las 27 comunidades cinco no cuentan con escuela.

Básico: se cuenta con cinco centros que atienden este nivel, dos en el área urbana, uno en La Puerta, uno en Agua Tibia II, y uno en Tapesquillo II.

Salud: se cuenta con un centro de salud clase "B" el cual se encuentra en la cabecera municipal.

Deporte: el municipio cuenta con un Estadio Municipal y varias canchas polideportivas para la recreación de los habitantes y practica el fútbol, baloncesto, balonmano, bádminton, ajedrez, voleibol, tenis de meza, natación (informal) y béisbol (informal), resaltando que en Balonmano Chinique A representado al departamento de Quiché obteniendo 3 medallas de oro, 2 de plata y dos de bronce a nivel nacional.<sup>(20)</sup>

#### 4.19 Monografía del Municipio Pachalum, Quiché

##### 4.19.1 Historia

La referencia que podría ser la más antigua de Pachalum, aparece en el documento indígena del año 1558, "Título real de don Francisco Izquin Nehaib", en el que se hace una enumeración de los pueblos que reconocían como señores a los jefes de las casas reales quichés de Cavec y Nehaib, que incluye a chalum, que podría ser el actual pachalum.

La población de Pachalum fue fundada en 1817; elevada a la categoría de aldea, el 12 de agosto de 1872. La primera escuela fue construida en 1880. En 1918 se iniciaron los "días de plaza". En 1920 se introdujo agua domiciliar con un caudal conducido por tomas.

La aldea era jurisdicción de Joyabaj, Quiché. En 1966 se realizaron las primeras gestiones para elevarla a categoría de municipio, lo que se logró finalmente, al ser creado el municipio de Pachalum, por acuerdo gubernativo No. 377-86 del 8 de julio de 1986.

##### 4.19.2 Feria Titular:

La feria titular se celebra en honor a Todos los Santos de la iglesia católica, y la fecha de ésta es del 27 de octubre al 2 de noviembre.

##### 4.19.3 Ubicación

El municipio de Pachalum colinda al Norte con el municipio de Cubulco, Baja Verapaz, al Oriente con Granados, Baja Verapaz, al Sur con San Martín Jilotepeque, Chimaltenango y al Occidente con Joyabaj, Quiché.

Tiene una extensión territorial de 100 Km<sup>2</sup> y la cabecera municipal se encuentra a 1170 metros sobre nivel del mar.<sup>(20)</sup>

4.19.4 División Político Administrativa  
Una cabecera municipal y 22 aldeas

4.19.5 Actividad Económica  
Agricultura, ganadería y comercio

4.19.6 Servicios Públicos  
Comunicaciones: en el área urbana el servicio telefónico lo brinda la empresa Telgua y Comcel.

En algunas aldeas ése servicio únicamente lo da Comcel por medio de teléfonos celulares

Agua: el servicio de agua domiciliar en el área urbana lo administra un Comité de Vecinos, lo hace con grandes deficiencias ya que no cuenta con un reglamento y administración eficiente. Se cuenta con una tarifa que no responde con el costo del suministro. En las diferentes aldeas ése servicio lo manejan Comités de Vecinos siempre con altos grados de dificultad

Energía: el municipio en un 95% cuenta con el servicio de energía eléctrica, administrado por la empresa Deocsa.

Desechos sólidos: en el área urbana el servicio de extracción de los desechos sólidos lo realiza una persona particular desde hace aproximadamente dos años a través de un contrato con la Municipalidad.

Transporte: el municipio cuenta con el servicio de transporte extra urbano a cargo de empresas particulares. El servicio lo prestan generalmente entre el municipio y la ciudad capital, así como entre Joyabaj, la cabecera departamental, Granados, Saltan y Cubulco

Drenajes: en el área urbana el 95% cuenta con servicio de drenajes <sup>(20)</sup>

4.20. Población de mujeres en edad fértil área de salud de Quiché año 2006

Distrito	MEF	% MEF
Canilla	2170	1.30%
Chicamán	7184	3.84%
Chiché	6297	3.70%
Chichicastenango	24120	10.39%
Chinique	1898	1.23%
Chupol	11745	7.33%
Cunén	7749	5.01%
Joyabaj	8147	23.23%
Pachalum	1905	1.21%
Patzité	1379	1.10%
Sacapulas	8912	5.59%
San Andres	5929	3.07%
San Antonio Ilotenango	5972	3.85%
San Bartolomé Jocotenango	2259	1.63%
San Pedro Jocopilas	6694	4.26%
Santa Cruz	12941	9.15%
Uspantán	14471	8.39%
Zacualpa	8636	5.63%
Total	125467	

Veintiséis por ciento de la población total del departamento de Quiché son mujeres en edad fértil (MEF)

## 5. Hipótesis y Objetivos

El estilo de vida y atención en salud influyen en el uso de métodos de planificación familiar en la población femenina en edad reproductiva en el Área de salud del Quiché.

### 5.1 General

5.1.1. Analizar la relación existente entre el estilo de vida (estado civil, nivel educativo, creencias religiosas, etnia) y el nivel en salud (accesibilidad y educación acerca de planificación familiar); como factores que favorecen el uso de métodos de planificación familiar en la población en edad reproductiva en municipios de Chicamán, Chiché, Chichicastenango, Chinique, Cunén, Joyabaj, Pachalum, Sacapulas, San Antonio Ilotenango, San Pedro Jocopilas, Uspantán, Zacualpa del Área de salud del Quiché.

### 5.2 Específicos

5.1.2. Identificar si:

Ser ladina o indígena favorece el uso de métodos de planificación familiar es ladina o indígena.

El estado civil favorece el uso de métodos de planificación familiar.

La accesibilidad a los servicios de salud afecta el uso de métodos de planificación familiar.

El alfabetismo favorece el uso de métodos de planificación familiar.

Las creencias religiosas favorecen el uso de métodos de planificación familiar.

El conocimiento de métodos de planificación favorece el uso de planificación familiar.

La persona que toma las decisiones en la familia favorece el uso de los métodos de planificación familiar.



## 6. Diseño de Estudio

6.1 Tipo de estudio: Analítico

6.2. Área de estudio:

Municipios de Chicamán, Chiché, Chichicastenango, Chinique, Cunén, Joyabaj, Pachalum, Sacapulas, San Antonio Ilotenango, San Pedro Jocopilas, Uspantán, Zacualpa

6.3 Población y muestra

Universo

Comprendido por 102,068 mujeres en edad fértil de los municipios de Chicamán, Chiché, Chichicastenango, Chinique, Cunén, Joyabaj, Pachalum, Sacapulas, San Antonio Ilotenango, San Pedro Jocopilas, Uspantán, Zacualpa

Muestra

$$\text{Muestra } n = \frac{Mc}{1 + \frac{Mc}{P}} =$$

Donde:

n = muestra

P = población = 102,068

$$Mc = \frac{Z^2 (p) (q)}{LE^2}$$

$Z^2$  = intervalo de confianza = 1.96

P = prevalencia = 0.5

q = complemento = 0.5

LE = limite de error = 0.05

Con un intervalo de confianza de 95% = 1.96

Definición de caso

Mujeres que utilizan métodos de planificación familiar de los municipios de Chicamán, Chiché, Chichicastenango, Chinique, Cunén, Joyabaj, Pachalum, Sacapulas, San Antonio Ilotenango, San Pedro Jocopilas, Uspantán, Zacualpa

Definición de Control

Mujeres que no utilizan algún método de planificación familiar de los municipios de Chicamán, Chiché, Chichicastenango, Chinique, Cunén, Joyabaj, Pachalum, Sacapulas, San Antonio Ilotenango, San Pedro Jocopilas, Uspantán, Zacualpa.

Se estudió por cada caso dos controles.

Municipio	Pob. total	MEF	% de cob. de PF	p	Mc	planifican	no planifican
Chicaman	28094	7184	8	0.08	61.4	67	134
Chiché	23615	6297	5	0.05	38.4	42	84
Chichicastenango	68227	24120	20	0.2	154	170	340
Chinique	8670	1956	5	0.05	38	41	82
Cunén	29512	7749	16	0.16	123	135	270
Joyabaj	61948	8147	16	0.16	123	135	270
Pachalum	8897	1930	16	0.16	123	127	254
Sacapulas	39256	8912	14	0.14	107	117	234
San Antonio Ilostenango	20095	5972	11	0.11	84.5	92	184
San Pedro Jocopilas	25211	6694	11	0.11	84.5	92	184
Uspantán	48663	14471	21	0.21	161	177	354
Zacualpa	29191	8636	5	0.05	38.4	42	84
Total	391379	102068				1237	2474

**Nota:** los datos de la presente tabla fueron obtenidos del consolidado del programa nacional de salud reproductiva del MSPAS hecho por la Dirección de Área de Salud del Quiché

- se encuestaron 1237 mujeres que se hallan actualmente usando un método de planificación familiar
- se encuestaron 2474 mujeres que no están usando actualmente algún método de planificación familiar

Tipo de muestreo: Probabilístico.

#### 6.4 Definición y operacionalización de variables

Variable independiente:

Estilo de vida: estado civil, etnia, creencias religiosas, persona que toma las decisiones, nivel educativo.

Atención en Salud: accesibilidad a los servicios de salud, educación en salud reproductiva

Variable Dependiente

Uso de métodos de planificación familiar

<b>VARIABLES INDEPENDIENTES</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>TIPO</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>
Etnia	Agrupación natural de individuos de igual cultura que admiten grupos raciales y organizaciones sociales varias.	Si la encuestada refiere ser indígena o no indígena (por ser área donde no existe garífuna o xinca se tomará como no indígena: ladina)	nominal	Indígena / no indígena
Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles	Si la encuestada refiere estar casada o unida, o soltera	nominal	unida, soltera

<b>VARIABLES INDEPENDIENTES</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>TIPO</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>
Accesibilidad a los servicios de salud	Que tiene entrada o paso a los servicios de salud	El tiempo para llegar desde su lugar de habitación hasta el servicio de salud es menor de una hora	nominal	menos de una hora caminando , mas de una hora caminando
Alfabetismo	Periodo de tiempo en el cual se asiste a la escuela o a un centro de enseñanza	Si la encuestada sabe leer y escribir	nominal	Sabe leer y escribir
Creencias religiosas	Firme asentimiento y conformidad con alguna determinada religión	Cree la paciente que la planificación va en contra de lo que se le ha enseñado en su grupo religioso	nominal	Si No

<b>VARIABLES INDEPENDIENTES</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>TIPO</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>
Conocimiento de métodos de planificación familiar	Tener idea o noción del algún método anticonceptivo. Toma de decisiones sobre cuándo y cuántos niños desea tener una pareja y a la elección del método anticonceptivo para evitar el embarazo.	la información que las encuestada tengan para evitar embarazos de forma temporal o permanente	nominal	Conoce o no conoce
Persona que toma las decisiones	Persona que determina o resuelve un problema.	Quien es el que decide acerca de cuando usar un método de planificación familiar.	nominal	hombre, mujer, ambos

## 6.5 Procedimiento para la recolección de datos

La recolección de datos se llevó a cabo en cada municipio, de acuerdo a la muestra calculada por comunidad. Se realizó la encuesta a las personas que cumplieron con los criterios de inclusión, con la ayuda de un traductor en las instancias en las que fue necesario.

## 6.6 Aspectos éticos

Para la realización de la investigación se solicitó la autorización de los centros de salud en los municipios mencionados. La información general de los resultados se dió a conocer al área de salud de Quiché, y la identificación de cada persona encuestada no fue revelada.

Las encuestas fueron realizadas por cada uno de los investigadores involucrados en este estudio sin dar ningún incentivo de ningún carácter, la colaboración para proporcionar información fue voluntaria, y en forma privada.

## 6.7 Alcances y limitaciones de la investigación

### Criterios de inclusión

1. edad comprendida entre los 15 y 49 años
2. que usan o no métodos de planificación familiar
3. que aceptaron ser parte del estudio

### Criterios de exclusión

1. personas que no quisieron colaborar con el estudio

## 6.8 Plan de análisis

La información obtenida en las boletas de recolección de datos, se tabuló con el programa Epi info 2005, se calcularon los porcentajes de las variables estudiadas para hacer un análisis comparativo utilizando hojas electrónicas de Excel y tablas de 2x2. Se midió la asociación entre variables a través de la prueba de Chi cuadrado (nivel de significancia mayor de 3.84) y la fuerza de asociación de riesgo estimado con OR.

## 6.9 Recursos utilizados

- Materiales físicos: Computadoras, Hojas de Papel Bond, Lapiceros, Tinta para Impresoras, Fotocopias, Folders, Boletas de recolección de datos.
- Económicos: Hojas de Papel Q.250.00, Tinta de Impresoras Q.300.00, Fotocopias Q.1200.00, Lapiceros Q25.00, Transporte Q1200.00.
- Personales: Estudiantes, Asesor, Revisor.

## 7. Presentación de resultados

### Consolidado municipio de Chicamán, departamento de Quiché Br. Sonia Patricia Portillo Castellanos

**Tabla 1. Distribución por grupo de edad y uso de planificación**

Edad en años	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
15 a 19	5	7.50%	21	15.70%
20 a 24	14	20.90%	18	13.40%
25 a 29	12	17.90%	52	38.80%
30 a 34	8	11.90%	23	17.20%
35 a 39	6	9.00%	13	9.70%
40 a 44	13	19.40%	5	3.70%
45 a 49	9	13.40%	2	3.70%
Total	67	100.00%	134	3.70%

#### Dimensión estilo de vida

**Tabla 2 Distribución por grupo etnia y uso de planificación**

Etnia	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ladina	27	40.30%	20	14.90%
Indígena	40	59.70%	114	85.10%
Total	67	100.00%	134	100.00%

**Tabla 3 Distribución por estado civil y uso de planificación**

Estado civil	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	14	20.90%	22	16.40%
Unido	53	79.10%	112	83.60%
Total	67	100.00%	134	100.00%

**Tabla 4 Distribución por embarazo y uso de planificación**

Embarazo	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Múltipara	57	85.10%	101	75.40%
Primípara	10	14.90%	13	9.70%
Nulípara	0	0.00%	20	14.90%
Total	67	100.00%	134	100.00%

**Tabla 5 Distribución por alfabetismo y uso de planificación**

Alfabetismo	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	25	37.30%	81	60.40%
No	42	62.70%	53	39.60%
Total	67	100.00%	134	100.00%

**Tabla 6 Distribución por creencia religiosa y uso de planificación**

Religión	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	12	17.90%	4	3.00%
Si	55	82.10%	130	97.00%
Total	67	100.00%	134	100.00%

**Tabla 7 Distribución por oposición y uso de planificación**

Oposición	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	36	53.70%	19	14.20%
Si	19	28.40%	111	82.80%
No aplica	12	17.90%	4	3.00%
Total	67	100.00%	134	100.00%

**Tabla 8 Distribución por creencia de pecado y uso de planificación**

Pecado	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	54	80.60%	22	16.40%
Si	13	19.40%	112	83.60%
Total	67	100.00%	134	100.00%

**Tabla 9 Distribución por decisión de uso y uso de planificación**

Decisión	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ambos	42	62.70%	98	73.10%
Hombre	7	10.40%	35	26.10%
Mujer	18	26.90%	1	0.70%
Total	67	100.00%	134	100.00%

**Tabla 10 Distribución por causas de no uso y uso de planificación**

Causa	Frecuencia	Porcentaje
Daños salud	5	3.70%
Económico	7	5.20%
Falta info	41	30.60%
No aplica	0	0.00%
Otros	20	14.90%
Prob accesibilidad	26	19.40%
Rech pareja	35	26.10%
Total	134	100.00%

**Tabla 11 Distribución de futuro uso y uso de planificación**

Utilizaría	Frecuencia	Porcentaje
No	79	59.00%
Si	55	41.00%
No aplica	0	0.00%
Total	134	100.00%

**Dimensión atención de salud****Tabla 12 Distribución por accesibilidad y uso de planificación**

Accesibilidad	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menos 1 hora	67	100.00%	84	62.70%
Mas una hora	0	0.00%	50	37.30%
Total	67	100.00%	134	100.00%

**Tabla 13 Distribución de conocimiento de métodos de planificación y uso de planificación**

Métodos	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	67	100.00%	51	38.10%
No	0	0.00%	83	61.90%
Total	67	100.00%	134	100.00%

**Tabla 14 Distribución de conocimiento para adquisición y uso de planificación**

Adquirir	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	67	100.00%	43	32.10%
No	0	0.00%	91	67.90%
Total	67	100.00%	134	100.00%

**Tabla 15. Consolidado Chi cuadrado y OR**

Variable	Casos	Controles	Chi cuadrado	OR	IC 95%	
Etnia	N=67 ladina=27 indígena=40	N=134 ladina=20 Indígena=114	16.05	3.85	1.85	8.6
Estado civil	N=67 soltero=14 unido=53	N=134 soltero=22 unido=112	0.61			
Accesibilidad	N=67 <una hora=67 >una hora=00	N=134 <una hora=84 >una hora=50	33.28	-	-	-
Alfabetismo	N=67 Si=25 No=42	N=134 Si=81 No=53	9.59	0.39	0.20	0.74
Creencia religiosa	N=67 No=12 Si=55	N=134 No=4 Si=130	21.31	0.04	0.00	00.27
Conocimiento métodos	N=67 Si=67 No=00	N=134 Si=51 No=83	70.69	-	-	-
Decisión	N=67 ambos=48 individual=25	N=134 i ambos=92 individual=36	2.31			

## **Análisis, Discusión e Interpretación**

Se encuentran que entre las edades de 25 a 29 años de las mujeres que planifican (casos) el 20.90% se ubican entre las edades de 20 a 24 años (ver tabla 1).

El 40.30% de las mujeres que planifican son ladinas (ver tabla 2). Ser ladina, en el municipio de Chicamán favorece el uso de métodos de planificación familiar, (Chi cuadrado = 16.05 y OR=3.85) (ver tabla 15). Esto puede deberse a que la mujer ladina tiene más oportunidades de instrucción lo que se asocia con un mayor grado de alfabetismo (Chi cuadrado= 9.59 y OR=0.39), y al mismo tiempo tienen un mejor acceso a los programas de planificación familiar pudiéndose relacionar con un buen conocimiento de los mismos. (Chi cuadrado 70.69).

De las mujeres encuestadas el 20.90% de las que si planifican son solteras (ver tabla 3), con un Chi cuadrado no estadísticamente significativo.

El 17.90% de las mujeres si planifican respectivamente no tienen creencia religiosa (ver tabla 6). Esta condición es un factor que favorece el uso de métodos de planificación familiar (Chi cuadrado de 21.31) (ver tabla 15), esto puede deberse a que no existe la presión de autoridades religiosas que les prohíban el uso de estos métodos ya que en algunos casos estas entidades se oponen a la anticoncepción artificial con un 28.40% de las que si planifican (ver tabla 7), es importante mencionar que el 80.60% de las que si planifican opinan que no es pecado el planificar a pesar de lo que su creencia religiosa les diga (ver tabla 8).

En cuanto a la accesibilidad, evaluada de acuerdo al tiempo que la encuestada necesita para llegar al servicio de salud más cercano desde su lugar de habitación, es menor de una hora en el 100% de las mujeres que si planifican siendo esta variable estadísticamente significativa (Chi cuadrado 33.28) (ver tabla 15) lo que se puede atribuir a que mientras más fácil sea para la usuaria llegar a un servicio de salud, se le facilita la utilización de métodos anticonceptivos.

En el grupo de las mujeres que no planifican, la principal causa para no utilizar métodos de planificación familiar, fue la “falta de información” en casi la tercera parte de las encuestadas (30.60%); seguida por “rechazo de la pareja” (26.10%) lo que se confirma al observar en la tabla 9 que en el 26.10% de las mujeres que no planifican la decisión es tomada por el hombre lo que hace que el nivel de rechazo aumente; y como tercera causa del no uso de los métodos de planificación se encontró el “problemas de accesibilidad” (19.40%), finalmente se observa que las demás causas no representan un porcentaje importante (ver tabla 10).

De las mujeres que no planifican el 41% piensan utilizar algún método de planificación en el futuro (ver tabla 11). Se puede inferir que las mujeres inician la planificación familiar después de haber tenido su primer hijo.

Por último otro factor que favorece el uso de planificación familiar es el conocer donde adquirir los diferentes métodos de planificación, encontrándose que solo el 32.10% de las mujeres que no planifican saben donde obtenerlos (ver tabla 14).

**Consolidado municipio Chiché, departamento de Quiché  
Br. Sayda Madai Mazariegos Juárez**

**Tabla 1. Distribución por grupo de edad y uso de planificación**

Edad en años	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
15 a 19	12	29.3%	10	11.8%
20 a 24	9	22.0%	14	16.5%
25 a 29	3	7.3%	17	20.0%
30 a 34	8	19.5%	17	20.0%
35 a 39	6	14.6%	16	18.8%
40 a 44	3	7.3%	5	5.9%
45 a 49	0	0.0%	6	7.1%
Total	41	100.0%	85	100.0%

**Dimensión Estilo de Vida**

**Tabla 2. Distribución por etnia y uso de planificación**

Etnia	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ladina	33	80.5%	15	17.6%
Indígena	8	19.5%	70	82.4%
Total	41	100.0%	85	100.0%

**Tabla 3. Distribución por estado civil y uso de planificación**

Estado civil	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	38	92.7%	17	20.0%
Unido	3	7.3%	68	80.0%
Total	41	100.0%	85	100.0%

**Tabla 4. Distribución por embarazo y uso de planificación**

Embarazo	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Múltipara	17	41.5%	75	88.2%
Primípara	24	58.5%	10	11.8%
Total	41	100.0%	85	100.0%

**Tabla 5. Distribución por alfabetismo y uso de planificación**

Alfabetismo	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	28	68.3%	18	21.2%
No	13	31.7%	67	78.8%
Total	41	100.0%	85	100.0%

**Tabla 6. Distribución por creencia religiosa y uso de planificación**

Religión	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	8	19.5%	31	36.5%
Si	33	80.5%	54	63.5%
Total	41	100.0%	85	100.0%

**Tabla 7. Distribución por oposición a PF y uso de planificación**

Oposición	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	18	43.9%	48	56.5%
No aplica	6	14.6%	30	35.3%
Si	17	41.5%	7	8.2%
Total	41	100.0%	85	100.0%

**Tabla 8. Distribución por creencia de pecado y uso de planificación**

Pecado PF	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	20	48.8%	52	61.2%
Si	21	51.2%	33	38.8%
Total	41	100.0%	85	100.0%

**Tabla 9. Distribución por decisión de uso y uso de planificación**

Decisión	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ambos	11	26.8%	19	22.4%
Hombre	28	68.3%	65	76.5%
Mujer	2	4.9%	1	1.2%
Total	41	100.0%	85	100.0%

**Tabla 10. Distribución por causas de no uso y uso de planificación**

	Frecuencia	Porcentaje
Daños salud	12	14.1%
Económico	22	25.9%
Falta info	19	22.4%
No aplica	1	1.2%
Prob accesibilidad	12	14.1%
Rech pareja	19	22.4%
Total	85	100.0%

**Tabla 11. Distribución de futuro uso y uso de planificación**

	Frecuencia	Porcentaje
No	64	75.3%
No aplica	1	1.2%
Si	20	23.5%
Total	85	100.0%

### Dimensión atención en salud

**Tabla 12. Distribución por accesibilidad y uso de planificación**

	Casos		Controles	
Accesibilidad	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menos	37	90.2%	18	21.2%
Mas	4	9.8%	67	78.8%
Total	41	100.0%	85	100.0%

**Tabla 13. Distribución de conocimiento de métodos de planificación y uso de planificación**

	Casos		Controles	
Métodos	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	37	90.2%	21	24.7%
No	4	9.8%	64	75.3%
Total	41	100.0%	85	100.0%

**Tabla 14. Distribución de conocimiento para adquisición y uso de planificación**

Adquirir	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	36	87.8%	35	41.2%
No	5	12.2%	50	58.8%
Total	41	100.0%	85	100.0%

**Tabla 15. Consolidado Chi cuadrado y O.R.**

	Variable	Casos	Controles	Chi cuadrado	OR	IC 95%	
1	Etnia	N=41 ladina=33 indígena=8	N=85 ladina=15 indígena=70	46.31	19.25	6.81	56.59
2	Estado civil	N=41 soltero=38 unido=3	N=85 soltero=17 unido=68	59.40	0.02	0.00	0.08
3	Accesibilidad	N=41 <una hora=37 >una hora=4	N=85 <una hora=18 >una hora=67	53.64	34.43	9.91	132.02
4	Alfabetismo	N=41 Si=28 No=13	N=85 Si=18 No=67	26.49	8.08	3.21	20.37
5	Creencia religiosa	N=41 No=08 Si=33	N=85 No=31 Si=54	3.72			
6	Conocimiento métodos	N=41 Si=37 No=04	N=85 Si=21 No=64	47.82	28.19	8.29	106.36
7	Decisión	N=41 ambos=11 individual=30	N=85 ambos=19 individual=66	0.31			

## **Análisis, discusión e interpretación de resultados**

El 29.3% de las mujeres que planifican (casos) se ubica entre las edades de 20 a 29 años. (Ver tabla1).

De las mujeres que planifican el 80.5% son ladinas (Ver tabla 2). Ser ladina, en el municipio de Chiché, favorece el uso de métodos de planificación familiar, (Chi cuadrado de 46.31 y OR de 19.25). Esto puede deberse a que la mujer ladina tiene mayores oportunidades de instrucción lo que se asocia con un mayor grado de alfabetismo (Chi cuadrado de 26.49 y OR de 8.08), al mismo tiempo tiene un mejor acceso a los programas de planificación familiar pudiéndose relacionar con un buen conocimiento de los mismos (Chi cuadrado de 47.82 y un OR de 28.19). (Ver tabla 15).

De las mujeres encuestadas 92.7.% de las que planifican son solteras (Ver tabla 3). El ser soltero favorece el uso de los métodos de planificación familiar (Chi cuadrado de 59.40), esto puede deberse a que toda la población encuestada (100%) tiene uno o más hijos sin estar unidas haciéndolas vivir en una inestabilidad familiar por lo que evitan los embarazos.

El 19.5% de las mujeres que planifican no tienen creencia religiosa. Con un Chi cuadrado de 3.72 lo cual no es estadísticamente significativo para el estudio. (Ver tablas 6 y 15).

En cuanto a la accesibilidad, evaluada de acuerdo al tiempo que la encuestada necesita para llegar al servicio de salud más cercano desde su lugar de habitación, es menor de de una hora, en el 90.2.% de las mujeres que planifican. Siendo esta variable estadísticamente significativa (Chi cuadrado de 53.64 y OR de 34.43). (ver tabla 15). Lo que se puede atribuir a que mientras más fácil sea para la usuaria llegar aun servicio de salud, se le facilita la utilización de métodos anticonceptivos.

En el grupo de las mujeres que no planifican la principal causa para no usar métodos de planificación familiar, fue “económico” con un 25.9%, seguido por “falta de información” con un 22.4%. Lo que se confirma al observar la tabla 9, que la mayoría de las decisiones de planificar son tomadas individualmente y en estos casos cuando es el hombre quien decide, el nivel de rechazo aumenta.

De las mujeres que no planifican 23.5% piensan utilizar algún método de planificación en el futuro.(Ver tabla 11). Se puede inferir que las mujeres que inician la planificación familiar después de haber tenido su primer hijo.

Por último otro factor que favorece el uso de planificación familiar es conocer donde adquirir los diferentes métodos de planificación familiar, encontrándose que el 41.2% de las mujeres que no planifican saben donde obtenerlos.

**Consolidado municipio de Chichicastenango, departamento de Quiché  
Br. Irene Tomasa Tiu Cotuc.**

**Tabla 1. Distribución por grupo de edad y uso de planificación**

Edad en años	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
15 a 19	11	6.5%	45	13.2%
20 a 24	40	23.5%	76	22.4%
25 a 29	36	21.2%	76	22.4%
30 a 34	34	20.0%	60	17.6%
35 a 39	25	14.7%	36	10.6%
40 a 44	16	9.4%	27	7.9%
45 a 49	8	4.7%	20	5.9%
Total	170	100.0%	340	100.0%

**Dimensión estilo de vida**

**Tabla 2. Distribución por etnia y uso de planificación**

Etnia	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ladina	56	32.9%	39	11.5%
Indígena	114	67.1%	301	88.5%
Total	170	100.0%	340	100.0%

**Tabla 3. Distribución por estado civil y uso de planificación**

Estado civil	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	40	23.5%	116	34.1%
Unido	130	76.5%	224	65.9%
Total	170	100.0%	340	100.0%

**Tabla 4. Distribución por embarazo y uso de planificación**

Embarazo	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Múltipara	121	71.2%	228	67.1%
Primípara	49	28.8%	112	32.9%
Total	170	100.0%	340	100.0%

**Tabla 5. Distribución por alfabetismo y uso de planificación**

Alfabetismo	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	126	74.1%	176	51.8%
No	44	25.9%	164	48.2%
Total	170	100.0%	340	100.0%

**Tabla 6. Distribución por creencia religiosa y uso de planificación**

Religión	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	32	18.8%	113	33.2%
Si	138	81.2%	227	66.8%
Total	170	100.0%	340	100.0%

**Tabla 7. Distribución por oposición a PF y uso de planificación**

Oposición	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	96	56.5%	138	40.6%
No aplica	31	18.2%	110	32.4%
Si	43	25.3%	92	27.1%
Total	170	100.00%	340	100.0%

**Tabla 8. Distribución por creencia de pecado y uso de planificación**

Pecado PF	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	132	77.6%	185	54.4%
Si	38	22.4%	155	45.6%
Total	170	100.0%	340	100.0%

**Tabla 9. Distribución por decisión de uso y uso de planificación**

Decisión	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ambos	115	67.6%	234	68.8%
Hombre	31	18.2%	78	22.9%
Mujer	24	14.1%	28	8.2%
Total	170	100.0%	340	100.0%

**Tabla 10. Distribución por causas de no uso y uso de planificación**

Causas	Frecuencia	Porcentaje
Daños salud	101	29.7%
Económico	37	10.9%
Falta info	113	33.2%
Prob accesibilidad	21	6.2%
Rech pareja	68	20.0%
Total	340	100.0%

**Tabla 11. Distribución de futuro uso y uso de planificación**

Utilizaría	Frecuencia	Porcentaje
No	223	65.6%
Si	117	34.4%
Total	340	100.0%

### Dimensión atención en salud

**Tabla 12. Distribución por accesibilidad y uso de planificación**

Accesibilidad	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menos	155	91.2%	224	65.9%
Mas	15	8.8%	116	34.1%
Total	170	100.0%	340	100.0%

**Tabla 13. Distribución de conocimiento de métodos de planificación y uso de planificación**

Métodos	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	168	98.8%	186	54.7%
No	2	1.2%	154	45.3%
Total	170	100.0%	340	100.0%

**Tabla 14. Distribución de conocimiento para adquisición y uso de planificación**

Adquirir	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	170	100.00%	181	53.2%
No	0	0%	159	46.8%
Total	170	100.00%	340	100.0%

**Tabla 15. Consolidado Chi cuadrado y OR**

Variable	Casos	Controles	Chi cuadrado	OR	IC 95%	
Etnia	N = 170 ladina=24 Indígena=146	N = 340 ladina=39 indígena=301	34.47	3,793	2,33	6,18
Estado civil	N = 170 soltera=40 unida=130	N = 340 soltera=116 unida=224	5,98	1.68	1.08	2.62
Accesibilidad	N =170 menos=155 mas=15	N = 340 menos=224 mas=116	37.99	5,351	2.95	9,94
Alfabetismo	N = 170 si=126 no=44	N = 340 si=176 no =164	23.45	2,67	1,75	4.08
Creencia religiosa	N =170 no=32 si=138	N = 340 no=113 si=227	11.57	2.15	1.34	3.44
Conocimiento métodos	N = 170 si=2 no=168	N = 340 si=154 no=186	103.90	69,54	16,57	411.82
Decisión	N = 170 ambos=115 individual=55	N = 340 ambos=234 individual=106	0,78	0,81	0,49	1,33

## **Análisis discusión e interpretación de resultados.**

El 23.5% de las mujeres que planifican (casos) se ubican entre las edades de 20-24 años (ver tabla 1).

De las mujeres que planifican el 32.9% son ladinas (ver tabla 2). Ser ladina, en el municipio de Chichicastenango, favorece el uso de métodos de planificación familiar, (Chi cuadrado = 34.47 y OR=3.79) (ver tabla 15). Esto puede deberse a que la mujer ladina tiene más oportunidades de instrucción lo que se asocia con un mayor grado de alfabetismo (Chi cuadrado= 23.45 y OR=2.67), y al mismo tiempo tienen un mejor acceso a los programas de planificación familiar pudiéndose relacionar con un buen conocimiento de los mismos. (Chi cuadrado 103.90 y OR=69.5).

De las mujeres encuestadas el 23.5% de las que planifican son solteras (ver tabla 3). El ser soltera favorece al uso de los métodos de planificación familiar (Chi cuadrado 5.98) esto puede deberse a que la mayor parte de la población encuestada tiene uno o más hijos sin estar unidas (100 % de ambos grupos) (ver tabla 4) haciéndolas vivir en una inestabilidad familiar por lo que evitan más embarazos.

El 18.8% de las mujeres que planifican, no tienen creencia religiosa (ver tabla 6). Esta condición es un factor que favorece el uso de métodos de planificación familiar (Chi cuadrado de 11.57) con una fuerza de asociación (OR de 2.15) (ver tabla 15), esto puede deberse a que no existe la presión de autoridades religiosas que les prohíban el uso de estos métodos ya que en algunos casos estas entidades se oponen a la anticoncepción artificial con un 56.5% de las mujeres que planifican (ver tabla 7), es importante mencionar que el 77.6% de las que si planifican opinan que no es pecado el planificar a pesar de lo que su creencia religiosa les diga (ver tabla 8).

En cuanto a la accesibilidad, evaluada de acuerdo al tiempo que la encuestada necesita para llegar al servicio de salud más cercano desde su lugar de habitación, es menor de una hora en el 91.2% de las mujeres que planifican siendo esta variable estadísticamente significativa (Chi cuadrado 37.99) (ver tabla 15) lo que se puede atribuir a que mientras más fácil sea para la usuaria llegar a un servicio de salud, se le facilita la utilización de métodos anticonceptivos.

En el grupo de las mujeres que no planifican, la principal causa para no utilizar métodos de planificación familiar, fue la “falta de información” en más de la tercera parte de las encuestadas (33.2%); seguida por “daños a la salud” (29.7%) y como tercera causa del no uso de los métodos de planificación se encontró el “daño a la salud” (19.9%), finalmente se observa que las demás causas no representan un porcentaje importante (ver tabla 10).

De las mujeres que no planifican el 34.4% piensan utilizar algún método de planificación en el futuro (ver tabla 11). Se puede inferir que las mujeres inician la planificación familiar después de haber tenido su primer hijo.

Por último otro factor que favorece el uso de planificación familiar es el conocer donde adquirir los diferentes métodos de planificación, encontrándose que solo el 46.8% de las mujeres que no planifican saben donde obtenerlos (ver tabla 14).

**Consolidado municipio Chinique, departamento de Quiché  
Br. Jorge Roberto Lainez Carrasco**

**Tabla 1. Distribución por grupo de edad y uso de planificación**

Edad en años	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
15 a 19	0	0.00%	20	24.40%
20 a 24	9	22.00%	28	34.10%
25 a 29	8	19.50%	5	6.10%
30 a 34	10	24.40%	9	11.00%
35 a 39	5	12.20%	6	7.30%
40 a 44	3	7.30%	6	7.30%
45 a 49	6	14.60%	8	9.80%
Total	41	100.00%	82	100.00%

**Dimensión estilo de vida**

**Tabla 2. Distribución por etnia y uso de planificación**

Etnia	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ladina	23	56.10%	42	51.20%
Indígena	18	43.90%	40	48.80%
Total	41	100.00%	82	100.00%

**Tabla 3. Distribución por estado civil y uso de planificación**

Estado civil	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	3	7.30%	35	42.70%
Unido	38	92.70%	47	57.30%
Total	41	100.00%	82	100.00%

**Tabla 4. Distribución por embarazo y uso de planificación**

Embarazo	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Múltipara	34	82.90%	36	43.90%
Nulípara	1	2.40%	32	39.00%
Primípara	6	14.60%	14	17.10%
Total	41	100.00%	82	100.00%

**Tabla 5. Distribución por alfabetismo y uso de planificación**

Alfabetismo	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	33	80.50%	60	73.20%
No	8	19.50%	22	26.80%
Total	41	100.00%	82	100.00%

**Tabla 6. Distribución por creencia religiosa y uso de planificación**

Religión	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	1	2.40%	7	8.50%
Si	40	97.60%	75	91.50%
Total	41	100.00%	82	100.00%

**Tabla 7. Distribución por oposición a PF y uso de planificación**

Oposición	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	19	46.30%	46	56.10%
No aplica	1	2.40%	7	8.50%
Si	21	51.20%	29	35.40%
Total	41	100.00%	82	100.00%

**Tabla 8. Distribución por creencia de pecado y uso de planificación**

Pecado PF	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	35	85.40%	63	76.80%
No sabe	0	0.00%	2	2.40%
Si	6	14.60%	17	20.70%
Total	41	100.00%	82	100.00%

**Tabla 9. Distribución por decisión de uso y uso de planificación**

Decisión	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ambos	39	95.10%	76	92.70%
Hombre	0	0.00%	1	1.20%
Mujer	2	4.90%	5	6.10%
Total	41	100.00%	82	100.00%

**Tabla 10. Distribución por causas de no uso y uso de planificación**

Causas	Frecuencia	Porcentaje
Daños salud	7	8.50%
Falta info	16	19.50%
No aplica	0	0.00%
Otros	44	53.70%
Recha pareja	15	18.30%
Total	82	100.00%

**Tabla 11. Distribución de futuro uso y uso de planificación**

Utilizaría	Frecuencia	Porcentaje
No	45	54.90%
Si	37	45.10%
Total	82	100.00%

### Dimensión atención en salud

**Tabla 12. Distribución por accesibilidad y uso de planificación**

Accesibilidad	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menos	29	70.70%	57	69.50%
Mas	12	29.30%	25	30.50%
Total	41	100.00%	82	100.00%

**Tabla 13. Distribución de conocimiento de métodos de planificación y uso de planificación**

Métodos	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	38	92.70%	63	76.80%
No	3	7.30%	19	23.20%
Total	41	100.00%	82	100.00%

**Tabla 14. Distribución de conocimiento para adquisición y uso de planificación**

Adquirir	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	40	97.60%	56	68.30%
No	1	2.40%	26	31.70%
Total	41	100.00%	82	100.00%

**Tabla 15. Consolidado Chi cuadrado y OR**

Variable	Casos	Controles	Chi cuadrado	OR	IC 95%
Etnia	N=41 ladina=23 indígena=18	N=82 ladina=42 indígena=40	0.26		
Estado civil	N=41 soltero=38 unido=3	N=82 soltero=47 unido=35	14.4	0.1100	0.0200 0.4000
Accesibilidad	N=41 <una hora=29 >una hora=12	N=82 <una hora=57 >una hora=25	0.02		
Alfabetismo	N=41 Si=33 No=08	N=82 Si=60 No=22	0.79		
Creencia religiosa	N=41 No=01 Si=40	N=82 No=07 Si=75	1.67		
Conocimiento métodos	N=41 Si=38 No=3	N=82 Si=63 No=19	4.68	3.82	0.97 17.45
Decisión	N=41 ambos=39 individual=2	N=82 ambos=76 individual=6	1.54		

## **Análisis, discusión e interpretación de resultados**

El grupo de edad en las mujeres que planifican, el mayor porcentaje se ubica entre los 20 a 34 años (65.9%). Se observa que las mujeres que no planifican son de menor edad que el grupo anterior (64.6% menores de 29 años). A menor edad la mujer está menos preparada laboral y económicamente para desempeñarse con una familia numerosa. Esta distribución se correlaciona con la población de pirámide ancha de nuestro país (ver tabla 1).

Las mujeres que planifican, 56.1% son ladinas (ver tabla 2).

El conocer métodos de planificación familiar es un factor que favorece el uso de planificación familiar (Chi cuadrado = 4.68 y OR = 3.82) (ver tabla 15). El 92.7% de mujeres que planifican conocen métodos de planificación familiar artificial lo que se correlaciona con un 80% de alfabetismo en este mismo grupo.

De las mujeres que si planifican 2.4% no sabe donde adquirir métodos de planificación artificiales, ya sea que ellas utilicen el método natural o que el esposo consiga los preservativos. (ver tabla 14).

Las mujeres que si planifican 97.5% tienen uno o más hijos. De esto puede inferirse que las mujeres comienzan a usar planificación familiar luego de tener uno o mas hijos y es una escasa cantidad de nulíparas que planifican (0.6%) (ver tabla 4). El ser soltero es un factor que favorece el uso de algún método de planificación familiar (Chi cuadrado = 14.4 y OR = 0.11); esto puede deberse a que las mujeres ya tiene uno o mas hijos y por tener un hogar inestable no desean continuar con esta situación y utilizan un método de planificación para prevenir otro embarazo (ver tablas 3 y 15).

El no tener ninguna creencia religiosa no es un factor que favorezca el uso de planificación. De las mujeres que si planifican 97.6% tiene una creencia religiosa y de estas 51.2% creen que su religión se opone al uso de planificación. A pesar de esto, al responder si personalmente lo consideraban pecado, 85.4% considero que no es pecado. Ambos grupos opinaron que “aunque algunas consideraban que era pecado, también consideraban que era más pecado traer hijos sin tener recursos para atenderlos adecuadamente” (ver tablas 6,7,8 y 15).

Entre las causas de las mujeres que no planifican para no utilizar algún método, el rechazo de la pareja y la falta de información representa un 37% seguido por un 8.5% que no los utiliza por considerarlos dañinos a la salud y el resto fue por otras causas entre las cuales figuran que no tienen pareja actual (ver tabla 10). El 54.9% no piensa utilizar algún método en el futuro por las mismas causas expuestas anteriormente (ver tabla 11).

La accesibilidad no es un factor que favorezca el uso de planificación. De las mujeres que planifican, 70.7% están a menos de una hora del servicio de salud (ver tabla 12).

El tomar la decisión de planificación familiar entre ambos no es un factor que favorece el uso de planificación. De las mujeres que si planifican 95.1% consideran que son

ambos los que deben tomar la decisión para usar planificación familiar (ver tabla 9).

La etnia, la accesibilidad, el alfabetismo, las creencias religiosas y la toma de decisiones no favorecen el uso de planificación familiar. Por lo que estas características evaluadas en este municipio no favorecen el uso de planificación familiar (ver tabla 15).

**Consolidado municipio Cunén, departamento de Quiché  
Br. Paula Patricia Ruiz Velásquez**

**Tabla 1. Distribución por grupo de edad y uso de planificación**

Edad en años	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
15 a 19	6	4.4%	41	15.2%
20 a 24	37	27.4%	58	21.5%
25 a 29	57	42.2%	82	30.4%
30 a 34	22	16.3%	30	11.1%
35 a 39	6	4.4%	26	9.6%
40 a 44	5	3.7%	26	9.6%
45 a 49	2	1.5%	7	2.6%
Total	135	100.0%	270	100.0%

**Dimensión estilo de vida**

**Tabla 2. Distribución por etnia y uso de planificación**

Etnia	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ladina	21	15.6%	75	27.8%
Indígena	114	84.4%	195	72.2%
Total	135	100.0%	270	100.0%

**Tabla 3. Distribución por estado civil y uso de planificación**

Estado civil	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	25	18.5%	49	18.1%
Unido	110	81.5%	221	81.9%
Total	135	100.0%	270	100.0%

**Tabla 4. Distribución por embarazo y uso de planificación**

Embarazo	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Múltipara	126	93.3%	207	76.7%
Nulípara	0	0.0%	31	11.5%
Primípara	9	6.7%	32	11.9%
Total	135	100.0%	270	100.0%

**Tabla 5. Distribución por alfabetismo y uso de planificación**

Alfabetismo	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	38	28.1%	149	55.2%
No	97	71.9%	121	44.8%
Total	135	100.0%	270	100.0%

**Tabla 6. Distribución por creencia religiosa y uso de planificación**

Religión	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	10	7.4%	45	16.7%
Si	125	92.6%	225	83.3%
Total	135	100.0%	270	100.0%

**Tabla 7. Distribución por oposición a PF y uso de planificación**

Oposición	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	119	88.1%	116	43.0%
No aplica	10	7.4%	45	16.7%
Si	6	4.4%	109	40.4%
Total	135	100.0%	270	100.0%

**Tabla 8. Distribución por creencia de pecado y uso de planificación**

Pecado PF	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	111	82.2%	149	55.2%
Si	24	17.8%	121	44.8%
Total	135	100.0%	270	100.0%

**Tabla 9. Distribución por decisión de uso y uso de planificación**

Decisión	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ambos	11	8.1%	113	41.9%
Hombre	122	90.4%	132	48.9%
Mujer	2	1.5%	25	9.3%
Total	135	100.0%	270	100.0%

**Tabla 10. Distribución por causas de no uso y uso de planificación**

Causas	Frecuencia	Porcentaje
Daños salud	26	9.6%
Económico	44	16.3%
Falta info.	65	24.1%
No aplica	0	0.0%
Otros	35	13.0%
Prob. Accesibilidad	16	5.9%
Rech. Pareja	84	31.1%
Total	270	100.0%

**Tabla 11. Distribución de futuro uso y uso de planificación**

Utilizaría	Frecuencia	Porcentaje
No	175	43.2%
No aplica	135	33.3%
Si	95	23.5%
Total	405	100.0%

### Dimensión atención en salud

**Tabla 12. Distribución por accesibilidad y uso de planificación**

Accesibilidad	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menos	34	25.2%	113	41.9%
Mas	101	74.8%	157	58.1%
Total	135	100.0%	270	100.0%

**Tabla 13. Distribución de conocimiento de métodos de planificación y uso de planificación**

Métodos	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	131	97.0%	131	48.5%
No	4	3.0%	139	51.5%
Total	135	100.0%	270	100.0%

**Tabla 14. Distribución de conocimiento para adquisición y uso de planificación**

Adquirir	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	132	97.8%	126	46.7%
No	3	2.2%	144	53.3%
Total	135	100.0%	270	100.0%

**Tabla 15. Consolidado Chi cuadrado y O.R.**

	Variable	Casos	Controles	Chi cuadrado	OR	IC 95%	
1	Etnia	N=135 ladina=21 indígena=114	N=270 ladina=75 indígena=195	7.43	0.48	0.27	0.84
2	Estado civil	N=135 soltero=25 unido=110	N=270 soltero=49 unido=221	0.01			
3	Accesibilidad	N=135 <una hora=34 >una hora=101	N=270 <una hora=113 >una hora=157	10.81	0.47	0.29	0.76
4	Alfabetismo	N=135 Si=38 No=97	N=270 Si=149 No=121	26.47	0.32	0.20	0.51
5	Creencia religiosa	N=135 No=10 Si=125	N=270 No=45 Si=225	6.57	2.50	1.17	5.49
6	Conocimiento métodos	N=135 Si=131 No=4	N=270 Si=131 No=139	92.75	34.75	11.96	113.71
7	Decisión	N=135 ambos=11 individual=124	N=270 ambos=113 individual=157	48.15	0.12	0.06	0.25

## **Análisis, discusión e interpretación de resultados.**

El 69.6% de las mujeres que planifican (casos) se ubican entre las edades de 20 a 29 años (ver tabla 1).

De las mujeres que planifican el 15.6% son ladinas (ver tabla 2). Ser ladina, en el municipio de Cunén, favorece el uso de métodos de planificación familiar, (Chi cuadrado 7.43 y OR = 0.48) (ver tabla 15). Esto puede deberse a que la mujer ladina tiene más oportunidades de instrucción lo que se asocia con un mayor grado de alfabetismo (Chi cuadrado = 26.47 y OR = 0.32), y al mismo tiempo tienen un mejor acceso a los programas de planificación familiar pudiéndose relacionar con un buen conocimiento de los mismos. (Chi cuadrado 92.75 y OR = 34.75).

De las mujeres encuestadas el 18.5% de las que planifican son solteras (ver tabla 3). El ser soltera es estadísticamente no significativo para este estudio con un Chi cuadrado 0.01 (ver tabla 15).

El 100% de la población encuestada de las mujeres que planifican tiene uno o más hijos (ver tabla 4).

El 7.4% de las mujeres que planifican no tienen creencia religiosa (ver tabla 6). Esta condición es un factor que favorece el uso de métodos de planificación familiar (Chi cuadrado de 6.57) con una fuerza de asociación (OR de 2.50) (ver tabla 15), esto puede deberse a que no existe la presión de autoridades religiosas que les prohíban el uso de estos métodos ya que en algunos casos estas entidades se oponen a la anticoncepción artificial con un 88.1% de las que planifican (ver tabla 7), es importante mencionar que el 82.2% de las que planifican opinan que no es pecado el planificar a pesar de lo que su creencia religiosa les diga (ver tabla 8).

En cuanto a la accesibilidad, evaluada de acuerdo al tiempo que la encuestada necesita para llegar al servicio de salud más cercano desde su lugar de habitación, es menor de una hora en el 25.2% de las mujeres que planifican siendo esta variable estadísticamente significativa (Chi cuadrado 10.81) (ver tabla 15) lo que se puede atribuir a que mientras más fácil sea para la usuaria llegar a un servicio de salud, se le facilita la utilización de métodos anticonceptivos.

En el grupo de las mujeres que no planifican, la principal causa para no utilizar métodos de planificación familiar, fue el "rechazo de la pareja" (31.1%); lo que se confirma al observar en la tabla 9 que más de una tercera parte de las decisiones de planificar son tomadas individualmente y en estos casos cuando es el hombre quien decide, el nivel de rechazo aumenta; como segunda causa del no uso de los métodos de planificación se encontró la "falta de información" (24.1%), finalmente se observa que las demás causas no representan un porcentaje importante (ver tabla 10).

De las mujeres que no planifican el 23.5% piensan utilizar algún método de planificación en el futuro (ver tabla 11). Se puede inferir que las mujeres inician la planificación familiar después de haber tenido su primer hijo.

Por último otro factor que favorece el uso de planificación familiar es el conocer donde adquirir los diferentes métodos de planificación, encontrándose que solo el 46.7% de las mujeres que no planifican saben donde obtenerlos (ver tabla 14).

**Consolidado municipio de Joyabaj, departamento de Quiché**

**Tabla 1. Distribución por grupo de edad y uso de planificación**

Edad en años	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
15 a 19	5	3,7%	20	7,4%
20 a 24	21	15,6%	55	20,4%
25 a 29	24	17,8%	74	27,4%
30 a 34	32	23,7%	64	23,7%
35 a 39	27	20,0%	29	10,7%
40 a 44	11	8,1%	5	1,9%
45 a 49	15	11,1%	23	8,5%
Total	135	100,0%	270	100,0%

**Dimensión estilo de vida**

**Tabla 2. Distribución por etnia y uso de planificación**

Etnia	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ladina	43	31,9%	57	21,1%
Indígena	92	68,1%	213	78,9%
Total	135	100,0%	270	100,0%

**Tabla 3. Distribución por estado civil y uso de planificación**

Estado civil	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	25	18,5%	11	4,1%
Unido	110	81,5%	259	95,9%
Total	135	100,0%	270	100,0%

**Tabla 4. Distribución por embarazo y uso de planificación**

Embarazo	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Múltipara	117	86,7%	221	81,9%
Primípara	18	13,3%	49	18,1%
Total	135	100,0%	270	100,00%

**Tabla 5. Distribución por alfabetismo y uso de planificación**

Alfabetismo	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	76	56.3%	140	51.9%
No	59	43.7%	130	48.1%
Total	135	100.0%	270	100.0%

**Tabla 6. Distribución por creencia religiosa y uso de planificación**

Religión	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	10	7.4%	2	0,7%
Si	125	92.6%	268	99.3%
Total	135	100%	270	100.0%

**Tabla 7. Distribución por oposición a PF y uso de planificación**

Oposición	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	16	11,9%	2	0.7%
No aplica	10	7.4%	2	0.7%
Si	109	80.7%	266	98.5%
Total	135	100.00%	270	100.00%

**Tabla 8. Distribución por creencia de pecado y uso de planificación**

Pecado PF	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	51	37.8%	24	8.9%
Si	84	62.2%	246	91.1%
Total	135	100.0%	270	100.00%

**Tabla 9. Distribución por decisión de uso y uso de planificación**

Decisión	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ambos	103	76.3%	216	80.0%
Hombre	28	20.7%	50	18.5%
Mujer	4	3.0%	4	1.5%
Total	135	100.0%	270	100.0%

**Tabla 10. Distribución por causas de no uso y uso de planificación**

Causas	Frecuencia	Porcentaje
Accesibilidad	5	1.9%
Daños salud	56	20.7%
Económicos	17	6.3%
Falta info.	38	14.1%
Rech. Pareja	154	57.0%
Total	270	100.0%

**Tabla 11. Distribución de futuro uso y uso de planificación**

Utilizaría	Frecuencia	Porcentaje
No	169	62.6%
Si	101	37.4%
Total	270	100%

#### Dimensión atención en salud

**Tabla 12. Distribución por accesibilidad y uso de planificación**

Accesibilidad	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menos	94	69.6%	159	58.9%
Mas	41	30.4%	111	41.1%
Total	135	100.0%	270	100.0%

**Tabla 13. Distribución de conocimiento de métodos de planificación y uso de planificación**

Métodos	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	129	95.6%	195	72.2%
No	0	0%	75	27.8%
Total	135	100.0%	270	100.0%

**Tabla 14. Distribución de conocimiento para adquisición y uso de planificación**

Adquirir	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	135	100.00%	189	70.0%
No	0	0%	81	30.0%
Total	135	100.00%	270	100.0%

**Tabla 15. Consolidado Chi cuadrado y OR**

Variable	Casos	Controles	Chi cuadrado	OR	IC 95%
Etnia	N=135 ladina=1 indígena=134	N=270 ladina=101 indígena=169	64.22	0.01	0.001 0.0.
Estado civil	N=135 unido=124 soltero=11	N=270 unido=243 soltero=27	0.36		
Accesibilidad	N=135 <una hora=70 >una hora=65	N=270 <una hora=127 >una hora=143	0.84		
Alfabetismo	N=135 Si=135 No=0	N=270 Si=257 No=13	5.60		
Creencia religiosa	N=135 No=7 Si=128	N=270 No=28 Si=242	3.06		
Conocimiento métodos	N=135 Si=135 No=0	N=270 Si=3 No=267	387		
Decisión	N=135 ambos=99 individual=36	N=270 ambos=150 individual=120	12.01	2.20	1.37 3.54

## **Análisis, discusión e interpretación de resultados.**

El 43.7% de las mujeres que planifican (casos) se ubican entre las edades de 30 a 39 años (ver tabla 1).

De las mujeres que planifican el 31.9% son ladinas (ver tabla 2). Ser ladina, en el municipio de Joyabaj, favorece el uso de métodos de planificación familiar, (Chi cuadrado = 64.22 y OR = 0.01) (ver tabla 15). Esto puede deberse a que la mujer ladina tiene más oportunidades de instrucción lo que se asocia con un mayor grado de alfabetismo (Chi cuadrado = 5.25), y al mismo tiempo tienen un mejor acceso a los programas de planificación familiar pudiéndose relacionar con un buen conocimiento de los mismos. (Chi cuadrado 387).

De las mujeres encuestadas el 18.5% de las que planifican son solteras (ver tabla 3). Estadísticamente no significativo para el estudio.

El 7.4% de las mujeres que planifican no tienen creencia religiosa (ver tabla 6). No significativo para nuestro estudio.

En cuanto a la accesibilidad, evaluada de acuerdo al tiempo que la encuestada necesita para llegar al servicio de salud más cercano desde su lugar de habitación, es menor de una hora en el 69.62% de las mujeres que planifican, siendo esta variable no significativa para el estudio.

En el grupo de las mujeres que no planifican, la principal causa para no utilizar métodos de planificación familiar, fue la “rechazo de la pareja” más de la mitad de las encuestadas (57.0%); seguida por “daños a la salud” (20.7%); y como tercera causa del no uso de los métodos de planificación se encontró la “falta de información” (14.1%), finalmente se observa que las demás causas no representan un porcentaje importante (ver tabla 10).

De las mujeres que no planifican el 37.4% piensan utilizar algún método de planificación en el futuro (ver tabla 11). Se puede inferir que las mujeres inician la planificación familiar después de haber tenido su primer hijo.

Por último otro factor que favorece el uso de planificación familiar es el conocer donde adquirir los diferentes métodos de planificación, encontrándose que el 70% de las mujeres que no planifican saben donde obtenerlos (ver tabla 14).

**Consolidado municipio Pachalum, departamento Quiché  
Br. Javier Armando Castro Villatoro**

**Tabla 1. Distribución por grupo de edad y uso de planificación**

Edad en años	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
15 a 19	19	15,0%	57	22,4%
20 a 24	29	22,8%	59	23,2%
25 a 29	28	22,0%	36	14,2%
30 a 34	18	14,2%	33	13,0%
35 a 39	13	10,2%	29	11,4%
40 a 44	10	7,9%	23	9,1%
45 a 49	10	7,9%	17	6,7%
Total	127	100,0%	254	100,0%

**Dimensión estilo de vida**

**Tabla 2. Distribución por etnia y uso de planificación**

Etnia	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ladina	68	53,5%	109	42,9%
Indígena	59	46,5%	145	57,1%
Total	127	100,0%	254	100,0%

**Tabla 3. Distribución por estado civil y uso de planificación**

Estado civil	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	12	9,4%	84	33,1%
Unido	115	90,6%	170	66,9%
Total	127	100,0%	254	100,0%

**Tabla 4. Distribución por embarazo y uso de planificación**

Embarazo	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Múltipara	102	80,3%	146	57,5%
Nulípara	2	1,6%	61	24,0%
Primípara	23	18,1%	47	18,5%
Total	127	100,0%	254	100,0%

**Tabla 5. Distribución por alfabetismo y uso de planificación**

Alfabetismo	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	87	68,5%	168	66,1%
No	40	31,5%	86	33,9%
Total	127	100,0%	254	100,0%

**Tabla 6. Distribución por creencias religiosas y uso de planificación**

Creencia religiosa	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	16	6,3%	9	7,1%
Si	238	93,7%	118	92,9%
Total	254	100,0%	127	100,0%

**Tabla 7. Distribución por oposición y uso de planificación**

Oposición	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	87	68,5%	152	59,8%
No aplica	8	6,3%	13	5,1%
Si	32	25,2%	89	35,0%
Total	127	100,0%	254	100,0%

**Tabla 8. Distribución por creencia de pecado y uso de planificación**

Pecado	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	105	82,7%	155	61,0%
Si	22	17,3%	99	39,0%
Total	127	100,0%	254	100,0%

**Tabla 9. Distribución por decisión de uso y uso de planificación**

Decisión	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ambos	109	85,8%	201	79,1%
Hombre	12	9,4%	30	11,8%
Mujer	6	4,7%	23	9,1%
Total	127	100,0%	254	100,0%

**Tabla 10. Distribución por causas de no uso y uso de planificación**

Causas	Frecuencia	Porcentaje
Daños a la salud	15	5,9%
Falta info	88	34,6%
No aplica	0	0,0%
Otros	98	38,6%
Rechazo	53	20,9%
Total	254	100,0%

**Tabla 11. Distribución por futuro uso y uso de planificación**

Utilizaría	Frecuencia	Porcentaje
No	125	49,2%
No aplica	0	0,0%
Si	129	50,8%
Total	254	100,0%

### Dimensión atención en salud

**Tabla 12. Distribución por accesibilidad y uso de planificación**

Accesibilidad	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menos 1 hora	82	64,6%	153	60,2%
Mas una hora	45	35,4%	101	39,8%
Total	127	100,0%	254	100,0%

**Tabla 13. Distribución por conocimientos de métodos de planificación y uso de planificación**

Métodos	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	127	100,0%	132	52,0%
No	0	0,0%	122	48,0%
Total	127	100,0%	254	100,0%

**Tabla 14. Distribución por adquisición y uso de planificación**

Adquirir	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	127	100,0%	140	55,1%
No	0	0,0%	114	44,9%
Total	127	100,0%	254	100,0%

**Tabla 15. Consolidado Chi cuadrado y OR**

	Casos	Controles	Chi cuadrado	OR	IC 95%	
Etnia	N = 127 Ladina=68 indígena=59	N = 254 ladina=109 indígena=145	3.85	1.53	0.98	2.41
Estado civil	N = 127 unida=115 soltera=12	N = 254 unida=170 soltera=84	25,07	0,21	0,1	0,42
Accesibilidad	N = 127 <1 hora=82 >1 hora=45	N = 254 <1 hora=153 >1 hora=101	0.67			
Alfabetismo	N = 127 si=40 no=87	N = 254 si=86 no=168	0.21			
Creencias religiosas	N = 127 no=9 si=118	N=254 no=16 si=238	0.09			
Conocimiento de métodos	N = 127 si=127 n=0	N = 254 si=137 no=122	87,54	-	-	-
Decisión	N = 127 ambos=109 individual=18	N =254 ambos=201 individual=53	2.50			

## **Análisis, descripción e interpretación de resultados**

Dentro de las mujeres que planifican el mayor porcentaje se encontró en las edades de 20 a 24 años (23%) seguido por las mujeres de 25 a 29 años (22%) el menor porcentaje se encontró en los grupos de 40 a 44 años y 45 a 49 años (8% cada grupo) (ver tabla 1), se encontró un mayor porcentaje de mujeres jóvenes que inician su familia y muchas de ellas no tienen el conocimiento o la preparación para asumir esta responsabilidad.

En las mujeres que planifican el 53.5% son ladinas (ver tabla 2). Los datos obtenidos demuestran que el ser ladina favorece el uso de los métodos de planificación (Chi cuadrado 3.85) con una fuerza de asociación de OR 1.53 (ver tabla 15). Esto puede deberse a que las mujeres ladinas tienen más oportunidades de instrucción, (ver tabla 5), lo que les da un mayor acceso a los métodos de planificación relacionado con un mejor conocimiento de los mismos (ver tabla 13), (Chi cuadrado 87.54, tabla 15). Si embargo el nivel de instrucción evaluado por el nivel de alfabetización no afecta el uso de los métodos de planificación en la población evaluada.

De las mujeres encuestadas el 9.4% de las mujeres que planifican son solteras (ver tabla 3). El ser soltera favorece al uso de los métodos de planificación familiar (Chi cuadrado 25.07 OR 0.21) esto puede deberse a que la mayor parte de la población encuestada tiene uno o más hijos sin estar unidas, haciéndolas vivir en una inestabilidad familiar por lo que evitan más embarazos (ver tabla 15).

El 6.3% de las mujeres que planifican no tienen creencia religiosa (ver tabla 6). Esta condición no es un factor que favorece el uso de los métodos de planificación familiar, sin embargo se observa en la tabla 7 que aquellas que tienen creencias religiosas en la mayoría de los casos esta no se opone al uso de los métodos de planificación, así mismo el 82.7% de las mujeres que planifican, no consideran pecado el uso de estos métodos (ver tabla 8). Vale la pena mencionar que según muchas de las encuestadas que consideran la anticoncepción un pecado, opinaron que “sería un pecado mayor, tener hijos sin tener los recursos para darles una vida adecuada”

En cuanto a la accesibilidad, evaluada de acuerdo al tiempo que la encuestada necesita para llegar al servicio de salud más cercano desde su lugar de habitación, es menor de 1 hora en 64.6% de las mujeres que planifican (ver tabla 12), sin embargo este dato no afecta el uso de la planificación familiar.

En el grupo de las mujeres que no planifican, la causa para no utilizar métodos de planificación familiar, fue la “falta de información” en la tercera parte de las encuestadas (34.6%); seguida por el “rechazo de la pareja” en el 20%, a pesar de que las decisiones son tomadas en su mayoría por ambos cónyuges (ver tabla 9); y como tercera causa del no uso es el “daño a la salud” (6%), finalmente se observa que las demás causas no representan un porcentaje importante (ver tabla 10).

Del grupo control únicamente el 50.8% utilizarían algún método de planificación en el futuro (ver tabla 11). Se puede inferir que las mujeres inician la planificación familiar después de tener su primer hijo, evidenciado en la tabla 4 donde el 81% de las mujeres que planifican tienen hijos.

Por último otro factor que favorece el uso de planificación familiar es el conocer donde adquirir los diferentes métodos de planificación.

Se debe mencionar que muchas de las encuestas fueron realizadas con la pareja presente lo cual influyó en las respuestas obtenidas.

**Consolidado municipio de Sacapulas, departamento de Quiché  
Br. Mayra Cecilia Santos Morales.**

**Tabla 1. Distribución por grupo de edad y uso de planificación**

Edad en años	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
15-19	4	4.20%	32	13.70%
20-24	22	18.60%	41	17.50%
25-29	39	33.10%	55	23.50%
30-34	27	22.90%	37	15.80%
35-39	7	5.90%	18	7.70%
40-44	8	6.80%	30	12.80%
45-49	10	8.50%	20	8.50%
Total	117	100.00%	234	100.00%

**Dimensión estilo de vida**

**Tabla 2 Distribución por grupo etnia y uso de planificación**

Etnia	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ladina	8	7.60%	6	2.60%
Indígena	109	92.40%	228	97.40%
Total	117	100.00%	234	100.00%

**Tabla 3 Distribución por estado civil y uso de planificación**

Estado	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	3	2.50%	17	7.30%
Unida	114	97.50%	217	92.70%
Total	117	100.00%	234	100.00%

**Tabla 4 Distribución por embarazo y uso de planificación**

Embarazo	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Múltipara	91	78.00%	202	86.30%
Primípara	26	22.00%	32	13.70%
Total	117	100.00%	234	100.00%

**Tabla 5 Distribución por alfabetismo y uso de planificación**

Alfabetismo	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	71	60.20%	21	9.00%
No	46	39.80%	213	91.00%
Total	117	100.00%	234	100.00%

**Tabla 6 Distribución por creencia religiosa y uso de planificación**

Religión	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	116	99.20%	191	81.60%
No	1	0.80%	42	17.90%
Total	117	100.00%	234	100.00%

**Tabla 7 Distribución por oposición y uso de planificación**

Oposición	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	114	97.50%	157	67.10%
Si	3	2.50%	77	32.90%
Total	117	100.00%	234	100.00%

**Tabla 8 Distribución por creencia de pecado y uso de planificación**

Pecado	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	113	96.60%	183	78.20%
Si	4	3.40%	50	21.40%
Total	117	100.00%	234	100.00%

**Tabla 9 Distribución por decisión de uso y uso de planificación**

Decisión	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ambos	76	64.40%	105	44.90%
Hombre	6	5.10%	107	45.70%
Mujer	35	30.50%	21	9.00%
Total	117	100.00%	234	100.00%

**Tabla 10 Distribución por causas de no uso y uso de planificación**

Causa	Frecuencia	Porcentaje
Daño salud	25	10.70%
Económico	7	3.00%
Falta info	91	38.90%
No aplica	39	16.70%
Prob accesibilidad	5	2.10%
Rechazo	67	28.60%
Total	234	100.00%

**Tabla 11 Distribución de futuro uso y uso de planificación**

Utilizaría	Frecuencia	Porcentaje
No	146	62.40%
Si	88	37.60%
Total	234	100.00%

**Dimensión atención de salud**

**Tabla 12 Distribución por accesibilidad y uso de planificación**

Accesibilidad	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menos 1 hora	21	17.80%	49	20.90%
Mas una hora	96	82.20%	185	79.10%
Total	117	100.00%	234	100.00%

**Tabla 13 Distribución de conocimiento de métodos de planificación y uso de planificación**

Métodos	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	117	100.00%	121	51.70%
No	0	0.00%	113	48.30%
Total	117	100.00%	234	100.00%

**Tabla 14 Distribución de conocimiento para adquisición y uso de planificación**

Adquirir	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	117	100.00%	111	47.40%
No	0	0.00%	123	52.60%
Total	117	100.00%	234	100.00%

**Tabla 15. Consolidación de Chi Cuadrado y OR**

Variable	Casos	Controles	Chi cuadrado	OR	IC 95%	
Etnia	N=117 ladina=8 indígena=109	N=234 ladina=6 indígena=228	3.51			
Estado civil	N=117 soltero=2 unido=115	N=234 soltero=17 unido=217	3.21			
Accesibilidad	N=117 <una hora=49 >una hora=96	N=234 <una hora=21 >una hora=185	0.44			
Alfabetismo	N=117 Si=70 No=47	N=234 Si=21 No=213	107.84	15.66	8.43	29.30
Creencia religiosa	N=117 No=116 Si=1	N=234 No=191 Si=42	21.31	25.51	3.71	505.32
Conocimiento métodos	N=117 Si=117 No=00	N=234 Si=121 No=113	83.33	-	-	-
Decisión	N=117 ambos=76 individual=41	N=234 ambos=106 individual=128	12.34	0.44	0.27	0.72

## **Análisis, Discusión e Interpretación**

El 33.10% de las mujeres que planifican (casos) se ubican entre las edades de 20 a 29 años (ver tabla 1).

De las mujeres encuestadas el 7.60% que planifican son ladinas (ver tabla 2). El ser ladina, en el municipio de Sacapulas no favorece el uso de métodos de planificación familiar, (ver tabla 15). Esto puede deberse a que la mayoría de mujeres encuestadas fueron indígenas.

El alfabetismo es un factor favorecedor para el uso de métodos de planificación familiar con una significancia estadística Chi cuadrado de 107.84, con una fuerza de asociación OR 15.66, esto se debe a que las mujeres instruidas tienen un mejor conocimiento de los diferentes métodos de planificación; el 100% de las mujeres que planifican tienen conocimiento acerca de estos con una significancia estadística de Chi cuadrado 83.33.

De las mujeres encuestadas el 15.6% de las que si planifican son solteras, variable estadísticamente no significativa.(ver tabla 3 y 15)

El 0.80% de las mujeres que planifican no tienen creencia religiosa (ver tabla 6). Esta condición es un factor que favorece el uso de métodos de planificación familiar (Chi cuadrado de 21.31) (ver tabla 15), esto puede deberse a que no existe la presión de autoridades religiosas que les prohíban el uso de estos métodos ya que en algunos casos estas entidades se oponen a la anticoncepción artificial con un 2.50% de las que si planifican (ver tabla 7), es importante mencionar que el 96.60% de las mujeres que si planifican opinan que no es pecado el planificar a pesar de lo que su creencia religiosa les diga (ver tabla 8).

En cuanto a la accesibilidad, evaluada de acuerdo al tiempo que la encuestada necesita para llegar al servicio de salud más cercano desde su lugar de habitación, es menor de una hora en el 17.80% de las mujeres que si planifican siendo esta variable no estadísticamente significativa (Chi cuadrado 0.44) (ver tabla 15).

En el grupo de las mujeres que no planifican, la principal causa para no utilizar métodos de planificación familiar, fue la "falta de información" 38.90%; seguida por "rechazo de la pareja" (28.60%) lo que se relaciona con la persona que toma la decisión para planificar que en el caso de las mujeres que no planifican que es el hombre con un 45.70% por lo que el nivel de rechazo aumenta (ver tabla 9 y 10).

De las mujeres que no planifican el 37.60% piensan utilizar algún método de planificación en el futuro (ver tabla 11). Se puede inferir que las mujeres inician la planificación familiar después de haber tenido su primer hijo. Por último otro factor que favorece el uso de planificación familiar es el conocer donde adquirir los diferentes métodos de planificación, encontrándose que solo el 47.40% de las mujeres que no planifican saben donde obtenerlos (ver tabla 14).

**Consolidado municipio de San Antonio Ilotenango, departamento de Quiché  
Br. Griscelda Beatriz Ogaldez Poitan**

**Tabla 1. Distribución por grupo de edad y uso de planificación**

Edad en años	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
15-19	9	9.80%	37	20.10%
20-24	25	27.20%	44	23.90%
25-29	18	19.60%	24	13.00%
30-34	17	18.50%	18	9.80%
35-39	13	14.10%	19	10.30%
40-44	7	7.60%	17	9.20%
45-49	3	3.30%	25	13.60%
Total	92	100.00%	184	100.00%

**Tabla 2. Distribución por etnia y uso de planificación**

Etnia	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ladina	5	5.40%	1	0.50%
Indígena	87	94.60%	183	99.50%
Total	92	100.00%	184	100.00%

**Tabla 3. Distribución por estado civil y uso de planificación**

Estado civil	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	1	1.10%	59	32.10%
Unido	91	98.90%	125	67.90%
Total	92	100.00%	184	100.00%

**Tabla 4. Distribución por embarazo y uso de planificación**

Embarazos	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Múltipara	69	75.00%	107	58.20%
Primípara	23	25.00%	77	41.80%
Total	92	100.00%	184	100.00%

**Tabla 5. Distribución por alfabetismo y uso de planificación**

Alfabetismo	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	36	39.10%	79	42.90%
No	56	60.90%	105	57.10%
Total	92	100.00%	184	100.00%

**Tabla 6. Distribución por creencia religiosa y uso de planificación**

Religión	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	12	13.00%	39	21.20%
Si	80	87.00%	145	78.80%
Total	92	100.00%	184	100.00%

**Tabla 7. Distribución por oposición a PF y uso de planificación**

Oposición	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	73	79.30%	121	65.80%
No aplica	12	13.00%	39	21.20%
Si	7	7.60%	24	13.00%
Total	92	100.00%	184	100.00%

**Tabla 8. Distribución por creencia de pecado y uso de planificación**

Pecado	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	83	90.20%	132	71.70%
Si	9	9.80%	52	28.30%
Total	92	100.00%	184	100.00%

**Tabla 9. Distribución por decisión de uso y uso de planificación**

Decisión	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ambos	74	80.40%	143	77.70%
Hombre	8	8.70%	20	10.90%
Mujer	10	10.90%	21	11.40%
Total	92	100.00%	184	100.00%

**Tabla 10. Distribución por causas de no uso y uso de planificación**

## Controles

Causa	Frecuencia	Porcentaje
Daños Salud	33	17.90%
Económico	6	3.30%
Falta Info.	105	57.10%
No aplica	1	0.50%
Prob. Accesibilidad	4	2.20%
Rech. Pareja	35	19.00%
Total	184	100.00%

**Tabla 11. Distribución por futuro uso y uso de planificación**

## Casos

## Controles

Utilizaría	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	0	0.00%	118	64.10%
No aplica	92	100.00%	1	0.50%
Si	0	0.00%	65	35.30%
Total	92	100.00%	184	100.00%

**Dimensión atención en salud****Tabla 12. Distribución por accesibilidad y uso de planificación**

## Casos

## Controles

Accesibilidad	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menos	76	82.60%	132	71.70%
Más	16	17.40%	52	28.30%
Total	92	100.00%	184	100.00%

**Tabla 13. Distribución por conocimientos de métodos de planificación y uso de planificación**

## Casos

## Controles

Conoce métodos	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	91	98.90%	127	69.00%
No	1	1.10%	57	31.00%
Total	92	100.00%	184	100.00%

**Tabla 14. Distribución por adquisición y uso de planificación**

Adquirir	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	92	100.00%	102	55.40%
No	0	0.00%	82	44.60%
Total	92	100.00%	184	100.00%

**Tabla 15. Consolidado de Chi Cuadrado y OR**

	Variable	Casos	Controles	Chi cuadrado	OR	IC 95%	
1	etnia	N=92 ladina=5 indígena=87	N=184 ladina=1 indígena=183	6.90	10.52	1.17	241.57
2	estado civil	N=92 soltero=1 unido=91	N=184 soltero=59 unido=125	34.60	0.02	0	0.16
3	accesibilidad	N=92 < una hora=76 > una hora=16	N=184 < una hora=132 > una hora=52	0.37			
4	alfabetismo	N=92 si=36 no=56	N=184 si=70 no=105	2.71			
5	Creencia religiosa	N=92 Si=80 No=12	N=184 Si=145 No=39	0.27			
6	conocimiento métodos	N=92 Si =91 No =1	N=184 Si =127 No =57	3.90	1.82	0.96	3.68
7	Decisión	N=92 ambos=74 individual=18	N=184 ambos=143 individual=41	33.02	40.84	5.94	808.27

## **Análisis, discusión e interpretación de resultados**

El 37% de las que planifican se ubican entre las edades de 15 a 24 años (ver tabla 1), las cuales son de mayor riesgo debido a que es una población que no esta apta para asumir la responsabilidad de iniciar una familia en esa edad.

De las mujeres que planifican el 5.4% son ladinas (ver tabla 2), ser ladina favorece el uso de los métodos de planificación familiar, (Chi cuadrado 6.90 y OR 10.52). Esto puede deberse a que la mujer ladina tiene mas oportunidades de instrucción, a pesar de que la mayor población de este municipio es indígena.

De las mujeres encuestadas el 1.10% de las mujeres que planifican son solteras, (ver tabla 3), el ser soltera favorece al uso de métodos de planificación familiar (Chi 34.6 y OR 0.2), esto puede deberse a que el 100% de la población encuestada tiene uno o mas hijos (ver tabla 4), haciéndolas vivir en una inestabilidad familiar por lo que evitan mas embarazos.

El 13% de las mujeres que planifican, no tienen creencia religiosa (ver tabla 6). Esta condición no afecta el uso de métodos de planificación familiar, de la mujeres que tienen una creencia religiosa el 79 % de las mujeres que planifican, su creencia no se opone al uso de métodos anticonceptivos (ver tabla 7), a si mismo el 9.80% de las que planifican no consideran que el uso de anticonceptivos sea pecado, no importando lo que su creencia religiosa les mande. (Ver tabla 8).

En cuanto a la accesibilidad, evaluada de acuerdo al tiempo que la encuestada necesita para llegar al servicio de salud mas cercano desde su lugar de habitación, es menor de una hora en el 82.60% de las mujeres que planifican, sin embargo esto no crea una diferencia significativa en el uso de métodos de planificación familiar.

En el grupo de mujeres que no planifican, la principal causa para no planificar, fue la “falta de información”, en un 57.1%; seguida por “rechazo por la pareja” 19% , esto se evidencia al observar en la tabla 9 que un 22.3% de las decisiones de planificar son tomadas individualmente y en estos casos cuando es el hombre quien toma la decisión, el nivel de rechazo aumenta; como tercera causa del no uso de métodos de planificación se encontró “el daño a la salud” (17.9%), finalmente se observa que las demás causas no representan un porcentaje importante. (Ver tabla 10).

De las mujeres que planifican el 98.9% y las que no planifican el 69% tienen conocimiento de los distintos métodos de planificación familiar (ver tabla13), este conocimiento favorece al uso de los mismos (Chi 3.9 y OR 1.82), a pesar de esto únicamente el 45.2 % de las mujeres que no planifican, piensan utilizar algún método de planificación en el futuro (ver tabla 11). Se puede inferir que las mujeres inician la planificación familiar después de haber tenido su primer hijo.

Por ultimo otro factor que favorecen al uso planificación familiar es conocer donde adquirir los diferentes métodos de planificación, encontrándose que el 55.4% de las mujeres que no planifican saben donde obtenerlos. (Ver tabla 14).

**Consolidado municipio San Pedro Jocopilas, departamento de Quiché  
Br. José Emigdio Orellana Vega**

**Tabla 1. Distribución por grupo de edad y uso de planificación**

Edad en años	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
15 a 19	16	17.40%	24	13.00%
20 a 24	41	44.60%	56	30.40%
25 a 29	17	18.50%	41	22.30%
30 a 34	12	13.00%	20	10.90%
35 a 39	3	3.30%	11	6.00%
40 a 44	3	3.30%	16	8.70%
45 a 49	0	0.00%	16	8.70%
Total	92	100.00%	184	100.00%

**Dimensión estilo de vida**

**Tabla 2 Distribución por etnia y uso de planificación**

Etnia	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ladino	9	9.80%	9	4.90%
Indígena	83	90.20%	175	95.10%
Total	92	100.00%	184	100.00%

**Tabla 3. Distribución por estado civil y uso de planificación**

Estado civil	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	14	15.20%	45	24.50%
Unido	78	84.80%	139	75.50%
Total	92	100.00%	184	100.00%

**Tabla 4. Distribución por embarazo y uso de planificación**

Embarazo	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Múltipara	61	66.30%	146	79.30%
Primípara	31	33.70%	38	20.70%
Total	92	100.00%	184	100.00%

**Tabla 5. Distribución por alfabetismo y uso de planificación**

Alfabetismo	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sí	27	29.30%	95	51.60%
No	65	70.70%	89	48.40%
Total	92	100.00%	184	100.00%

**Tabla 6. Distribución por creencia religiosa y uso de planificación**

Religión	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	11	12.00%	25	13.60%
Sí	81	88.00%	159	86.40%
Total	92	100.00%	184	100.00%

**Tabla 7. Distribución por oposición religiosa a PF y uso de planificación**

Oposición Religiosa	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	45	49.50%	92	50.00%
No aplica	11	12.10%	25	13.60%
Sí	35	38.50%	67	36.40%
Total	91	100.00%	184	100.00%

**Tabla 8. Distribución por creencia de pecado y uso de planificación**

Pecado	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	84	91.30%	116	63.00%
Si	8	8.70%	68	37.00%
Total	92	100.00%	184	100.00%

**Tabla 9. Distribución de decisión de uso y uso de planificación**

Decisión	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ambos	35	38.00%	99	53.80%
Hombre	40	43.50%	68	37.00%
Mujer	17	18.50%	17	9.20%
Total	92	100.00%	184	100.00%

**Tabla 10. Distribución por causa de no uso de planificación**

Controles		
Causas	Frecuencia	Porcentaje
Daño salud	89	48.40%
Económico	2	1.10%
Falta Info.	35	19.00%
No aplica	0	0.00%
Problema de Accesibilidad	5	2.70%
Rech. Pareja	53	28.80%
Total	184	100.00%

### Dimensión atención en salud

**Tabla 11. Distribución de futuro uso y uso de planificación**

Controles		
Utilizaría	Frecuencia	Porcentaje
No	116	63.00%
Sí	68	37.00%
Total	184	100.00%

**Tabla 12. Distribución por embarazo y uso de planificación**

Accesibilidad	Casos		.Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menos una Hora	71	77.20%	131	71.20%
Mas una Hora	21	22.80%	53	28.80%
Total	92	100.00%	184	100.00%

**Tabla 13. Distribución de conocimiento de métodos de planificación y uso de planificación**

Conocimiento de Métodos	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	49	53.30%	76	41.30%
No	43	46.70%	108	58.70%
Total	92	100.00%	184	100.00%

**Tabla 14. Distribución de conocimientos donde adquirir y uso de Planificación**

Adquirir	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sí	65	70.70%	91	49.50%
No	27	29.30%	93	50.50%
Total	92	100.00%	184	100.00%

**Tabla 15. Consolidado Chi Cuadrado y OR**

Variable	Casos	Controles	Chi cuadrado	OR	IC 95%
Etnia	N=92 Ladina=9 Indígena=83	N=184 Ladina=9 indígena=175	2.41		
Estado civil	N=92 Soltero=14 Unido=78	N=184 Soltero=45 Unido=139	3.12		
Accesibilidad	N=92 < una hora=71 > una hora=21	N=184 <unahora=131 > una hora=53	1.12		
Alfabetismo	N=92 si=27 no=65	N=184 si=95 no=89	12.35	0.39	0.22 0.69
Creencia Religiosa	N=92 No=11 Si=81	N=184 No=25 Si=159	0.14		
Conocimiento métodos	N=92 Si =49 No =43	N=184 Si =76 No =108	3.54		
Decisión	N=91 Ambos=34 Individual=57	N=184 Ambos=101 Individual=83	7.49	0.49	0.28 0.85

## **Análisis, discusión e interpretación de resultados.**

El 63.1% de mujeres que planifica se ubican entre las edades de 20 a 29 años. (Ver Tabla 1)

El 9.8% de mujeres que planifica son ladinas (Ver tabla 2), El ser ladina no es un factor que favorece el uso métodos de planificación familiar. (ver tabla 15)

El 15.2% de mujeres que planifican es soltera (Ver tabla 3), El ser soltera no es un factor que favorece el uso de métodos anticonceptivos. (ver tabla 15)

El 29.30% de mujeres que planifica si sabe leer y escribir (5); por lo que saber leer y escribir si es un factor que favorece el uso de métodos de planificación familiar con una asociación estadísticamente significativa con un Chi cuadrado de 12.35 y una fuerza adecuada de asociación 0.38. (OR) (ver tabla 15) esto se debe a que hay un mayor nivel de instrucción que favorece el acceso a los distintos métodos y conocimientos de los mismos.

El 12% de mujeres que planifica no tiene alguna creencia religiosa, (ver tabla 6). No tener creencia religiosa no es un factor que favorece el uso de métodos de planificación familiar, (ver tabla 15) esto se debe a que 91% de mujeres que planifica creen que no es pecado( tabla 8), a pesar que 38.5% su religión si se opone al uso de métodos de planificación (ver tabla 7).

En 38% de mujeres que planifica, la mujeres consideran que son ambos quienes deben tomar la decisión de usar métodos anticonceptivos, 43.5% consideran que es el hombre quien debe tomar la decisión, y 18.5% consideran que la mujer debe decidir si usa métodos anticonceptivos (ver tabla 9), la toma de decisión entre ambos es un factor que favorece el uso de planificación familiar, ya que tiene una asociación estadísticamente significativa con un Chi cuadrado de 7.49 y una fuerte fuerza de asociación OR 0.49 (ver tabla 15) sin embargo aun existe un alto porcentaje en el cual la decisión a cerca del uso es tomada de forma individual.

El 48.4% de mujeres que no planifica es por daños a la salud, 28.8% por rechazo de la pareja, 19% por falta de información, 2.7% problema de acceso, 1.1% por factor económico (ver tabla 10). Esto se debe a que 48.4% de mujeres que no planifica también no sabe leer ni escribir (ver tabla 5) y obtienen información de planificación familiar de forma y personal no capacitado como comadronas, vecinas, familiares de que el uso de anticonceptivos es dañino para la salud. Y 63% de ellas no piensa usar métodos de planificación familiar en el futuro y 37% si piensa hacerlo (ver tabla 11).

El 77.2% de mujeres que planifica, el servicio de salud queda a menos de una hora de la comunidad, y 22.8% queda a mas de una hora (ver tabla 12). La accesibilidad no es un factor que favorece el uso de métodos de planificación familiar (ver tabla 15).

El 46.7% de mujeres que planifica no tiene conocimiento de los diferentes métodos anticonceptivos (ver tabla 13) el tener conocimientos de los mismos no es un factor que favorece la planificación familiar (ver tabla 15). El 29.3 de mujeres que planifica no sabe

donde adquirir los métodos de planificación familiar, esto esta asociado a que 70.70% de mujeres que planifica no sabe leer ni escribir (ver tabla 5) y que 43.50 % en mujeres que planifica es el hombre quien toma la decisión del uso de anticonceptivos y es él quien recibe la información, y 49.5% si sabe donde adquirir los mismos (ver tabla 14), esto se asocia a que 48.40 de mujeres que no planifica no sabe leer ni escribir (ver tabla 5) y que 37% de los controles es el hombre quien toma la decisión de los mismos (ver tabla 9).

**Consolidado municipio Uspantán, departamento Quiché  
Br. Ana Frinee Rossal Paiz**

**Tabla 1. Distribución por grupo de edad y uso de planificación**

Edad en años	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
15 a 19	12	6.7%	85	24.1%
20 a 24	36	20.2%	69	19.5%
25 a 29	52	29.2%	92	26.1%
30 a 34	33	18.5%	41	11.6%
35 a 39	13	7.3%	26	7.4%
40 a 44	25	14.0%	25	7.1%
45 a 49	7	3.9%	15	4.2%
Total	178	100.0%	353	100.0%

**Dimensión estilo de vida**

**Tabla 2. Distribución por etnia y uso de planificación**

Etnia	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ladina	84	47.2%	125	35.4%
Indígena	94	52.8%	228	64.6%
Total	178	100.0%	353	100.0%

**Tabla 3. Distribución por estado civil y uso de planificación**

Estado civil	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	24	13.5%	142	40.2%
Unido	154	86.5%	211	59.8%
Total	178	100.0%	353	100.0%

**Tabla 4. Distribución por embarazo y uso de planificación**

Embarazo	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Múltipara	132	74.2%	197	55.8%
Nulípara	4	2.2%	107	30.3%
Primípara	42	23.6%	49	13.9%
Total	178	100.0%	353	100.0%

**Tabla 5. Distribución por alfabetismo y uso de planificación**

Alfabetismo	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	129	75.9%	205	58.1%
No	49	24.1%	148	41.9%
Total	178	100.0%	353	100.0%

**Tabla 6. Distribución por Creencia religiosa y uso de planificación**

Religión	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	21	11.8%	71	20.1%
Si	157	88.2%	282	79.9%
Total	178	100.0%	353	100.0%

**Tabla 7. Distribución por oposición religiosa a PF y uso de planificación**

Oposición	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	108	60.7%	203	57.5%
No aplica	21	11.8%	71	20.1%
Si	49	27.5%	79	22.4%
Total	178	100.0%	353	100.0%

**Tabla 8. Distribución por creencia de pecado y uso de planificación**

Pecado	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	139	78.1%	256	72.5%
Si	39	21.9%	97	27.5%
Total	178	100.0%	353	100.0%

**Tabla 9. Distribución por decisión de uso y uso de planificación**

Decisión	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ambos	119	66.9%	239	67.7%
Hombre	24	13.5%	95	26.9%
Mujer	35	19.7%	19	5.4%
Total	178	100.0%	353	100.0%

**Tabla 10. Distribución por causas de no uso y uso de planificación**

	Frecuencia	Porcentaje
Daños salud	73	20.7%
Económico	10	2.8%
Falta info.	82	23.2%
No aplica	0	0.0%
Otros	113	32.0%
Prob. accesibilidad	19	5.4%
Rech. pareja	56	15.9%
Total	353	100.0%

**Tabla 11. Distribución de futuro uso y uso de planificación**

	Frecuencia	Porcentaje
No	171	48.4%
Si	182	51.6%
Total	353	100.0%

### Dimensión Atención en Salud

**Tabla 12. Distribución por accesibilidad y uso de planificación**

	Casos		Controles	
Accesibilidad	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menos	124	69.7%	193	54.7%
Mas	54	30.3%	160	45.3%
Total	178	100.0%	353	100.0%

**Tabla 13. Distribución de conocimiento de métodos de planificación y uso de planificación**

	Casos		Controles	
Métodos	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	153	86.0%	234	66.3%
No	25	14.0%	119	33.7%
Total	178	100.0%	353	100.0%

**Tabla 14. Distribución de conocimiento para adquisición y uso de planificación**

Adquirir	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	178	100.0%	208	58.9%
No	0	0.0%	145	41.1%
Total	178	100.0%	353	100.0%

**Tabla 15. Consolidado Chi cuadrado y O.R**

	Variable	Casos	Controles	Chi cuadrado	OR	IC 95%	
1	Etnia	N=178 ladina=84 Indígena=94	N=353 ladina=125 Indígena=228	6.88	1.63	1.11	2.39
2	Estado civil	N=178 soltera=24 unida=154	N=353 soltera=142 unida=211	39.38	0.23	0.14	0.38
3	Accesibilidad	N=178 <1 hora=124 >1 hora=54	N=353 <1 hora=193 >1 hora=160	10.51	1.9	1.26	2.87
4	Alfabetismo	N=178 Si=129 No=49	N=353 Si=205 No=148	5.71	1.88	1.08	3.29
5	Creencia religiosa	N=178 No=21 Si=157	N=353 No=71 Si=282	11.05	1.90	1.28	2.84
6	Conocimiento métodos	N=178 Si=153 No=25	N=353 Si=234 No=119	23.16	3.11	1.89	5.16
7	Decisión	N=178 Ambos=119 Individual=59	N=353 Ambos=239 individual=114	0.04			

## **Análisis, discusión e interpretación de resultados.**

El 29.2.3% de las mujeres que planifican (casos) se ubican entre las edades de 20 a 29 años (ver tabla 1).

El 47.2% que planifican son ladinas (ver tabla 2). Ser ladina, en el municipio de Uspantán, favorece el uso de métodos de planificación familiar, (Chi cuadrado =6.88 y OR=1.63) (ver tabla 15). Esto puede deberse a que la mujer ladina tiene más oportunidades de instrucción lo que se asocia con un mayor grado de alfabetismo (Chi cuadrado= 5.71 y OR=1.88), y al mismo tiempo tienen un mejor acceso a los programas de planificación familiar pudiéndose relacionar con un buen conocimiento de los mismos. (Chi cuadrado 23.16 y OR=3.11).

De las mujeres encuestadas el 13.5% de las que si planifican son solteras (ver tabla 3). El ser soltera favorece al uso de los métodos de planificación familiar (Chi cuadrado 39.38) esto puede deberse a que la mayor parte de la población encuestada tiene uno o más hijos sin estar unidas (97.8% de las mujeres que si planifican) (ver tabla 4) haciéndolas vivir en una inestabilidad familiar por lo que evitan más embarazos.

El 11.8% de las mujeres que si planifican respectivamente no tienen creencia religiosa (ver tabla 6). Esta condición es un factor que favorece el uso de métodos de planificación familiar (Chi cuadrado de 11.5) con una fuerza de asociación (OR de 1.90) (ver tabla 15), esto puede deberse a que no existe la presión de autoridades religiosas que les prohíban el uso de estos métodos ya que en algunos casos estas entidades se oponen a la anticoncepción artificial con un 27.5% en las que si planifican (ver tabla 7), es importante mencionar que el 78.1% de las que si planifican opinan que no es pecado el planificar a pesar de lo que su creencia religiosa les diga (ver tabla 8).

En cuanto a la accesibilidad, evaluada de acuerdo al tiempo que la encuestada necesita para llegar al servicio de salud más cercano desde su lugar de habitación, es menor de una hora en el 69.7% de las mujeres que si planifican siendo esta variable estadísticamente significativa (Chi cuadrado 10.51) (ver tabla 15) lo que se puede atribuir a que mientras más fácil sea para la usuaria llegar a un servicio de salud, se le facilita la utilización de métodos anticonceptivos.

En el grupo de las mujeres que no planifican, la principal causa para no utilizar métodos de planificación familiar, fue la “falta de información” (23.2.8%); seguida por “daños a la salud” (20.7%) y “rechazo de la pareja” (15.9%) lo que se confirma al observar en la tabla 9 que el 26.9% de las decisiones de planificar son tomadas por el hombre y en estos casos el nivel de rechazo aumenta (ver tabla 10).

De las mujeres que no planifican el 51.6% piensan utilizar algún método de planificación en el futuro (ver tabla 11). Se puede inferir que las mujeres inician la planificación familiar después de haber tenido su primer hijo.

Por último otro factor que favorece el uso de planificación familiar es el conocer donde adquirir los diferentes métodos de planificación, encontrándose que el 58.9% de las mujeres que no planifican saben donde obtenerlos (ver tabla 14).

**Consolidado municipio de Zacualpa, departamento de Quiché  
Br. Ligia Ibeth Portillo Rivera.**

**Tabla 1. Distribución por grupo de edad y uso de planificación**

Edad en años	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
15-19	7	16.70%	3	3.60%
20-24	7	16.70%	21	25.00%
25-29	2	4.80%	37	44.00%
30-34	12	28.60%	6	7.10%
35-39	3	7.10%	5	6.00%
40-44	5	11.90%	9	10.70%
45-49	6	14.30%	3	3.60%
Total	42	100.00%	84	100.00%

**Tabla 2 Distribución por grupo etnia y uso de planificación**

Etnia	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ladina	6	14.30%	23	27.40%
Indígena	36	85.70%	61	72.60%
Total	42	100.00%	84	100.00%

**Tabla 3 Distribución por estado civil y uso de planificación**

Estado civil	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	8	19.00%	15	17.90%
Unida	34	81.00%	69	82.10%
Total	42	100.00%	84	100.00%

**Tabla 4 Distribución por embarazo y uso de planificación**

Embarazo	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Múltipara	33	78.60%	43	51.20%
Primípara	9	21.40%	35	41.70%
Total	42	100.00%	84	100.00%

**Tabla 5 Distribución por alfabetismo y uso de planificación**

Alfabetismo	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	17	40.50%	40	47.60%
No	25	59.50%	44	52.40%
Total	42	100.00%	84	100.00%

**Tabla 6 Distribución por creencia religiosa y uso de planificación**

Creencia religiosa	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	12	28.60%	4	4.80%
Si	30	71.40%	80	95.20%
Total	42	100.00%	84	100.00%

**Tabla 7 Distribución por oposición y uso de planificación**

Oposición	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	12	28.60%	4	4.80%
Si	30	71.40%	80	95.20%
Total	42	100.00%	84	100.00%

**Tabla 8 Distribución por creencia de pecado y uso de planificación**

Pecado	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	38	90.50%	59	70.20%
Si	4	9.50%	25	29.80%
Total	42	100.00%	84	100.00%

**Tabla 9 Distribución por decisión de uso y uso de planificación**

Decisión	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ambos	26	61.90%	71	84.50%
Hombre	5	11.90%	4	4.80%
Mujer	11	26.20%	9	10.70%
Total	42	100.00%	84	100.00%

**Tabla 10 Distribución por causas de no uso y uso de planificación**

Controles

Causa	Frecuencia	Porcentaje
Daño salud	20	23.80%
Falta info	36	42.90%
Rech. Pareja	28	33.30%
Total	84	100.00%

**Tabla 11 Distribución de futuro uso y uso de planificación**

Controles

Utilizaría	Frecuencia	Porcentaje
No	50	59.50%
Si	34	40.50%
Total	84	100.00%

**Tabla 12 Distribución por accesibilidad y uso de planificación**

Casos

Controles

Accesibilidad	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menos	5	11.90%	35	41.70%
Mas	37	88.10%	49	58.30%
Total	42	100.00%	84	100.00%

**Tabla 13 Distribución de conocimiento de métodos de planificación y uso de planificación**

Casos

Controles

Método	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	35	83.30%	25	29.80%
No	7	16.70%	59	70.20%
Total	42	100.00%	84	100.00%

**Tabla 14 Distribución de conocimiento para adquisición y uso de planificación**

Casos

Controles

Adquisición	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	40	95.20%	40	95.20%
No	2	4.80%	2	4.80%
Total	42	100.00%	42	100.00%

**Tabla 15. Consolidado Chi Cuadrado y OR**

Variable	Casos	Controles	Chi cuadrado	OR	IC 95%	
Etnia	N=42 indígena=36 ladina=6	N=84 indígena=61 ladina=23	2.71			
Estado civil	N=42 soltera=08 unida=34	N=84 soltera=15 unida=69	0.03			
Accesibilidad	N=42 <una hora=5 >una hora=37	N=84 <una hora=35 >una hora=49	11.45	0.19	0.06	0.57
Alfabetismo	N=42 Si=17 No=25	N=84 Si=40 No=44	0.58			
Creencia religiosa	N=42 No=12 Si=30	N=84 No=4 Si=80	0.10			
Conocimiento métodos	N=42 Si=35 No=7	N=84 Si=25 No=59	32.22	11.8	4.28	33.85
Decisión	N=42 ambos=26 individual=16	N=84 ambos=71 individual=13	8.08	0.30	0.12	0.76

## **Análisis, discusión e interpretación de resultados.**

El 28.6% de las mujeres que planifican (casos) se encuentran entre las edades de 30 a 34 años . (ver tabla 1).

El 14.3% de las mujeres que planifican son ladinas con un Chi cuadrado de 2.71 lo cual no es estadísticamente significativo (ver tablas 2 y 15).

De las mujeres encuestadas el 19% de las que si planifican son solteras. Con un Chi cuadrado de 0.03 lo cual no es estadísticamente significativo (ver tablas 3 y 15).

El 28.6% de las mujeres si planifican respectivamente, no tienen creencia religiosa y un Chi cuadrado de 0.10, por lo cual no es estadísticamente significativo para el estudio (ver tablas 6 y 15).

En cuanto a la accesibilidad, evaluada de acuerdo al tiempo que la encuestada necesita para llegar al servicio de salud mas cercano desde su lugar de habitación es menor de una hora 11.9% de las mujeres que si planifican siendo esta variable estadísticamente significativa Chi cuadrado de 11.45 (ver tabla 12 y 15). Lo que se puede atribuir a que mientras mas fácil sea para la usuaria llegar a un servicio de salud, se le facilita la utilización de métodos anticonceptivos.

En el grupo de las mujeres que no planifican, la principal causa para no utilizar métodos de planificación familiar, fue la “falta de Información” en la mayoría de los casos (42.9%) ; seguida por “rechazo de la parejas” (33.3%), lo que se confirma al observar en la tabla 9 que un bajo porcentaje (11.9%) de las decisiones de planificar son tomadas por la pareja, en este caso el hombre lo cual hace que aumente el rechazo, con un Chi cuadrado de 8.08 el cual es estadísticamente significativo.

De las mujeres que no planifican el 40.5% piensan utilizar algún método de planificación familiar en el futuro (ver tabla 11). Se puede inferir que las mujeres inician la planificación familiar después de haber tenido su primer hijo.

## Consolidado general departamento de Quiché

**Tabla 1. Distribución por grupo de edad y uso de planificación**

Edad en años	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
15 a 19	107	8,6%	395	16,0%
20 a 24	290	23,4%	539	21,8%
25 a 29	296	23,9%	590	23,9%
30 a 34	233	18,8%	359	14,5%
35 a 39	127	10,3%	234	9,5%
40 a 44	109	8,8%	194	7,8%
45 a 49	76	6,1%	162	6,6%
Total	1238	100,0%	2473	100,0%

### Dimensión estilo de vida

**Tabla 2. Distribución por etnia y uso de planificación**

Etnia	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ladina	341	27,6%	562	22,7%
Indígena	896	72,4%	1911	77,3%
Total	1237	100,0%	2473	100,0%

**Tabla 3. Distribución por estado civil y uso de planificación**

Estado civil	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	193	15,6%	626	25,3%
Unido	1044	84,4%	1847	74,7%
Total	1237	100,0%	2473	100,0%

**Tabla 4. Distribución por embarazo y uso de planificación**

Embarazo	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Múltipara	961	77,6%	1711	69,2%
Nulípara	7	0,6%	251	10,1%
Primípara	270	21,8%	511	20,7%
Total	1238	100,0%	2473	100,0%

**Tabla 5. Distribución por alfabetismo y uso de planificación**

Alfabetismo	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	751	61,1%	1349	54,5%
No	486	38,9%	1124	45,5%
Total	1237	100,0%	2473	100,0%

**Tabla 6. Distribución por creencia religiosa y uso de planificación**

Creencia religiosa	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	136	11,0%	421	17,0%
Si	1101	89,0%	2052	83,0%
Total	1237	100,0%	2473	100,0%

**Tabla 7. Distribución por oposición a PF y uso de planificación**

Oposición	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	775	62,7%	1248	50,5%
No aplica	80	6,5%	290	11,7%
Si	382	30,9%	935	37,8%
Total	1237	100,0%	2473	100,0%

**Tabla 8. Distribución por creencia de pecado y uso de planificación**

Pecado	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	959	77,5%	1409	57,0%
Si	278	22,5%	1064	43,0%
Total	1237	100,0%	2473	100,0%

**Tabla 9. Distribución por decisión de uso y uso de planificación**

Decisión	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ambos	755	61,0%	1543	62,4%
Individual	482	39,0%	928	37,6%
Total	1237	100,0%	2471	100,0%

**Tabla 10. Distribución por causas de no uso y uso de planificación**

Causas	Frecuencia	Porcentaje
Daños a la salud	491	19,9%
Económico	172	7,0%
Falta info	736	29,8%
No aplica	41	1,7%
Otros	310	12,5%
Problemas de accesibilidad	156	6,3%
Rech. Pareja	567	22,9%
Total	2473	100,0%

**Tabla 11. Distribución por futuro uso y uso de planificación**

Utilizaría	Frecuencia	Porcentaje
No	1356	54,8%
No aplica	2	0,1%
Si	1115	45,1%
Total	2473	100,0%

### Dimensión atención en salud

**Tabla 12. Distribución por accesibilidad y uso de planificación**

Accesibilidad	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menos 1 hora	770	62,2%	1315	53,2%
Mas una hora	467	37,8%	1158	46,8%
Total	1237	100,0%	2473	100,0%

**Tabla 13. Distribución por conocimientos de métodos de planificación y uso de planificación**

Métodos	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	1148	92,8%	1167	47,2%
No	89	7,2%	1306	52,8%
Total	1237	100,0%	2473	100,0%

**Tabla 14. Distribución por adquisición y uso de planificación**

Adquirir	Casos		Controles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	1103	89,2%	1200	48,5%
No	134	10,8%	1273	51,5%
Total	1237	100,0%	2473	100,0%

**Tabla 15. Consolidado Chi cuadrado y OR**

	Variable	Casos	Controles	Chi cuadrado	OR	IC 95%	
1	Etnia	N=1237 ladina=341 indígena=896	N=2473 ladina=562 indígena=1911	10.49	1.29	1.1064	1.5124
2	Estado civil	N=1237 soltero=193 unido=1044	N=2473 soltero=626 unido=1847	45.20	0.55	0.4500	0.6500
3	Accesibilidad	N=1237 <una hora=770 >una hora=467	N=2473 <una hora=1315 >una hora=1158	27.58	1.4518	1.2631	1.67
4	Alfabetismo	N=1237 Si=751 No=486	N=2473 Si=1349 No=1124	12.75	1.29	1.1206	1.48
5	Creencia religiosa	N=1237 No=136 Si=1101	N=2473 No=421 Si=2052	23.49	0.6000	0.4900	0.74
6	Conocimiento métodos	N=1237 Si=1148 No=89	N=2473 Si=1167 No=1306	731.25	14.44	11.4100	18.2900
7	Decisión	N=1237 ambos=755 individual=482	N=2473 ambos=928 individual=1543	0.70			

## **Análisis, discusión e interpretación de resultados**

El 47.3% de las mujeres que planifican (casos) se ubican entre las edades de 20 a 29 años (ver tabla 1).

De las mujeres que planifican el 27.6% son ladinas (ver tabla 2). Ser ladina, en los municipios estudiados, favorece el uso de métodos de planificación familiar, (Chi cuadrado = 10.49 y OR=1.29) (ver tabla 15). Esto puede deberse a que la mujer ladina tiene más oportunidades de instrucción lo que se asocia con un mayor grado de alfabetismo (Chi cuadrado = 12.75 y OR=1.29), y al mismo tiempo tienen un mejor acceso a los programas de planificación familiar a la vez relacionándose con un buen conocimiento de los mismos. (Chi cuadrado 731.25 y OR=14.44).

De las mujeres encuestadas el 15.6% de las que planifican son solteras (ver tabla 3). El ser soltera favorece al uso de los métodos de planificación familiar (Chi cuadrado 45.20) esto puede deberse a que la mayor parte de la población encuestada tiene uno o más hijos sin estar unidas (99.4% de las mujeres que planifican) (ver tabla 4) haciéndolas vivir en una inestabilidad familiar por lo que evitan más embarazos.

El 11% de las mujeres que planifican tienen creencia religiosa (ver tabla 6). Esta condición es un factor que favorece el uso de métodos de planificación familiar (Chi cuadrado de 23.49 y OR de 0.6) (ver tabla 15), esto puede deberse a que no existe la presión de autoridades religiosas que les prohíban el uso de estos métodos ya que en algunos casos estas entidades se oponen a la anticoncepción artificial con un 30.9% de las que planifican (ver tabla 7), es importante mencionar que el 77.5% de las que si planifican opinan que no es pecado el planificar a pesar de lo que su creencia religiosa les diga (ver tabla 8).

En cuanto a la accesibilidad, evaluada de acuerdo al tiempo que la encuestada necesita para llegar al servicio de salud más cercano desde su lugar de habitación, es menor de una hora en el 62.2% de las mujeres que planifican siendo esta variable estadísticamente significativa (Chi cuadrado 27.58) (ver tabla 15) lo que se puede atribuir a que mientras más fácil sea para la usuaria llegar a un servicio de salud, se le facilita la utilización de métodos anticonceptivos.

En el grupo de las mujeres que no planifican, la principal causa para no utilizar métodos de planificación familiar, fue la “falta de información” en casi la tercera parte de las encuestadas (29.8%); seguida por “rechazo de la pareja” (22.9%) lo que se confirma al observar en la tabla 9 que más de una tercera parte de las decisiones de planificar son tomadas individualmente y en estos casos cuando es el hombre quien decide, el nivel de rechazo aumenta; y como tercera causa del no uso de los métodos de planificación se encontró el “daño a la salud” (19.9%), finalmente se observa que las demás causas no representan un porcentaje importante (ver tabla 10).

De las mujeres que no planifican el 45.2% piensan utilizar algún método de planificación en el futuro (ver tabla 11). Se puede inferir que las mujeres inician la planificación familiar después de haber tenido su primer hijo.

Por último otro factor que favorece el uso de planificación familiar es el conocer donde adquirir los diferentes métodos de planificación, encontrándose que solo el 48% de las mujeres que no planifican saben donde obtenerlos (ver tabla 14).

## **9. Conclusiones**

1. En los municipios estudiados “el estilo de vida” y “el nivel de atención en salud” se relacionan con el uso de los distintos métodos de planificación familiar por mujeres en edad reproductiva.
2. Ser ladina es un factor que favorece el uso de planificación familiar.
3. Ser soltera es un factor que favorece el uso de planificación familiar.
4. Tener la accesibilidad en menos de una hora al servicio de salud es un factor que favorece el uso de planificación familiar.
5. Ser alfabeta es un factor que favorece el uso de planificación familiar.
6. No poseer creencias religiosas es un factor que favorece el uso de planificación familiar.
7. El tener conocimientos sobre planificación familiar es el factor que mas favorece al uso de planificación familiar.
8. La decisión en pareja es un factor que favorece el uso de los métodos de planificación familiar.



## **10. Recomendaciones**

1. Aumentar las campañas de atención en salud reproductiva que incluyan la promoción de los métodos de planificación familiar.
2. Las campañas de educación en salud reproductiva deben orientarse a todos los grupos étnicos y sociales sin exclusión.
3. Debe de incluirse al género masculino ya que la pareja influye en la decisión de la mujer para el uso de un método de planificación familiar.



## 11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Armas Villagran, Hugo Moisés. Influencia Religiosa y de servicios de salud reproductiva sobre el uso de diferentes métodos anticonceptivos para la planificación familiar en el área rural de Guatemala. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1993. 47p.
2. Bertrand, J.T., et al: Espaciamiento de embarazos en el departamento del Quiché. Resultados del estudio de base para un proyecto piloto. Guatemala. APROFAM, 1993. (pp. 11-97)
3. Chin Subuyuj, José Gabriel. Aceptación de la planificación familiar en parejas en edad reproductiva y con vida sexual activa. Tesis (Médico y Cirujano)- Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, 2001. 54p.
4. Chivas Ortiz F. Creatividad y dinámica de grupo/Eureka. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1992 (22-80)
5. Colston, W.A., et al: Anticoncepción y planificación familiar. En: Tratado de Ginecología de Novak. 12 ed. México: Interamericana. 1995. (pp. 181-210)
6. Congreso de la Republica de Guatemala. Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su integración en el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Decreto número 87-2005. El Periodico, Guatemala. Jueves 1 de diciembre de 2005. Actualidad nacional, p 13.
7. Departamento de Estadística del Area de Salud de Quiché 2005. (base de datos)
8. Escobar Corado, Juan Pablo. Influencia del cónyuge en la planificación familiar de pacientes en post-parto atendidas en maternidad del Hospital Roosevelt. Tesis. (Médico y Cirujano)- Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1996. 71p.
9. García Velásquez, Silvia Noemí. Conocimientos y aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres indígenas en edad reproductiva. Tesis (Médico y Cirujano)- Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. 2002, 72 p.
10. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Censo 2002, proyecciones hasta 2005.
11. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Planificación Familiar. En Guías Nacionales de Salud Reproductiva. 1998. (pp. 1-93).

12. Hatcher, R.A., et al: Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. Programa de información en población de Johns Hopkins. Population Reports. 1991. 289p.
13. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Manual de normas de salud reproductiva. Guatemala: IGSS. 2001. 57p.
14. Levin LS. Salud para los jóvenes de hoy, esperanza del mundo de mañana. Foro Mundial Salud 1989;10(2):151-165.
15. López, Alberto. Conocimientos, actitudes y uso de métodos anticonceptivos por las mujeres en edad reproductiva y su repercusión en el riesgo reproductivo. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. 1994. 33p.
16. Ocaña Fuentes, Jorge Antonio. Factores que influyen en la eficacia de los programas de planificación familiar. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1992. 57p.
17. Orellana Reyna, Ligia Elizabeth. Factores sociales que influyen en la aceptabilidad y continuidad del uso de métodos de planificación en mujeres. Tesis. (Médico y Cirujano)- Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médica. Guatemala, 2003. 108 p.
18. Saéz García I. El adolescente de alto riesgo y primeras causas de mortalidad, Caracas: UNICEF, 1992. (pp. 30-42)
19. Samayoa, Karla. Evaluación del uso de los diferentes métodos anticonceptivos en comunidades indígenas. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. 1994. 53p.
20. Sistema de Información Municipal. [en línea] disponible en:  
[<http://www.inforpressca.com>]  
7 de agosto de 2006.
21. Venezuela. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Dirección Materno-Infantil. Programa de Atención en Salud integral al adolescente. Caracas: OMS/OPS. 1991, 30p.

## 12 ANEXOS

### 12.1 Programa nacional del salud reproductiva del MSPASI(3)

Fundamento político y legal de la salud reproductiva

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer

Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

Constitución Política de la República de Guatemala

Código de Salud

Ley de Dignificación y Promoción Integral de la Mujer

Ley de Desarrollo Social

Política de Desarrollo Social y Población

Ley de desarrollo social

Programa de Salud Reproductiva

Objeto

Servicios (PF, Atención prenatal, Atención Parto y puerperio, prevención CaCu y de mama, Climaterio y Menopausia, Enfermedades de la Próstata, Infertilidad y Esterilidad, ITS VIH/SIDA, atención Adolescentes.

Maternidad Saludable

Orientaciones principales de la educación en población:

1. Formación socio-demográfica
2. Educación sexual
3. Educación sobre paternidad y maternidad responsable

Política de desarrollo social y población

Instrumento de política: Programa Nacional de Salud Reproductiva

Objetivos específicos:

- 1.1 Fortalecer la accesibilidad a los servicios de Salud rural
- 1.2 Mejorar la información en cuanto a Salud rural
- 1.3 Aumentar el personal calificado en cuanto a Salud rural
- 1.4 Informar y educar a la población en el tema de Salud rural
- 1.5 Fortalecer el MSPAS y el PNSR

Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo

“Cada país tiene el derecho soberano de aplicar las recomendaciones contenidas en el Programa de Acción de conformidad con sus leyes nacionales y con sus prioridades de desarrollo, respetando plenamente los diversos valores religiosos, éticos y culturales de su pueblo, y de forma compatible con los derechos humanos internacionales universalmente reconocidos.”

Constitución política de la república de guatemala

“Derecho a la vida. El Estado garantiza y protege la vida humana desde su concepción, así como la integridad y la seguridad de la persona.” (30)

“Preeminencia del Derecho Internacional. Se establece el principio general de que en materia de derechos humanos, los tratados y convenciones aceptados y ratificados por Guatemala, tienen preeminencia sobre el derecho interno.” (46)

“Protección a la familia. El Estado garantiza la protección social, económica y jurídica de la familia. Promoverá su organización sobre la base legal del matrimonio, la igualdad de derechos de los cónyuges, la paternidad responsable y el derecho de las personas a decidir libremente el número y espaciamiento de sus hijos.” (47)

“El goce de la salud es un derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna.” (93)

“El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes”. (94)

#### Código de salud

“Formular políticas nacionales de salud (b); velar por el cumplimiento de los tratados y convenios internacionales relacionados con la salud (e); coordinar la cooperación técnica y financiera que organismos internacionales y países brinden al país, sobre la base de las políticas y planes nacionales de carácter sectorial.” (17)

“El Estado, a través del MSPAS y de las otras instituciones del sector, desarrollarán acciones tendientes a promover la salud de la mujer, la niñez, con un enfoque integral y mejorando el ambiente físico y social a nivel de la familia...incluyendo aspectos de salud reproductiva.” (41)

#### Ley de dignificación y promoción integral de la mujer

“El gobierno de Guatemala, a través de los órganos competentes, gubernamentales o mixtos del sector salud y seguridad social, desarrollará programas para dotar al personal del conocimiento mínimo necesario sobre la situación de las mujeres como sujetos activos en la definición de políticas en este sector para lograr el acceso de las mismas en todas las etapas y ámbitos de su vida a los servicios de: A) Salud integral.... Y el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. B) Educación y salud psicosocial y reproductiva, PF y salud mental....

#### Misión

El Programa Nacional de Salud Reproductiva contribuye a mejorar la salud de la familia, haciendo énfasis en la mujer y hombre en su etapa reproductiva y el neonato, con intervenciones integrales, reguladas por el nivel central y ejecutado por los niveles descentralizados.

#### Visión

Un programa de salud reproductiva que funciona de una manera eficaz y eficiente y está articulado intra ministerialmente, con otros ministerios, con sectores de la sociedad civil y los gobiernos locales para la normalización de los procesos de prestación de servicios de alta calidad, costo efectivo, aceptable culturalmente y con enfoque de género

#### Naturaleza y ámbito

La naturaleza del programa es regulatoria y normativa, con funciones de transferencia de normas, lineamientos, protocolos y estrategias pero no de ejecución directa. Se desarrolla en el ámbito ministerial central y se proyecta, de manera coordinada, hacia el ámbito nacional a través de las Direcciones de Áreas de Salud y sus establecimientos. En un concepto más amplio, el programa debe abarcar el ámbito municipal y regional.

#### Objetivos generales

Regular y normalizar la atención de la salud reproductiva en el país para que las intervenciones produzcan un impacto en la reducción de la mortalidad materna neonatal y de las enfermedades relacionadas con el sistema reproductivo, tanto de la mujer como del hombre.

Impulsar políticas y estrategias en salud reproductiva que conduzcan al mejoramiento de la calidad de vida de las familias guatemaltecas, involucrando ampliamente a todos los actores afines.

#### Objetivos específicos

Aumentar la eficiencia y eficacia de las unidades ejecutoras (DAS, DS, PPSS) en el campo de la salud reproductiva a través de la transferencia de normas, protocolos e instrumentos y la sistematización de los procesos

Elaborar las guías, protocolos e instrumentos que normen la atención de la salud reproductiva.

Identificar y Priorizar las acciones de cooperación intra y extra sectoriales que favorezcan el trabajo integrado en torno a la salud reproductiva.

Monitorear Evaluación y Supervisar el grado de cumplimiento de las normas, protocolos e instrumentos a través de indicadores probados y validados en el campo de la salud reproductiva.

Desarrollar estrategias especiales que respondan a situaciones críticas en coordinación con los otros actores intra y extra ministeriales.

Participar en la movilización de recursos financieros, internos y externos, para las actividades y acciones del Programa.

#### Prioridades a trabajar

Mortalidad materna

Mortalidad Neonatal

Cáncer Ginecológico

#### Otros ejes de trabajo

Climaterio y menopausia

Infertilidad y esterilidad

Cáncer de próstata.

#### Estrategias generales

Promoción de Estilos de vida saludables (enfoque a salud)

Organización Comunitaria (comités de emergencia)

Sistema de Referencia y Respuesta

Proveedor Competente institucional

Articulación de servicios con proveedores comunitarios

Planificación familiar

Supervisión Monitoreo y Evaluación

## Vigilancia Epidemiológica

### Documentos base de trabajo

Normas y protocolos de atención actualizados por nivel de atención y ciclo de vida

Documento marco del programa nacional de salud reproductiva

Línea Basal de Mortalidad Materna 2000

Encuesta Nacional de Salud Materna Infantil 2002

Plan Estratégico para la reducción de la Mortalidad Materna 2004 - 2008

Guías de manejo de la Emergencia Obstétrica

Protocolos de salud reproductiva.

Lineamientos nacionales para la prevención y tratamiento del cáncer de cuello uterino.

Guías de planificación familiar incluyendo Mini Guía

Manuales de logística de anticonceptivos, medicamentos y productos farmacéuticos afines.

## Mortalidad materna y Mortalidad Neonatal

### Ejes transversales MMN

Planificación familiar intervalo y post evento obstétrico

Consejería balanceada en Prenatal, Post evento obstétrico

Logística de métodos anticonceptivos

Supervisión, monitoreo y evaluación periódicos

Indicadores de estructura, proceso, resultados e impacto

Vigilancia Epidemiológica:

Creación y fortalecimiento de comités de análisis de la Mortalidad Materna

Investigación de la muerte materna, Metodología de múltiples fuentes para su realización.

### Ejes transversales MMN

Investigaciones operativas.

Línea basal: evaluación de disponibilidad y uso de cuidados obstétricos esenciales. (pendiente realizar)

Proceso de mejoría de la calidad en atención Obstétrica y neonatal. (pendiente realizar)

Hogares maternos ( finalizada )

Hospitales culturalmente adaptados (finalizada)

Sistematización de las capacitaciones de comadronas (pendiente informe final)

Sistema de referencia y respuesta de la emergencia obstétrica ( pendiente informe final)

Maternidades comunitarias estado actual y propuesta (pendiente de informe final)

## Cáncer de Cervix

### Ejes transversales cáncer de cervix:

Atención integral

Sistema de referencia y respuesta oportuno

Sistema de vigilancia epidemiológica

Integración en le SIGSA de indicadores de medición

Supervisión, monitoreo y evaluación periódicos

Indicadores básicos de medición, de estructura, proceso y resultados

Investigaciones Operativas:  
Plan piloto de IVAA

Cáncer de mama, climaterio y menopausia Cáncer de próstata, Infertilidad y esterilidad

Metas a mediano plazo

Disminuir la mortalidad materna y neonatal en un 15% (PP y D)

Reducir la tasa global de fecundidad a 3 hijos por mujer

Disminuir en un 50% la mortalidad materna institucional (40%)

Aumentar la cobertura de atención prenatal a 90% nacional (64%)

Atención del parto institucional nacional a 40% (24%)

Aumentar la prevalencia de uso de métodos de planificación familiar 50%. (43%)

1200 comadronas capacitadas con el plan nacional de capacitación.

Disminuir la demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar en un 10% (28%)

Programa nacional de cáncer de cérvix funcionando en 4 regiones del país. (0)

Disminuir el desabastecimiento de uno o más métodos de planificación familiar a un 10% a nivel nacional. (24%) (16)

## 12.2 Decreto Número 87-2005(5)

El congreso de la república de guatemala

Considerando:

Que la Constitución Política de la República de Guatemala, en el artículo 47 establece que se garantizarán la protección social, económica y jurídica de la familia, promoviendo la igualdad de derechos de los cónyuges, la paternidad responsable y el derecho de las personas a decidir libremente el número y espaciamiento de sus hijos.

Considerando:

Que el Código de Salud, Decreto Número 90-97 del Congreso de la República, en el artículo 9 establece, que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social debe formular, organizar y dirigir la ejecución de las políticas, planes, programas y proyectos para la entrega de servicios de salud a la población.

Considerando:

Que la Ley de Desarrollo Social, Decreto Número 42-2001 del Congreso de la República, en los artículos 25 y 26 contempla la implementación de un programa que conlleve entre otros aspectos, la capacidad de las personas de disfrutar de una vida sexual plena, responsable y con libertad para elegir el número de hijos y decidir el momento y frecuencia de los embarazos. **CONSIDERANDO:**

Que se debe asegurar la sostenibilidad del componente de planificación familiar dentro del Programa de Salud Reproductiva, para garantizar el abastecimiento de métodos de alta calidad para el espaciamiento de embarazos en todos los servicios públicos de salud, incluyendo el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y organizaciones privadas que trabajen o implemente programas que provean servicios básicos a la población.

Por tanto:

En ejercicio de las atribuciones que le confiere el artículo 171, literal a) de la Constitución Política de la República de Guatemala,

Decreta:

Lo siguiente:

"Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su integración en el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva"

Capítulo

Disposiciones generales

Artículo 1. Objeto. La presente ley tiene como objeto asegurar el acceso de la población a los servicios de planificación familiar, que conlleve la información, consejería, educación sobre salud sexual y reproductiva a las personas y provisión de métodos de planificación familiar. Además establecer mecanismos dirigidos a la consecución de nuevas fuentes de financiamiento local, reduciendo la dependencia histórica de los servicios de planificación familiar de donantes internacionales.

Artículo 2. Observancia. Las disposiciones de la presente Ley deben ser aplicadas en el ámbito nacional en todos los establecimientos de educación primaria y secundaria, y en todos los establecimientos de la red pública de salud, incluyendo el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en adelante denominado IGSS, entidades privadas y las ONG's que presten servicios básicos de salud en el primer nivel de atención.

Artículo 3. Destinatarios/as. Son destinatarios de la presente ley, la población en general, especialmente las mujeres, adolescentes, parejas y hombres del área rural, que no tengan acceso a servicios básicos de salud, promoviéndose y asegurándose el acceso equitativo de servicios de planificación familiar.

Capítulo II

acceso de la población a servicios de planificación familiar

Artículo 4. Acceso Universal. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en adelante denominado "el MSPAS", el IGSS y otras entidades públicas y privadas del sector salud, deben garantizar el mantener en forma sostenible todos los métodos modernos de espaciamiento de embarazos en los establecimientos de la red pública de salud, que permita responder adecuadamente a la demanda de la población y asegure el acceso universal a dichos métodos.

Artículo 5. Necesidades no satisfechas. El MSPAS en coordinación con el IGSS y otras instituciones sectoriales que proveen servicios de planificación familiar, deberá estimar la demanda insatisfecha de la población con información proveniente de encuestas nacionales y estudios específicos realizados. Lo anterior debe permitir la definición de estrategias operativas que garanticen la oferta de servicios de planificación familiar para la población de mayor postergación.

Artículo 6. Acceso geográfico. El MSPAS debe asegurar que en los lugares de difícil acceso en donde no existan establecimientos tradicionales de salud, las organizaciones no gubernamentales –ONG's– que hayan suscrito convenios de provisión del conjunto básico de salud, sean las responsables de proveer los métodos de planificación familiar a usuarias y usuarios que vivan en el área de influencia de dichas organizaciones. Además, el Ministerio de Educación y los demás entes deben realizar actividades de información, educación y comunicación en este campo.

Artículo 7. Acceso funcional. El MSPAS, el IGSS y otras entidades públicas y privadas del sector salud, deben proveer los servicios de planificación familiar a través de la

oferta de la gama de métodos tradicionales y modernos de espaciamiento de embarazos, asegurando que los y las proveedores tengan las competencias técnicas para prestar servicios de calidad y calidez y cuenten con el equipo e insumos de acuerdo a la normativa establecida por el MSPAS.

Artículo 8. Atención integral. El MSPAS y el IGSS deben asegurar que los servicios de planificación familiar se integren a otros componentes de atención del Programa de Salud Reproductiva, tales como atención prenatal, post parto y puerperio, detección de cáncer cérvico uterino y de mama, pruebas para enfermedades de transmisión sexual y prevención de la osteoporosis. Esta disposición contribuirá a disminuir las oportunidades pérdidas (sic) de servicios de planificación familiar, reduciendo la demanda insatisfecha de planificación familiar y contribuyendo directamente en la disminución de mortalidad materno-infantil.

Artículo 9. Estrategia especial para adolescentes. El Ministerio de Educación, el MSPAS y el IGSS en coordinación con otras organizaciones públicas y privadas, diseñarán una estrategia que asegure la provisión de servicios integrales y diferenciados para los y las adolescentes, estableciendo mecanismos que faciliten la articulación e integración con otros sectores, entre ellos, el Ministerio de Educación y el Vice-Ministerio de Cultura y Deportes, promoviendo el enfoque de derechos y responsabilidades.

### Capítulo III

comunicación para el cambio de comportamiento

Artículo 10. Formación Integral del Adolescente. El MSPAS en coordinación con el Ministerio de Educación y otras organizaciones públicas y privadas sectoriales deben incluir en la curricular de formación contenidos sobre derechos y responsabilidades para la promoción y auto cuidado de la salud, sexualidad y el embarazo precoz y no deseado, como factores de riesgo que contribuyen y afectan la morbimortalidad materno infantil.

Artículo 11. Decisión libre e informada. El MSPAS como rector de la salud debe garantizar que las usuarias y usuarios de métodos tradicionales y modernos de espaciamiento de los embarazos en los establecimientos de salud, reciban la consejería completa que las ayude a seleccionar el método más adecuado, asegurando la disponibilidad del método elegido por la usuaria o usuario. Ninguna persona podrá ser obligada a utilizar ningún método tradicional o moderno de espaciamiento de los embarazos y es punible la coacción que pueda ejercerse en tal sentido.

Artículo 12. Competencia técnica de los proveedores. El MSPAS debe instituir un programa de desarrollo profesional para fortalecer las competencias técnicas de los y las proveedoras, para asegurar que conozcan y apliquen los criterios de elegibilidad de todos los métodos de espaciamiento de embarazos de acuerdo a normas internacionales, con el fin de eliminar las barreras médicas a la planificación familiar.

Artículo 13. Consejería. El MSPAS, el IGSS y otras organizaciones públicas y privadas que brinden servicios de planificación familiar a la población, deben asegurar que el personal responsable, desarrolle la consejería personalizada en un ambiente que garantice la privacidad del usuario o usuaria, y en ningún caso inducirán ni coaccionarán a las personas a utilizar métodos en contra de su voluntad.

Artículo 14. Calidad de la consejería. El MSPAS, el IGSS y otras organizaciones públicas y privadas deben contar con conocimientos, habilidades y destrezas para desarrollar la consejería, además contar con material educativo de apoyo, para facilitar la comprensión de la población de acuerdo al contexto sociocultural.

Artículo 15. Comunicación y difusión. El MSPAS, el IGSS en coordinación con otras

organizaciones públicas y privadas sectoriales vinculadas con la prestación de servicios de planificación familiar, deben realizar campañas masivas de información y comunicación dirigidas a la población en general, sobre los métodos tradicionales y modernos de planificación familiar, sus ventajas, desventajas y lugares de abastecimiento, tomando en cuenta el contexto sociocultural y educativo de las mismas. Debe informarse además acerca de los factores de riesgo relacionados con los embarazos no deseados y embarazos en ambos extremos de la vida fértil de la mujer, multiparidad, período intergenésico y su contribución al incremento de la tasa de morbimortalidad materna y el impacto socioeconómico en la población.

Artículo 16. Monitoreo y disminución de barreras médicas. El MSPAS en coordinación con el IGSS y otras organizaciones públicas y privadas diseñará, validará e implementará herramientas para monitorear la prestación de servicios de planificación familiar y su integración al programa de salud reproductiva, asegurando que puedan incorporarse indicadores que permitan monitorear y evaluar la disminución de las barreras médicas.

#### Capítulo IV

Aseguramiento para la provisión de métodos modernos de planificación familiar

Artículo 17. Comisión de Aseguramiento. Se crea la Comisión Nacional de Aseguramiento de Anticonceptivos, en adelante denominada CNAA, que tendrá como objeto velar por la disponibilidad de anticonceptivos para garantizar el acceso de la población guatemalteca a servicios de Planificación Familiar.

Artículo 18. Conformación de la comisión. La CNAA estará integrada por un representante de las siguientes instituciones públicas y privadas:

El Ministerio de Educación,

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

El Ministerio de Finanzas Públicas

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS–,

Asociación Pro Bienestar Familiar –APROFAM–,

Secretaría Presidencial de la Mujer,

Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas –AGMM–,

Instancia de Acciones Políticas por la Salud y el Desarrollo de las Mujeres;

Defensoría de la Mujer indígena –DEMI–

El funcionamiento de la comisión CNAA quedará establecido en el reglamento respectivo.

Artículo 19. Responsabilidad de la comisión. La Comisión de aseguramiento de la provisión de métodos modernos tendrá además de las que se indiquen en el reglamento, las siguientes responsabilidades:

Velar por la disponibilidad de fondos, especialmente del sector público para la compra de anticonceptivos, a través de procesos de diálogo y abogacía con los diferentes actores que inciden en la asignación de recursos financieros e identificación de diversas fuentes de financiamiento, particularmente para las instituciones del estado.

Formulación de estrategias y mecanismos para acceder a precios competitivos en el mercado internacional y la compra a escala de métodos modernos de planificación familiar.

Velar para que las instituciones que forman parte de la Comisión, definan y compartan políticas y estrategias en materia de logística de anticonceptivos.

Artículo 20. Abastecimiento de métodos de Esparcimiento de embarazos. El MSPAS, el

IGSS y las instituciones públicas y privadas que brindan servicios de salud deberán asegurar el abastecimiento y provisión de métodos modernos de espaciamiento de embarazos en todos los establecimientos de la red pública y organizaciones privadas.

Artículo 21. Asignación presupuestaria. El MSPAS deberá establecer en el presupuesto general de ingresos y gastos, una partida presupuestaria específica para la implementación de métodos anticonceptivos, que garantice la demanda de la población guatemalteca. Deben ser incorporados además a dicho presupuesto los fondos provenientes de lo preceptuado en el Decreto Número 21-04, artículo 25 del Congreso de la República de Guatemala.

Capítulo V

Disposiciones finales y transitorias

Artículo 22. Integración. Los principios y preceptos de esta Ley formarán parte del instrumental técnico jurídico de la Reforma del Sector Salud, atendiendo a la importancia que representan para la extensión de cobertura de los servicios de salud.

Artículo 23. Reglamento. El Organismo Ejecutivo emitirá y publicará el Reglamento de la presente Ley, dentro de los sesenta días siguientes a la vigencia de la misma.

Artículo 24. Derogatoria. Se derogan todas aquellas disposiciones de igual o inferior jerarquía que se opongan a lo preceptuado en la presente Ley.

Artículo 25. Vigencia. El presente decreto entrará en vigor ocho días después de su publicación en el Diario Oficial.

Remítase al organismo ejecutivo para su sanción, promulgación y publicación emitido en el palacio del organismo legislativo, en la ciudad de Guatemala, el dieciséis de noviembre de dos mil cinco.

Jorge Méndez Herbruger

Presidente

Luis Fernando Pérez Martínez

Secretario

Carlos Alberto Solórzano Rivera

Secretario

La ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar y su integración en el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva fue aprobada en el Congreso.

En este decreto se define la obligación del Estado a dar acceso a la población a los servicios de planificación familiar, lo cual contempla educación y provisión de métodos anticonceptivos.

Según algunos congresistas, ahora las mujeres guatemaltecas podrían decidir el número de hijos que tendrán y la forma de planificación que deseen... También se contempla una estrategia especial para adolescentes, que igual incluye programas de educación en las aulas.

Se expresó en la sesión del Congreso, que el crecimiento poblacional desproporcionado y la falta de educación en salud reproductiva ha causado problemas y genera subdesarrollo en nuestro país.

Datos interesantes:

359,000 guatemaltecos nacen cada año (aumento aprox. del 3% para este año)

El decreto "otorga" el derecho a las parejas a decidir el número de hijos que quieren tener (¿No es un derecho inherente a la naturaleza humana?, ¿Culturas machistas como la nuestra han quitado ese derecho a mujeres guatemaltecas?)

La Alianza Evangélica de Guatemala y el Cardenal Quezada Toruño han condenado la iniciativa y se muestran sumamente preocupados porque "podría dar paso al aborto legal en el país".

Organizaciones de mujeres han manifestado: "En la política pública no debe de mezclarse la religión".

Se ordena al Ministerio de Salud, IGSS y otras entidades, proveer anticonceptivos a todas las mujeres que lo requieran.

El financiamiento se obtendrá del 15% de lo recaudado en el impuesto a bebidas alcohólicas (unos Q24 millones según presupuesto para el 2,006).

En una mano, crecimiento acelerado de la población (desproporcional al crecimiento económico del país)... en la otra, religiones que exigen el método natural como el único para planificación familiar.

Y además... se exige que la mujer tenga el derecho de decidir la cantidad de hijos que desee tener. (5)

**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**  
**Programa Nacional Materno Infantil**

1. Consentimiento informado para Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria – AQV –
2. Yo \_\_\_\_\_  
(Nombre completo de la usuaria/o)
3. De \_\_\_\_\_ años, con \_\_\_\_\_ hijos vivos (si es mujer, actualmente con ( ) o sin ( ) embarazo de \_\_\_\_\_ meses). Manifiesto en forma expresa que **voluntariamente** me presento al hospital o centro de salud de:  
\_\_\_\_\_

Para solicitar y autorizar que se me practique la Esterilización Quirúrgica dejando constancia que se me ha explicado ampliamente lo siguiente

- Existen otros métodos temporales que puedo usar para planificar mi familia como métodos de abstinencia (naturales), Orales, inyectables, dispositivos intrauterinos, condones y otros métodos locales.
- La esterilización es un método quirúrgico y como tal tiene posibles riesgos.
- Es un método permanente y por tanto no podré tener más hijos.
- Que puedo cambiar de opinión en cualquier momento, incluyendo en la sala de operaciones, y decidir que no se efectúe el procedimiento de esterilización que solicito, y la institución no me negara ningún tipo de atención médica cuando lo necesite.
- También se me explico ampliamente la remota posibilidad de que la operación fallara, debido a que de 1,000 mujeres que se operan una puede quedar embarazada después de haber sido operada.
- Así mismo hago constar que libero a la institución, ejecutivos y personal de la clínica, de cualquier reclamo, demanda, acción o remuneración por daños o perjuicios que pudieran resultar de esta operación.
- Doy fe que estoy de acuerdo con el contenido, lo entiendo claramente y me responsabilizo por el mismo ante la institución, y que la presente ha sido leída por mi o por el testigo en mi presencia.

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

---

(Firma y / o huella digital del paciente y No. De cedula)

---

(Firma y/o huella digital del cónyuge si existe y No. De cedula)

---

(Firma de la persona que atendió)

**NOTA:**

- Si la persona no sabe leer, el proveedor del servicio será encargado de leer las observaciones anteriores.

- Si la persona no sabe el idioma español, se buscara un interprete de su mismo sexo preferentemente y de acuerdo a su idioma Materno para la conserjería y lectura del acuerdo anterior, y actúa como testigo:

Yo \_\_\_\_\_ que me identifico con No. De cedula, \_\_\_\_\_, soy testigo de que la paciente y su esposo, o conviviente si lo hubiera, han impuesto su huella digital en mi presencia.

(F) \_\_\_\_\_  
Firma o huella digital del testigo



## ENCUESTA

### “FACTORES QUE FAVORECEN EL USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR”

**Población femenina en edad reproductiva área de salud de Quiché agosto-septiembre 2006**

La siguiente entrevista es parte de una investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad San Carlos de Guatemala sobre planificación familiar. Es realizada por estudiantes de último año de la Carrera de Médico y Cirujano. Si usted está de acuerdo con participar en este estudio, el estudiante le realizará unas preguntas. La información que usted proporcione será estrictamente confidencial. La información tabulada, los resultados obtenidos se darán a conocer a las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas y del Ministerio de Salud Pública para poder mejorar los programas de Planificación familiar en su comunidad. Se solicita su autorización por medio de su firma o huella digital.

X \_\_\_\_\_  
Firma o huella digital

**Instrucciones:** Si usted está de acuerdo en participar en este estudio, responda a las preguntas que le formulará el encuestador.

Comunidad: \_\_\_\_\_

1. Cuantos años tiene usted?

15 a 19 años \_\_\_\_ 20 a 24 años \_\_\_\_ 25 a 29 años \_\_\_\_ 30 a 34 años \_\_\_\_  
35 a 39 años \_\_\_\_ 40 a 44 años \_\_\_\_ 45 a 49 años \_\_\_\_

2. Con que etnia se identifica usted?

Ladina \_\_\_\_\_ Indígena \_\_\_\_\_

3. Cual es su estado civil?

Soltero \_\_\_\_\_ Unido \_\_\_\_\_

4. Cuantos embarazos ha tenido?  
Primípara \_\_\_\_\_ Multípara \_\_\_\_\_ Nulípara \_\_\_\_\_
5. A cuanto tiempo están los servicios de salud de su lugar de habitación caminando?  
Menos de una hora \_\_\_\_\_ Más de una hora \_\_\_\_\_
6. Sabe usted leer y escribir  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
7. Tiene usted alguna creencia religiosa?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
8. Su creencia religiosa se opone al uso de métodos anticonceptivos:  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
9. Considera usted que el uso de métodos anticonceptivos es pecado?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
10. Sabe usted que existen diferentes métodos para evitar embarazos?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
11. Utiliza usted algún método de planificación familiar?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
12. Si su respuesta a la pregunta anterior es no porqué:  
Económico \_\_\_\_\_ Rechazo de la pareja \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_  
Accesibilidad \_\_\_\_\_ Falta de Información \_\_\_\_\_ Daños a la salud \_\_\_\_\_
13. Si actualmente no utiliza ningún método de planificación familiar, pensaría utilizarlo en el futuro?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
14. Sabe usted donde adquirir los métodos de planificación familiar?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
15. Quien cree usted que debe tomar la decisión de usar un método anticonceptivo?  
Hombre \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_ Ambos \_\_\_\_\_