

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“BARRERAS DEL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE LA ORGANIZACIÓN
MUNDIAL DE LA SALUD -OMS- SOBRE LA PLANIFICACIÓN
FAMILIAR EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL”**

**Estudio cualitativo etnográfico en mujeres sexualmente activas
que residen en la Aldea El Camán, Patzicía, Chimaltenango**

marzo-abril 2016

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

María Fernanda Coy Rodríguez

Médico y Cirujano

Guatemala, mayo de 2016

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

La estudiante:

María Fernanda Coy Rodríguez 201010130

Cumplió con los requisitos solicitados por esta Facultad previo a optar al Título de Médico y Cirujano en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

“BARRERAS DEL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD -OMS- SOBRE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL”

Estudio cualitativo etnográfico en mujeres sexualmente activas que residen en la Aldea El Camán, Patzicía, Chimaltenango

marzo-abril 2016

Trabajo asesorado por Dra. Rossana Cifuentes Estrada y revisado por Dra. Sindy Sussel Cheesman Mazariegos, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, a los veintitrés días de mayo del dos mil dieciséis



DR. MARIO HERRERA CASTELLANOS
DECANO

El infrascrito Coordinador de la Coordinación de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que la estudiante:

María Fernanda Coy Rodríguez 201010130

Presentó el trabajo de graduación titulado:

“BARRERAS DEL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD -OMS- SOBRE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL”

Estudio cualitativo etnográfico en mujeres sexualmente activas que residen en la Aldea El Camán, Patzún, Chimaltenango

marzo-abril 2016

El cual ha sido revisado por la Dra. Ada Beatriz Reyes Juárez y, al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Coordinación, se les autoriza continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala el veinticuatro de mayo del dos mil dieciséis.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

*César O. García G.
Doctor en Salud Pública
Colegiado 5.970*

Dr. C César Oswaldo García García
Coordinador

 **USAC**
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Coordinación de Trabajos de Graduación
COORDINADOR

Guatemala, 23 de mayo del 2016

Doctor
César Oswaldo García García
Coordinación de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. García:

Le informo que yo:

María Fernanda Coy Rodríguez



Presenté el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

**“BARRERAS DEL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE LA ORGANIZACIÓN
MUNDIAL DE LA SALUD -OMS- SOBRE LA PLANIFICACIÓN
FAMILIAR EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL”**

Estudio cualitativo etnográfico en mujeres sexualmente activas
que residen en la Aldea El Camán, Patzicía, Chimaltenango

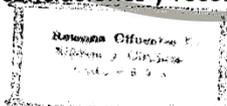
marzo-abril 2016

Del cual como asesora y revisora nos responsabilizamos por la metodología,
confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de
la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.



Asesora

Dra. Rossana Cifuentes Estrada
Firma y sello



Revisora

Dra. Sindy Sussel Cheesman Mazariegos
Firma y sello
Reg. de personal
20070954

Sindy S. Cheesman M.
Doctora en Salud Pública
Colegiada 10,850

De la responsabilidad del trabajo de graduación:

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes.

AGRADECIMIENTOS ESPECIALES

Dra. Rossana Cifuentes Estrada

Dra. Sindy Sussel Cheesman Mazariegos

Dra. Ada Beatriz Reyes Juárez

Dr. César Oswaldo García García

Dr. Joel Cujcuj Patal

María Juana Ajuquejay Batz

Por brindarme la oportunidad de recurrir a su apoyo y conocimiento, pero sobre todo, a su calidez humana, con la que fue posible concluir esta inolvidable investigación.

ACTO QUE DEDICO

A DIOS por acompañarme y ser mi Maestro, tanto personal como espiritualmente durante estos 24 años. Gracias por obsequiarme uno de los mejores regalos que podré recibir: culminar esta experiencia junto a mi papá. Siempre te lo agradeceré.

A MIS PADRES Federico Coy, por ser mi fuente de inspiración personal y profesional. Desde pequeña he admirado tu calidez humana y la determinación que posees para sobreponerte a circunstancias adversas de la vida. Gracias por ser mi consejero en los momentos en los que más lo he necesitado y por ser uno de los mejores entrenadores de natación que podré conocer. A mi mamá, Irma Yolanda Rodríguez, a quien agradezco el constante apoyo durante este trayecto.

A MIS HERMANOS Juana María, mi hermana Mayor, y Pablo René, quienes a diario me enseñan que con dedicación, se puede lograr aquello que soñamos desde niños. ¿Quién habría imaginado que aquella niña intelectual, el pequeño Pablito y la bebé de la casa, conformarían un hogar de profesionales el día de hoy? Gracias por compartir este momento inolvidable.

A MI NOVIO Ricardo Andrés Guzmán, gracias por compartir tu vida junto a mí, por ser el mejor amigo y el hombre que siempre soñé, porque “lo esencial es invisible a los ojos”. Siempre agradeceré tu compañía en las tardes de estudio y en las noches de turnos, por lo que este triunfo, también es tuyo. Por si me olvidé decirlo o por si hace mucho que no lo escuchas: te amo.

A MI FAMILIA en especial a la familia Tiul Valenzuela. Silvia, Nora, Hugo y José, a quienes Dios nos hizo primos y los años nos han convertido en amigos. Tengo la certeza que aunque no nos veamos frecuentemente, nos apoyaremos en cualquier circunstancia.

A MIS AMIGOS María Eugenia, Katy, Mónica, Jorge, Kevin y aquellos que contribuyeron a estos excelentes años universitarios. Muchas gracias a todos ustedes.

A MIS MAESTROS y en especial a la Dra. Sindy Sussel Cheesman Mazariegos y Dra. Rossana Cifuentes, quienes me guiaron durante el transcurso de esta investigación.

A LA TRICENTENARIAUNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA Alma Mater, quien ha sido mi segunda casa desde el primer día de clases en esta gloriosa Facultad. Orgullosamente San Carlista.

María Fernanda Coy Rodríguez

RESUMEN

OBJETIVO: Explorar las barreras del cumplimiento de los objetivos de planificación familiar según la Organización Mundial de la Salud, en mujeres en edad fértil, sexualmente activas que residen en Aldea El Camán, Patzicía, Chimaltenango, Guatemala, marzo-abril, 2016. **POBLACIÓN Y MÉTODOS:** Estudio cualitativo con metodología etnográfica. Se obtuvo una muestra por conveniencia de 8 grupos focales y 19 observaciones no participantes durante consejería de planificación familiar, aplicando el método de saturación teórica. Para su validación, se realizó triangulación de datos. **RESULTADOS:** Se evidenció fuerte influencia de la Iglesia en torno al tema en cuestión, en la que los métodos modernos son percibidos como pecaminosos, pero aceptan los naturales como único método de planificación familiar. La percepción de mitos y enfermedades consecuentes al uso de contraceptivos y la falsa percepción de la maternidad como medio para establecerse en la sociedad, forman parte de las opiniones y creencias de las mujeres de Aldea El Camán. Igualmente, la perjudicial influencia de personas como el esposo, suegra, familiares, conocidos e incluso, proveedoras del programa, son factores sociales que obstaculizan la decisión a utilizarlos. Por último, el difícil acceso y disponibilidad al programa, el deficiente servicio brindado por proveedores de salud, son barreras médicas exploradas durante la investigación. **CONCLUSIONES:** Las barreras del cumplimiento de los objetivos de planificación familiar según la Organización Mundial de la Salud son un conjunto de limitaciones culturales, sociales, económicas y médicas.

PALABRAS CLAVE: Planificación familiar, barreras, Organización Mundial de la Salud.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	3
3. MARCO TEÓRICO	5
3.1. Planificación familiar	5
3.1.1 Objetivos de la planificación familiar.....	5
3.2 Aspectos que influyen en Planificación Familiar.....	12
3.2.1 Culturales.....	12
3.2.2 Sociales	17
3.2.3 Económicos	19
3.2.4 Médicos	20
3.3 Situación de Planificación Familiar en Guatemala.....	23
3.3.1 Aspectos legales sobre Planificación Familiar en Guatemala.....	23
3.3.2 Guías Nacionales de Planificación Familiar.....	24
3.3.3 Uso de métodos anticonceptivos.....	28
3.3.4 Demanda Insatisfecha.....	28
3.3.5 Fuentes de suministro métodos anticonceptivos	29
3.4 Situación planificación familiar en Chimaltenango.....	30
3.4.1 Natalidad en Chimaltenango	30
3.4.2 Mortalidad Materna en Chimaltenango.....	31
3.4.3 Usuarias de planificación familiar en Chimaltenango	31
4. POBLACIÓN Y MÉTODOS	33
4.1 Tipo y diseño de investigación	33
4.2 Unidad de análisis.....	33
4.3 Población y muestra	33
4.3.1 Selección de sujetos de estudio	33
4.3.2 Indicador del tamaño de la muestra	34
4.4 Técnica de recolección de datos y proceso.....	34
4.5 Descripción de los elementos trascendentales del estudio	36
4.5.1 Descripción de la investigadora.....	36
4.5.2 Punto de vista de la investigadora	36
4.5.3 Descripción del lugar.....	37
4.5.4 Descripción de las participantes.....	38

4.6 Procesamiento y análisis de información	39
4.6.1 Análisis	39
4.6.2 Triangulación	41
4.7 Límites de la investigación	41
4.7.1 Obstáculos	41
4.7.2 Alcances	41
4.8 Aspectos éticos de la investigación	42
4.8.1 Principios éticos generales.....	42
4.8.2 Categorías de riesgo.....	42
4.8.3 Consentimiento informado	42
5. RESULTADOS	43
6. DISCUSIÓN.....	63
7. CONCLUSIONES	67
8. RECOMENDACIONES.....	69
9. APORTES	71
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
11. ANEXOS	81

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define planificación familiar como prácticas de decisión libre, voluntaria e informada con el objetivo de elegir cuándo tener hijos, en qué número y cada cuánto tiempo, así como la disposición de hombres y mujeres a ejercer su derecho de optar a métodos anticonceptivos que consideren pertinentes para planificar su familia¹. Se promueve con el objetivo de prevenir los riesgos para la salud relacionados con el embarazo, disminuir los embarazos en adolescentes, reducir la mortalidad infantil, prevenir infecciones por transmisión sexual y aminorar el crecimiento de la población¹.

Guatemala, a comparación del resto del mundo, aún enfrenta desafíos en garantizar planificación familiar a sus habitantes. La falta de una oferta sistémica y demanda insatisfecha de estos servicios ha contribuido a que el país tenga en la actualidad, una tasa de fecundidad de las más altas del continente y uno de los países del mundo con mayor crecimiento poblacional. Las principales personas afectadas son precisamente las mujeres pobres del área rural².

Chimaltenango cuenta con una población de 630,609 mil habitantes en donde 51% son mujeres y de éstas 129,326 (42.5%) se encuentran en edad fértil, es decir 15 a 44 años. En el 2014, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) estimó 33,521 usuarias de métodos anticonceptivos en el departamento³, cubriendo solamente el 26% de la población femenina de edad reproductiva.

Por consiguiente surgió la siguiente pregunta: ¿Qué factores culturales, sociales, económicos y/o médicos consideran las mujeres residentes de Aldea El Camán, que obstaculizan el uso de contraceptivos?

Con el fin de responder dicha interrogante, se decidió realizar este estudio, cualitativo con metodología etnográfica, para explorar las barreras del cumplimiento de los objetivos de Planificación Familiar según la Organización Mundial de la Salud, en mujeres de edad fértil de Aldea El Camán, Patzicía, Chimaltenango durante marzo-abril, del 2016.

Por medio de 8 grupos focales, conformados de 6-8 mujeres que cumplieron con los requisitos de la investigación, así como 19 observaciones no participantes durante consejería de planificación familiar en el Centro y Puesto de Salud, aplicando el concepto de saturación teórica⁴, se logró recabar las opiniones del porqué persisten las barreras para acceder a métodos anticonceptivos y el sesgo de parte del proveedor de salud al brindar dicho servicio.

Para validar el estudio, se realizó triangulación de datos, que consiste en tomar dos o más puntos de referencia con el fin de brindar objetividad a la investigación. En la presente, se efectuó con la información obtenida en los grupos focales y observación no participante. Finalmente, se obtuvieron cuatro grandes grupos de limitantes encontrados durante el proceso: factores culturales, sociales, económicos y médicos que intervienen en el cumplimiento de los objetivos planteados por la OMS.

Para concluir, se considera que este trabajo sea utilizado como sustento informativo, en el que dé a conocer la situación actual de la sociedad guatemalteca, y contribuya a la búsqueda de estrategias para el debido fortalecimiento del programa de Salud Sexual y Reproductiva en la República de Guatemala.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo principal

Explorar las barreras del cumplimiento de los objetivos de planificación familiar según la Organización Mundial de la Salud, en mujeres en edad fértil de Aldea El Camán Patzicía, Chimaltenango, Guatemala, marzo-abril, 2016.

2.2 Objetivos específicos

- 2.2.1** Indagar los factores culturales que obstaculizan los objetivos de planificación familiar en mujeres sexualmente activas en Aldea El Camán, Patzicía, Chimaltenango, Guatemala
- 2.2.2** Reconocer los componentes sociales que determinan el uso o no de métodos anticonceptivos, en mujeres 15-44 años en Aldea El Camán, Patzicía, Chimaltenango, Guatemala
- 2.2.3** Establecer los elementos económicos que afectan en la decisión y uso de métodos anticonceptivos en planificación familiar
- 2.2.4** Reconocer las barreras médicas a las que se han enfrentado las mujeres en los servicios de salud de Aldea El Camán, Patzicía.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Planificación Familiar

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define planificación familiar como prácticas de decisión libre, voluntaria e informada con el objetivo de elegir cuándo tener hijos, en qué número y cada cuánto tiempo, así como la disposición de hombres y mujeres a ejercer su derecho de optar a métodos anticonceptivos que consideren pertinentes para planificar su familia. Su promoción resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades¹. La importancia de la Salud Sexual Reproductiva (SSR) surge por varias razones. Primero, la SSR lleva implícitos los derechos reproductivos de tener información, tener acceso y recibir servicios de planificación familiar, los cuales permiten reducir la fecundidad, con efectos a diferentes niveles. A nivel de la sociedad, una menor fecundidad permite acelerar la transición demográfica, disminuyendo la fecundidad y la tasa de crecimiento poblacional. A nivel familiar, menos miembros, reducen la necesidad de mayores recursos para el mantenimiento del hogar, lo cual permite mejorar sus condiciones de vida⁵. La OMS plantea cinco objetivos en torno a planificación familiar que se describen a continuación.

3.1.1 Objetivos de planificación familiar

Los objetivos de planificación familiar abarcan la prevención de los riesgos para la salud relacionados con el embarazo, disminución de embarazos en adolescentes, reducción de la mortalidad infantil y disposición de prevenir infecciones por transmisión sexual y aminorar el crecimiento de la población.

3.1.1.1 Prevención de los riesgos para la salud relacionados con el embarazo

La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento, tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. La planificación familiar permite espaciar los embarazos y posponerlos en jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna. Evita los embarazos no deseados, incluidos los de mujeres de más edad, para quienes los riesgos ligados al embarazo son mayores. Permite además que las mujeres decidan

el número de hijos que desean tener. Se ha comprobado que las mujeres que tienen más de cuatro hijos se enfrentan con un riesgo mayor de muerte materna¹.

- **Aumento de período intergenésico**

Período intergenésico se define como el período comprendido entre la finalización del último embarazo, parto o aborto y el inicio de uno nuevo; se considera corto si es de 24 meses o menor⁶. Según la OMS, las mujeres ostentan la capacidad de decidir sobre en qué momento embarazarse, cuántos y el espacio entre cada hijo¹. Este período es el indicado para que la mujer vuelva a su estado normal, a través del puerperio y sus cambios anatomofisiológicos y conjuntamente dedicar el tiempo adecuado al crecimiento y desarrollo del niño⁷. A pesar de que el espaciamiento entre nacimientos constituye la médula de los programas de salud reproductiva y planificación familiar, raramente se encuentra tratado en forma directa en tales programas⁸. Un estudio realizado en países latinoamericanos, concluye que el 87% de adolescentes menores de 15 años, 83% de 16-17 años y el 75% entre 18-19 años, tienen intervalos de nacimientos menores a tres años.

En cuanto a espacio intergenésico, las mujeres guatemaltecas, el 23.9% de los nacimientos ocurre dentro de los 2 años después del nacimiento anterior y 56% a los 3. La ENSMI reportó que los intervalos son más cortos en las mujeres del área rural, indígenas, perfil socioeconómico bajo y sin educación formal o con estudios primarios. Mayormente las mujeres menores de 20 años poseen los intervalos muy cortos aun cuando ellas consideran que esperar 2 años entre cada hijo es el tiempo ideal⁹. Una tesis en Baja Verapaz, Guatemala 2010, titulada “Factores de riesgo asociados a mujeres con período intergenésico corto”, evaluó a 389 casos y 389 controles, y se encontró asociación estadísticamente significativa entre embarazo con período intergenésico corto y el primer embarazo en menores de 20 años⁷.

3.1.1.2 Disminución de embarazos en adolescentes

Según la Academia Americana de Pediatría y de Medicina, un embarazo de adolescentes “es un embarazo no planeado ni esperado que ocurre en una mujer o en una pareja que son económicamente dependiente de otros, no poseen una

relación estable, usualmente se ven forzados a interrumpir su desarrollo humano (escolarización, empleo, planes de vida), abandonados por su pareja y/o familia y para el cual no han adquirido una madurez ni física ni psicológica”. Se trata de un estado gestacional de una mujer mayor de 14 años (menor a esto se considera violación sexual) o menor de 19 años¹⁰.

Por el momento, se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo. Las adolescentes tienden a dejar la escuela con consecuencias a largo plazo, personales, familiares y para la comunidad. La concepción del embarazo en la adolescencia, como un problema social y de salud pública, se construye en base a factores biológicos, culturales y sociales. No obstante, es oportuno explicar que “lo cultural” no es una justificación de la vulnerabilidad en la que vive la niñez y adolescencia sino que al contrario, una problemática que conlleva decisiones y acciones públicas inmediatas¹¹. En un estudio realizado con el apoyo de Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional llamado “Planificación Familiar en Latinoamérica y el Caribe: los logros 50 años después” respecto a embarazos en adolescentes establece que todos los países de la región muestran tasas más altas de natalidad en el área rural que en la urbana. Estos datos reflejan las normas culturales y presión social por nacimiento de hijos a edades tempranas en las mujeres rurales, así como mayor limitación en el acceso a educación, actividad económica y anticoncepción¹².

- **Embarazo en adolescentes en el mundo**

Según la OMS, las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de muerte materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, requieren atención física y psicológica especial durante el embarazo, el parto y el puerperio para preservar su propia salud y la de sus bebés. La maternidad precoz suele comprometer los resultados académicos y el potencial económico y por ende perturbar el acceso a la educación y a otras oportunidades de vida¹¹.

Los embarazos no deseados son especialmente comunes en adolescentes, mujeres solteras y mayores de 40 años; sin embargo, también se dan en otros grupos de edad. Su frecuencia parece ser mayor entre las mujeres de escasos recursos y bajo nivel educativo, aunque ocurren en todas las clases sociales. Sus consecuencias no solo afectan a las mujeres, sino también a los hombres y a las familias¹³. Ante un embarazo no deseado, las mujeres y las parejas enfrentan decisiones difíciles. Las opciones que se abren son básicamente dos: intentar interrumpir el embarazo a través de un aborto inducido, con todos los riesgos y consecuencias que este procedimiento conlleva en sociedades en las que está legalmente restringido o continuar con el embarazo no deseado. Cualquiera de estas decisiones tiene consecuencias sobre la salud y la situación social y económica de la mujer, su pareja y su familia. Se ha observado repetidamente que las adolescentes embarazadas abandonan la escuela con mayor frecuencia que el resto, tienen mayor probabilidad de ser madres solteras, tienen un número mayor de hijos al final de su vida reproductiva y sus oportunidades de alcanzar un trabajo remunerado son menores. El aborto inducido es una de las principales causas de enfermedad y muerte para las mujeres de América Latina y el Caribe¹².

En México, tanto los proveedores públicos como los privados consideran que los adolescentes se encuentran desvinculados de los servicios de planificación, “Solo una vez” –dice una médica– “vino una joven de 15 años a pedir métodos anticonceptivos”; esto se debe a la falta de interés de los jóvenes en los cuidados en salud sexual reproductiva, pese a que muchos de ellos comienzan a tener prácticas sexuales a temprana edad. Junto con la desinformación aparece la timidez y los tabúes existentes, lo que hace que los jóvenes solucionen sus inquietudes de manera independiente o apoyándose en terceros, que por lo general son sus propios amigos. “Antes decíamos, se embarazó muy chavita, de 17, 18 años, pero ahora no, ahora nos estamos dando cuenta que son todavía más jóvenes las que se están embarazando, por falta muchas veces de orientación, de educación sexual, de métodos de planificación [...]” agrega un médico¹⁴. En otro estudio, madres y padres con hijos adolescentes, conciben las relaciones sexuales como una amenaza de embarazo. Para el caso de los hijos lo perciben como una cuestión “normal” y necesaria. Consideran que para el caso de las mujeres, la relación sexual debería ser aplazada hasta que terminen sus estudios y/o se casen¹⁵.

En Perú, el mayor grupo de mujeres que mueren por dar a luz son las adolescentes y son ellas quienes probablemente sufrirá daños de por vida como resultado de un embarazo y parto en un momento de su vida en que no estaban preparadas para ello¹⁶.

- **Embarazo en adolescentes en Guatemala**

Guatemala es un país eminentemente joven pues el 52% de la población tiene menos de 20 años de edad¹⁰. Ser adolescente en Guatemala representa una etapa biológica, pero también vulnerable a riesgos sociales. Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), América Latina y el Caribe registra la segunda tasa más alta de embarazos en adolescentes en el mundo, con un promedio de 38% de las mujeres que se embarazan antes de cumplir los 20 años de edad. Por lo tanto, casi el 20% de nacimientos vivos en la región son de madres adolescentes¹⁰. En el período 2011-2013 se reportó en el país un total de 142,914 adolescentes embarazadas. La edad de la primera relación sexual influye en las tasas de fecundidad en mujeres jóvenes; un estudio del 2015 reveló que siete de diez países mostraron más del 50% de las mujeres, había sostenido relaciones sexuales antes de los 20 años. La mayoría de estas comenzó a utilizar métodos anticonceptivos después de su primer hijo.

Países como Bolivia y Guatemala muestran un descenso permanente, no muy marcado, aunque más lento en la fecundidad total. Estas tendencias sugieren que en la región faltan programas que efectivamente impacten la fecundidad adolescente; las adolescentes residentes en áreas rurales muestran una mayor proporción de embarazo precoz¹². Debido a los preocupantes números de embarazos en adolescentes, entre otros, el Gobierno de Guatemala creó una ley para con la intención de disminuir su incidencia.

- **Prohibición de matrimonio en menores de 18 años**

Proyecto que inicia en el año 2012 con la iniciativa de ley 4746 aprobada como urgencia nacional, que da origen al decreto 8-2015 que realiza la reforma al artículo 81 del código civil, en su artículo 2, establece los dieciocho años de edad como la

edad mínimo para contraer matrimonio así como la unión de hecho entre menores¹⁷. Se crea esta ley debido a que anteriormente el Código Civil establecía la edad de 14 años en niñas y 16 en niños como la edad mínima para casarse pese a que en cada año se contabilizan al menos 4,000 matrimonios en jóvenes de 15 a 19 años, más de 3,000 embarazos en niñas y adolescentes de 10 a 19 años, y de éstas, 4,700 eran de 10 a 14 años¹⁸. Anteriormente se aceptaba el matrimonio de una menor de 14 años si estaba embarazada, buscando ocultar la violación sexual y al mismo tiempo se “dignificaba” a la víctima al casarla con el agresor. Aunque críticos expertos del tema aseguran que es una prohibición sin elementos preventivos, no soluciona de fondo el problema pues es más fácil que darle una respuesta integral a lo que sufren los adolescentes. En vez de ello, se debería brindar atención diferenciada para las adolescentes que tienen una vida sexual activa a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), hasta una educación integral en sexualidad por parte de la cartelera educativa que busque la prevención del VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), infecciones de transmisión sexual, embarazos en adolescentes, violencia y abuso sexual ya que el rango de edad más vulnerable es de los 16 a los 19 años¹⁸.

3.1.1.3 Reducción de la mortalidad infantil

La planificación familiar puede evitar los embarazos muy cercanos entre sí y en un momento inoportuno, que contribuyen a causar algunas de las tasas de mortalidad infantil más elevadas del mundo¹. El número de niños que mueren cada año en un país es un índice del bienestar y la salud de los niños en dicho país. En la actualidad, la situación mundial de la mortalidad infantil es trágica: cada 4 segundos muere un niño. Sin embargo, la muerte de 22.000 niños por día no es inevitable, al contrario, existen soluciones y la gran mayoría casos pueden prevenirse fácilmente¹⁹.

La tasa actual de uso de anticonceptivos modernos ha contribuido a reducir la tasa de mortalidad infantil en 1,1 millones. Si se atendiera a las necesidades de métodos anticonceptivos modernos, el número de muertes infantiles se reduciría en al menos medio millón (590.000) al año. Si las mujeres tuviesen los medios para que el intervalo entre embarazos fuera por lo menos de tres años, la tasa de mortalidad

infantil se reduciría en un 24%, y la tasa de mortalidad de menores de 5 años en un 35%. Además, si hubiera por lo menos dos años de distancia entre un nacimiento y un embarazo posterior, las muertes de niños menores de cinco años se reducirían en un 13%, si la diferencia fuera de tres años, este tipo de muertes se reduciría en un 25%²⁰.

3.1.1.4 Prevención por enfermedades de transmisión sexual

La planificación familiar disminuye el riesgo de que las mujeres infectadas por el VIH se embaracen sin desearlo. Mediante el uso de preservativos masculinos y femeninos evita la propagación de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH. Los programas de planificación familiar integral permiten a las mujeres vivir con el VIH, planificar los embarazos, su frecuencia, evitar los embarazos no planificados y reducir la transmisión del VIH de madre a hijo¹.

Igualmente, los programas de planificación familiar sirven como punto de entrada para prestar una gran variedad de servicios sanitarios, incluidos los cuidados a enfermos de VIH/ SIDA. La incorporación de los cuidados a enfermos de VIH/SIDA en los programas de planificación familiar puede contribuir a reducir su coste global y a mejorar el acceso, la utilización y la calidad de los servicios²⁰.

3.1.1.5 Menor crecimiento de población

La planificación familiar es la clave para aminorar el crecimiento insostenible de la población y los efectos negativos que este acarrea sobre la economía, el medio ambiente y los esfuerzos nacionales y regionales por alcanzar el desarrollo¹. A medida que los países se esfuerzan por reducir la pobreza y alcanzar las Metas de Desarrollo del Milenio, también centran su atención en la forma en que el crecimiento de la población afecta la salud y el desarrollo. El crecimiento rápido de la población dificulta lograr mejoras en el ámbito de la salud, la educación y el empleo, incluso modestas mejoras. Este crecimiento también genera una mayor exigencia sobre la tierra, el agua, los bosques y otros recursos naturales. Una forma importante de enfrentar el desarrollo poblacional y estimular el desarrollo económico es invertir en planificación familiar. La mayoría de los países que han alcanzado un

rápido desarrollo económico han implementado también sólidos programas de planificación familiar para ayudar a la mujer a evitar embarazos no planificados y tener la familia más reducida que realmente prefiere. Al igual que la educación de la mujer, la planificación familiar es la mejor opción para el desarrollo. En la medida en que las familias tienen menos hijos, el gobierno ahorra en gastos de salud, educación, agua e higiene, transporte, viviendas y creación de empleos. El crecimiento más lento de la población significa menores exigencias al medio ambiente y los países con menor proporción de jóvenes tienen menos probabilidad de tener altos índices de desempleo y disturbios civiles²¹.

México constituye un ejemplo de cómo la prestación conjunta de servicios de planificación familiar contribuyó a un mayor progreso. Desde 1974, los servicios de planificación familiar pasaron a ser un derecho constitucional de todos los mexicanos. Los servicios de salud antes y durante el embarazo, y después del parto, ofrecen reiteradas oportunidades para que la mujer obtenga servicios de orientación sobre planificación familiar y encuentre recursos de métodos anticonceptivos. En la actualidad, más de los dos tercios de las mujeres casadas en México usan un método moderno de planificación familiar y la cantidad promedio de nacimientos por mujer ha descendido de más de seis hijos en la década de 1970 a sólo dos en 2010. Entre 1980 y 2008, la mortalidad infantil se redujo en dos tercios y la mortalidad materna disminuyó en casi un 60%. La población de México casi se cuadruplicó entre 1950 y 2000 pero con un índice de natalidad reducido a la mitad, el gobierno ha logrado sacar a más personas de la línea de pobreza²¹.

3.2 Aspectos que influyen en Planificación Familiar

En la vida cotidiana de una mujer hay varios factores que influyen en la toma de decisiones, es por ello que se presentan aspectos que influyen en la decisión de optar o rechazar la planificación familiar.

3.2.1 Culturales

Cultura se define como conjunto de conocimientos, ideas, tradiciones y costumbres que caracterizan a un pueblo, clase social, una época, etcétera²². La planificación familiar se

encuentra fuertemente arraigada en un sistema de creencias y tradiciones culturales, razón por la cual las personas no reemplazan fácilmente sus costumbres ancestrales por nuevos conocimientos, debido a lo complejo de las estructuras sociales que los guían²³.

3.2.1.1 Religión

Religión se define como el conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor; normas morales para la conducta individual y social de prácticas y rituales²⁴.

En el sitio web llamado Vaticano Católico, se expresa que la Planificación Familiar Natural (PFN) es la práctica de restringir deliberadamente el acto matrimonial exclusivamente en los momentos en los que la esposa es infecunda para evitar la concepción de un niño y es tan mala como la Planificación Familiar Moderna (PFM). Tanto así que instan a “los esposos que han utilizado la PFN, pero que están dispuestos a cambiar no deben esperar; la PFN es un pecado pero Dios es misericordioso y perdonará a los que estén firmemente resueltos a cambiar sus vidas y confesar sus pecados”²⁵.

En otro caso, un estudio realizado en Nicaragua entre 11,764 mujeres entrevistadas, sólo el 1.8% expresó disposición de dejar en manos de Dios el número de hijos que van a procrear²⁶. Aun así, el número de mujeres que utilizan métodos anticonceptivos es menor al que desearía utilizarlos. Es evidente el contraste que existe sobre la religión y el deseo de la sociedad no concebir tantos hijos. En Guatemala hablar de métodos anticonceptivos y educación integral en sexualidad es tabú especialmente en los sectores más conservadores con arraigos culturales machistas y religiosos, que consideran que abordar el tema constituye pecado²⁷. La Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) reveló que el 32.6% de los hombres y 37.4% de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual, y otra causa del no uso fue “que su religión no se lo permitía”⁹.

3.2.1.2 Creencias, actitudes y pensamientos

Los mitos forman parte de la percepción del mundo y tratan de explicar aquellas cosas que no se conocen bien. Por lo general, los son ampliamente compartidos, se suele asumir como verdades no probadas y ante la falta de información se van extendiendo. Aunque los mitos pueden estar presentes en cualquier dimensión de la vida, suelen encontrarse más en el campo de la sexualidad y la reproducción.

La falta de conocimiento acerca del funcionamiento del cuerpo y en particular de los órganos sexuales, la carga moral y los prejuicios respecto al sexo y la sexualidad, hacen que las personas tengan mayor dificultad para hablar del tema o de informarse, haciéndose más propicia a la generación de mitos. Numerosas investigaciones en el ámbito nacional han reportado que la consejería de planificación familiar que deja de lado la explicación de los métodos anticonceptivos y no abarca sus posibles efectos adversos con base científica, constituye el principal factor de abandono del método y el consiguiente refuerzo de los mitos existentes, construyendo una barrera para el uso y prevalencia de los anticonceptivos. No ofrecer el asesoramiento adecuado a los efectos colaterales genera conceptos erróneos que limitan su uso.

Investigaciones como la llevada a cabo en El Alto, Bolivia, que incluyó charlas de grupos de opinión y entrevistas a fondo, reportó que existen mitos relacionados a la anticoncepción, menstruación, aborto involuntario, enfermedades sexuales que generan temor y vergüenza y estarían influenciando el uso de planificación familiar¹⁶. En un estudio cualitativo realizado en Colombia, titulado “Percepción del uso de anticonceptivos en Bogotá”²⁸ se afirma que las mujeres consideraron que al tener un término tan largo de tiempo de uso, las píldoras producen “alteraciones hormonales como mareos, dolor de cabeza y aumento de peso” que hacen que las mujeres decidan abandonarlas. En cuanto a los inyectables, comentaron que estos producen desórdenes en el período menstrual, aumento de peso y manchas en la cara; los implantes “deben causar daños en el cuerpo de la mujer”, como son el aumento de peso o la disminución excesiva del mismo, la “eliminación del sangrado menstrual” o “esterilidad permanente”. Todas estas razones se constituyen como elementos esenciales para que una mujer abandone estos métodos y decidan cambiarlo.

Igualmente, algunas de las participantes dejaron claro que para ellas el uso del condón es sólo para prevención de las ITS/VIH/Sida y, por lo tanto, cuando tiene una pareja estable, no lo tienen en cuenta. Esto es preocupante pues siempre se debe procurar usar doble protección (uso de condón o de éste y otro anticonceptivo).

Por lo anterior, hay que seguir trabajando en sensibilizar al personal de salud para desmitificar el uso del condón, popularizar la doble protección y procurar una mayor participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva²⁸.

3.2.1.3 Machismo

Machismo se define como la actitud de prepotencia de los varones respecto a las mujeres²⁴. Ideológicamente sostiene que el varón es superior y ellas deben estar sometidas al mundo masculino. Aunque existe un avance indudable, la mujer sigue formando parte de una sociedad que por cultura la ha relevado desde siempre a una situación de desigualdad. Las mujeres sometidas al trato machista tienden a creer desde pequeñas que son inferiores, poseen menos oportunidades de acceso a educación básica o superior. La mujer puede ser tratada como objeto sexual para la exclusiva satisfacción del hombre, atropellando así su dignidad y derechos³⁰. El pene es un emblema para muchos. El rechazo al preservativo tiene que ver con limitar justamente su fuente de poder. El preservativo no permite la eyaculación libre: el semen es otro de los símbolos más importantes que aluden al poder masculino y su fuerza¹⁶.

Las comunidades consideran que las mujeres que usan planificación familiar, pueden ser infieles y/o faltar a su rol dentro del matrimonio y la familia. Ciertas mujeres que declaran no usar métodos anticonceptivos, manifiestan a los proveedores que lo hacen por prohibición de sus compañeros, pues con ello demuestran el “afecto” y “fidelidad” hacia el varón, aunque a ellas aparentemente no les interesa o simplemente se resignan a que su compañero tenga más de una pareja sexual, según lo confirma un médico, “ella lo dice en interrogatorio: ‘soy la tercera oficial’”. Cuando finalmente se logra generar conciencia en las mujeres sobre la importancia de utilizar métodos, estas buscan hacerlo de manera oculta, porque temen la reacción de sus parejas. El uso subrepticio de anticonceptivos es algo común: “sus

parejas no están de acuerdo”¹⁴. En un estudio colombiano, existe consenso en aceptar que los hombres adolescentes “se cuiden” para no tener hijos, lo cual supone una legitimación tácita de las relaciones sexuales a dicha edad. Para los padres y madres de mujeres adolescentes, el común denominador fue una negación de las relaciones sexuales y por ende una no aceptación del uso de contraceptivos. Para las madres es aceptado que sus hijos adolescentes tengan relaciones sexuales prematrimoniales utilizándolos, pero cuando se trata de sus hijas, su opinión cambia, pues esperan que ellas establezcan un hogar y culminen sus estudios antes de iniciar su vida sexual en pareja¹⁵.

El machismo ha sido por años una ideología en las comunidades indígenas de Guatemala, que engloba un conjunto de conductas y prácticas enfocadas a discriminar la participación de la mujer en los diferentes ámbitos³¹. Algunos datos alarmantes reportados en ENSMI que revelan el grado de machismo en el país son los siguientes: 20.7% de los hombres están de acuerdo con que es obligación de la esposa tener relaciones sexuales aunque ella no quiera, 11.9% de los hombres y 6.7% mujeres creen que hay situaciones en que un hombre tiene derecho a pegarle a su esposa o compañera, 67.7% hombres creen que una buena esposa debe obedecer a su esposo aunque no esté de acuerdo con él, 49.2% cree que el hombre tiene que mostrar que él es el que manda en y casa⁹. La cultura machista arraigada principalmente en el interior del país es otra de las barreras que impiden a las mujeres a utilizar o decidirse por un método anticonceptivo²⁷.

3.2.1.4 Etnia

El acceso a planificación familiar, métodos anticonceptivos y educación sexual continúa siendo tema tabú en la sociedad guatemalteca, castigando principalmente a la población joven e indígena del país²⁷. El informe “Estado de población Mundial 2013” del Fondo de Población de las Naciones Unidas señala que en Guatemala existen barreras para la prestación de servicios, en especial para las mujeres indígenas, pues muchas de ellas carecen de acceso a métodos anticonceptivos, programas de planificación familiar y educación sexual²⁷. Los patrones rurales imponen a dichas féminas que al llegar a la mayoría de edad deben iniciar la procreación, en el caso de las comunidades indígenas, al cumplir los 18 años, se

inicia el afán de perpetuar el linaje por lo que a muy temprana edad se comienza la fecundación y hay rechazo al uso de contraceptivos. Muchas veces se cree que éstos interrumpen el ciclo de la vida donde la fertilidad es un estado muy valioso para la mujer y su cultura. Impedir que una de ellas procrea es una negación a la prosperidad y trascendencia en el tiempo de sus comunidades²³.

También en el ámbito rural, las mujeres indígenas adolecen tanto de información como de acceso a los servicios de salud, lo cual condiciona a buscar ayuda con las comadronas de sus comunidades, quienes en medio de la necesidad y pobreza, resuelven por parte la problemática, mas no así las consecuencias que tiene una planificación responsable²⁷.

3.2.2 Sociales

Los aspectos sociales que rodean al ser humano tienen un impacto en la toma de decisiones, por lo que se abarcan ciertos aspectos que pueden influenciarlo en cuanto a planificación familiar.

3.2.2.1 Educación

Hay muchos estudios que comprueban que a mayor nivel de educación, menor el número de hijos que poseen. La falta de conocimiento en sexualidad se refiere a que existe información pero que es escasa frente a sus necesidades respecto de “cómo prevenir un embarazo”; han escuchado de métodos anticonceptivo pero no saben cómo usarlos. La “ignorancia”, es decir la total desinformación respecto de la sexualidad se asocia con padres de bajo nivel educacional, sin conocimientos o tabúes respecto del tema¹³. Las adolescentes sexualmente activas que utilizan algún método anticonceptivo son menos propensos a abandonar los estudios por embarazo que aquellas otras que no. Las mujeres que retrasan la edad para tener el primer hijo están en mejores condiciones para seguir formándose y recibir una educación, para así combatir la pobreza en los hogares³².

En Guatemala, al igual que en México, Ecuador, Perú y Bolivia, los indígenas tienen menos años de escolaridad y en tanto la brecha educativa se está cerrando aun

cuando en el 2005, la tasa de analfabetismo era de 25.2% según Comité Nacional de Alfabetización (CONALFA), sólo por debajo de Nicaragua y Haití. Por ejemplo, en Guatemala, en cuanto a grado académico, 15.1% mujeres ha completado la escuela primaria, 7.1% secundaria y 5.6% nivel universitario, pero es más preocupante que 20.2% no ha asistido nunca a una escuela. En cuanto a empleo, 37.4% poseen algún tipo de empleo y 51.7% no. Al relacionar nivel educativo y trabajo, las mujeres que no tienen ningún nivel educativo, son las que mayormente se encuentran desempleadas; por el contrario, las que cuentan con educación superior, 74.6% trabajó durante los últimos doce meses. Las mujeres sin educación tienen 1.4 hijos más que las con educación primaria y 2.9 más comparadas a aquellas con educación secundaria. Los resultados evidencian con claridad que a mayor nivel educativo, menor fecundidad⁹. La pobreza y marginalidad de la población trae consigo el desconocimiento, los tabúes y el miedo para acercarse a los servicios de salud. Las mujeres con mayor nivel educativo retrasan la edad para experimentar su primera relación sexual en un promedio de 6.6 años comparado con las que no reciben educación formal⁹.

3.2.2.2 Influencia de familia y/o terceros

Aunque la función de la familia y amigos radica en proporcionar afecto, apoyo, comunicación, entre otros, algunas veces influye de manera negativa. Por ejemplo, muchas culturas consideran que el uso de contraceptivos está a cargo de las mujeres, no obstante, las decisiones relativas al tamaño de la familia y la elección de métodos anticonceptivos es influenciado por los hombres y en algunos casos por otros familiares¹⁶. En una tesis realizada en Guatemala titulada “influencia del cónyuge en la planificación familiar”³³, encontró que 52.6% de ellos no le molestaría que su pareja utilizara algún método, sin embargo al entrevistar a pacientes posparto, 74% manifestaron que sus esposos ejercían influencia sobre ellas al momento de utilizar métodos anticonceptivos y ellas respetaban dicha situación. Así mismo, 47% de los esposos, manifestaron que se enfadarían si sus esposas eligieran alguno sin contar con su aprobación³³.

La cultura patriarcal y el machismo, limitan la autonomía de las mujeres para tomar decisiones sobre el uso de métodos de planificación familiar, las personas mayores

tienen una opinión negativa sobre el tema e influyen la opinión colectiva sobre las personas que usan métodos⁵. Un estudio realizado en México evidencia que en la mayoría de los casos, la población privilegia los criterios de terceros, como amigos y familiares, para resolver sus necesidades en salud; “[...] son personas, son mujeres adultas que se dejan llevar por lo que dice la mamá, lo que dice la suegra, lo que dice la tía y a todo el mundo le creen, menos al médico [...]” también los prestadores aludieron al temor y vergüenza de las mujeres como un factor que dificulta el acceso a los servicios¹⁴. En otras ocasiones el “límite estrecho familiar”, “negligencia paterna”, “padres ausentes del hogar”, “familia poco acogedora” hace que las adolescentes no entablezcan la suficiente confianza para acudir a sus progenitores y aclarar dudas sobre planificación familiar. Además, la escasa comunicación con los padres favorece las relaciones de tipo emocional ocultas (“si saben... me matan”)³⁴.

3.2.3 Económicos

Los factores económicos influyen en el acceso y utilización de recursos aun cuando son ofertados gratuitamente, por lo que es importante mencionar dichos aspectos que repercuten en el uso de planificación familiar.

3.2.3.1 Pobreza

La pobreza es una situación social y económica caracterizada por una carencia marcada en la satisfacción de las necesidades básicas. Las circunstancias para especificar la calidad de vida y determinar a si un grupo en particular se cataloga como empobrecido suelen ser el acceso a recursos como la educación, la vivienda, el agua potable, la asistencia médica, etc; asimismo, suelen considerarse como importantes para efectuar esta clasificación las circunstancias laborales y el nivel de ingresos²².

La desigualdad social genera que las personas de menores recursos sean las que tienen mayor dificultad para acceder a la salud. Debido a que el derecho a la ésta es de gran importancia y alcance, se debe contar con su disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad para toda la sociedad sin importar su condición económica³⁶.

En la actualidad, hay 215 millones de mujeres en países en desarrollo que si bien desearían no quedarse embarazadas, no utilizan métodos anticonceptivos eficaces, en otras palabras, es una necesidad no satisfecha. Ello se debe a que en muchos lugares no hay servicios de salud ni suministros de planificación familiar o éstos son inasequibles. Dicho programa es esencial y rentable para avanzar hacia la reducción de la pobreza y el desarrollo económico³⁷.

Debido a la exclusión histórica de los que han sido objeto los pueblos indígenas, sus índices de pobreza son alarmantes³⁸. En el 2011, la República de Guatemala registró una incidencia de pobreza total del 53%; en Chimaltenango fue de 65.6%³⁹. Ser indígena incrementa la posibilidad que una persona sea pobre³² pues en el país, 75% de los indígenas son pobres. Situaciones de pobreza exponen a la población a grandes riesgos de salud. En un estudio cualitativo realizado en Guatemala, se afirma que muchas de las personas interrogadas en entrevistas semiestructuradas mencionaron la pobreza como obstáculo para recibir atención. Los indígenas no tienen otra alternativa que ir al centro de salud y los profesionales de la salud también denunciaron la situación crítica en las comunidades. Para los indígenas que viven en comunidades por debajo del índice de pobreza, las tarifas de los servicios de salud son una gran carga para la economía familiar. Además de las consultas están los gastos de medicamentos y transporte que hay que pagar en efectivo. Sin ingreso, las familias deben pedir prestado o vender sus bienes y en casos graves, los gastos en salud pueden ser superiores al ingreso anual⁴⁰.

3.2.4 Médicos

En el 2008 se realizó un estudio titulado “Estudio de barreras para el acceso a la planificación familiar de la población indígena” con el objetivo de identificar las barreras, basadas en actitudes, prácticas y restricciones socioculturales y de los servicios que limitan el acceso de la población indígena a la planificación familiar en Guatemala⁵. Este objetivo se inscribe dentro del marco legal, que ordena el aseguramiento del acceso universal y equitativo a servicios de planificación familiar, la estimación de la necesidad insatisfecha de los mismos por medio de encuestas nacionales o estudios específicos y el monitoreo de la prestación de servicios para evaluar la disminución de barreras al acceso.

Las barreras médicas se definen como las “políticas, prácticas y procedimientos innecesarios o ineficaces basados como mínimo en algún principio médico”⁵. Éstas se presentan a continuación.

3.2.4.1 Sesgos de los proveedores/as hacia las mujeres indígenas

En cuanto a los niveles de conocimiento de los métodos de planificación familiar de todas las mujeres guatemaltecas, 95.4% reportó conocer al menos un método, sin embargo, sólo 74.5% reporta haber usado uno alguna vez⁹. Los proveedores/as dudan de la capacidad de las mujeres indígenas para comprender la información sobre planificación familiar, no recomiendan algunos métodos de planificación familiar a las mujeres por su condición de indígenas y las mujeres perciben que en los servicios de salud no son bien atendidas por su etnia. También declararon que existe una sobrecarga de trabajo que no les permite dedicar el tiempo suficiente a los pacientes, o simplemente no se pueden explorar a fondo otros problemas que quisieran atender, incluyendo la planificación familiar⁵. Interrogando a los indígenas sobre los servicios recibidos y sobre la actitud del personal, muchos denunciaron desigualdades en el trato recibido y que éste es más favorable para los ladinos⁴⁰.

3.2.4.2 Condiciones inapropiadas para la prestación de servicios

Los proveedores/as no cuentan con un lugar adecuado para la consejería en planificación familiar, utilizan intérpretes no apropiados durante la consejería y las mujeres indígenas consideran que el horario y el tiempo de espera de los servicios de salud, no responden a sus necesidades. Las instalaciones son precarias y carecen de elementos mínimos⁵.

3.2.4.3 Promoción e información en planificación familiar no adecuadas para mujeres indígenas

El idioma principal que se habla en Guatemala es el español aunque se encuentran 22 idiomas mayas y garífunas también; en Chimaltenango se habla el Kachiquel y el español. Se estima que en el país, unos 5.85 millones son indígenas que dominan uno de los idiomas mayas. En sus comunidades originarias, pueden

expresarse sin problemas pero en zonas urbanas, especialmente en la capital, encuentran un cerco comunicacional, derivado de las tendencias monolingües que han dominado por décadas las políticas públicas estatales y que han excluido a las poblaciones indígenas. Estas mujeres exigen tener acceso a atención médica, educativa y a justicia en su idioma maya como un derecho humano porque representa un limitante para permitirse sus derechos y servicios básicos⁴¹.

Pese a la importante cantidad de población indígena, en Guatemala el sistema legal, económico, político, educativo y de salud se desarrollan predominantemente en idioma español y por ende de forma excluyente para quienes hablan en idiomas originarios⁴¹. Las mujeres no siempre están cómodas al hablar en español y no entienden las explicaciones del médico⁴⁰. En general, los proveedores/as no utilizan materiales de promoción e información en idiomas mayas y las mujeres indígenas no reciben suficiente información para aclarar sus necesidades de información sobre el uso y efectos de la planificación familiar⁵. Muchas veces, los mismos proveedores reconocen la influencia e interferencia de sus ideas, valores, creencias y juicios en la prestación del servicio, admiten que no es fácil apartar el criterio médico del personal⁵.

3.2.4.4 Falta de conocimiento del personal sobre planificación familiar

En Guatemala, la demanda total para servicios es mayor en el área urbana, 80.4 %, que en la rural, 71.0%. Dentro de los servicios de planificación familiar, se encuentra la consejería médica, por lo cual el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social enfatiza su importancia y recalca que es una actividad, que deben de desarrollar todos los proveedores de servicios de salud. Ésta última ayuda a tomar decisiones no sólo para evitar un embarazo, sino para espaciarlos o limitarlos del todo por motivos personales o de salud.

La consejería incluye promoción, información y educación y su propósito fundamental es lograr, en cada consulta, los individuos y/o las parejas conozcan el derecho que tienen a decidir por sí mismos de una manera responsable su vida reproductiva. Cuando ellos eligen personalmente y sin presiones la forma en que desean regular sus embarazos, es más probable que estén satisfechos y que el uso de cualquier método anticonceptivo sea exitoso. El papel del proveedor de salud, es

asegurarse que los usuarios conozcan los distintos métodos anticonceptivos disponibles, apoyándoles y teniendo en cuenta sus necesidades, opciones y sentimientos, de manera que se formen su propia opinión acerca de lo que desean hacer con vida sexual.

En consecuencia, el proveedor no sólo debe proporcionar información, sino también analizar las circunstancias individuales, para colaborar con ellos en la toma de una decisión personal o confirmación de la misma⁴². En el “Estudio de barreras para el acceso a la planificación familiar de la población indígena”⁵ se identificó que los proveedores/as comunitarios no tienen acceso a “conocimientos sistemáticos” en planificación familiar y tienen temor al rechazo de las comunidades, al abordar abiertamente el tema.

3.3 Situación de Planificación Familiar en Guatemala

En Guatemala, las principales razones de no uso de métodos modernos se relacionan con factores de problemas de acceso a los métodos (26%), oposición a usar métodos por parte de la mujer o del cónyuge (15%), temor a los efectos secundarios (19%), pero también son importantes las prohibiciones religiosas (13%). En particular, la evidencia empírica sobre Guatemala indica que las tradiciones culturales (prácticas religiosas) son barreras importantes en la decisión de usar métodos modernos de planificación familiar⁵. Guatemala posee leyes y decretos que establecen los derechos de salud reproductiva y planificación familiar; así mismo cuenta con guías nacionales y estrategias para abordar este tema. A pesar de ello, no se cumplen los objetivos de planificación familiar planteados por la OMS.

3.3.1 Aspectos legales sobre planificación familiar en Guatemala

En Guatemala, la Ley de Desarrollo Social decreto 42- 2001 plantea “Salud Reproductiva” como estado general de bienestar físico, psíquico, personal y social en todos los aspectos relacionados con la sexualidad humana, funciones y procesos del sistema reproductivo, vida sexual coherente con la propia dignidad personal y opciones de vida que conduzcan a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos; así como con la libertad de procrear o no, decidir cuándo y qué frecuencia, de una forma responsable⁴³.

Dentro de los programas a nivel nacional, se encuentra el de planificación familiar cuya ley establecida por el Congreso de la República en su decreto 87-2005⁴⁴, tiene como finalidad garantizar el acceso a hombres y mujeres a estos servicios, tanto de información, consejería, educación sexual y reproductiva y la provisión de todos los métodos de planificación familiar. Es por ello que las instituciones públicas y privadas están en la obligación de proveer servicios de calidad, consejería y métodos anticonceptivos, para los distintos usuarios que lo deseen, garantizando disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de los mismos.

3.3.2 Guías Nacionales de Planificación familiar

Las Guías Nacionales de Planificación Familiar⁴⁵, en sus dos versiones más recientes, 2009 y 2014, están dirigidas a los proveedores de salud en general y contiene los lineamientos técnicos normativos y científicos que deben tomarse en cuenta para la consejería balanceada en métodos de planificación familiar, lo cual fortalece y empodera a las usuarias y usuarios a tomar una decisión libre e informada sobre la utilización de los métodos.

3.3.2.1 Derechos de las/os usuarias/os

Los derechos sexuales y reproductivos se basan en los derechos humanos que se describen a continuación⁴⁵:

- Información: todas las personas tienen derecho a solicitar, recibir e impartir información. En el caso de planificación familiar, la/el usuaria/o tiene derecho a recibir información completa.
- Libertad: es la capacidad de hacer elecciones básicas y libres sobre la vida y la atención en salud en general que incluye la salud sexual y reproductiva.
- Privacidad: en la vida personal y familiar, las decisiones sobre la salud sexual y reproductiva, (incluido el tamaño de la familia) son de carácter privado, pues se toman teniendo en cuenta los valores, las necesidades, la familia, el bienestar social, la religión y las circunstancias personales relacionadas con la salud.
- Vida libre de daño: vivir exento de daño proviene del derecho a la seguridad que tiene la/el usuaria/o en todos los procedimientos que se le realicen, como el caso de los métodos definitivos sin excluir los demás.

- Igualdad: a todas las personas se les brinda un trato digno, sin discriminación de raza, color, sexo, idioma, religión, política, opiniones, origen nacional, origen geográfico, nivel socioeconómico u otra condición. Los contraceptivos deben explicarse en todos los ámbitos para que de esta manera sean accesibles a todas las personas que los soliciten.
- Justicia sanitaria: se garantiza el derecho al nivel más alto de salud física y mental que se pueda obtener. La/el usuaria/o ejerce este derecho cuando puede acceder a un paquete básico y de opciones integrales en salud, donde la oferta es confiable y además continua.

3.3.2.2 El vínculo entre educación/información y consejería

La información que obtengan las/los usuarias/os en forma previa hará que el proceso de consejería sea más fácil y ahorrará tiempo durante las entrevistas personales. Las/los usuarias/os deben conocer acerca de planificación familiar, anticoncepción, sexo más seguro, ITS, VIH/sida y otros temas de salud sexual y reproductiva a través de actividades educativas, incluyendo carteles y folletos (en el lenguaje apropiado) colocados en las áreas de espera. El tiempo que se pasa en las áreas de espera debe usarse para educar a las/os usuarias/os sobre salud reproductiva, anticoncepción, prevención de ITS, VIH/sida y otros temas de salud sexual y reproductiva. La consejería es parte del proceso de información y educación. El proporcionar información y educación antes de la consejería puede ahorrar tiempo en la consejería individual, pero la/el proveedora/or debe aún verificar si la/el usuaria/o entiende los hechos básicos en relación con su propia vida⁴⁵.

3.3.2.3 Consejería en planificación familiar

- **Selección del método**

Las/os usuarias/os deben tomar sus propias decisiones respecto a cuál método anticonceptivo es el más apropiado para ellos. La/el proveedora/or debe ayudar a cada usuaria/o a armonizar sus necesidades de planificación familiar y preferencias con un método seguro y apropiado. Nunca se debe imponer un método en contra de la voluntad de la/el usuaria/o⁴⁵.

- **Explicación sobre el uso del método seleccionado**

Las siguientes son áreas generales que deben abordarse al discutir el método anticonceptivo seleccionado:

- Cómo utilizar el método
- Posibles efectos colaterales
- Señales de alarma que indican la necesidad de seguimiento médico y dónde obtener este seguimiento
- Información sobre reabastecimiento, en los casos en que esto sea pertinente
- Cuando tendrá lugar la siguiente visita de seguimiento. Se debe preguntar a las/os usuarias/os lo que han entendido de cada uno de los puntos anteriores; pedirles que repitan las instrucciones con sus propias palabras⁴⁵.

- **Visita de seguimiento**

En las visitas de seguimiento o reconsulta se debe revisar la ficha del paciente. Luego preguntarle a la/el usuaria/o cómo se siente con el método y si tiene alguna pregunta. Si la/el usuaria/o está teniendo algún problema con el método y si tiene alguna pregunta, se debe valorar la naturaleza del problema y discutir posibles soluciones. Si el problema es un efecto colateral, se debe apreciar su severidad y ofrecer sugerencias sobre cómo manejarlo o referir para tratamiento. Si todavía está utilizando el método, determinar si lo está utilizando correctamente. Si es necesario, darle instrucciones sobre el uso correcto del método. Se debe asegurar que reciba reabastecimiento y si es necesario, un examen apropiado. También hay que ayudar a a seleccionar otro método si ella/él no está satisfecho con el actual⁴⁵.

- **Beneficios de una buena consejería**

La consejería es considerada uno de los pilares de la calidad de los servicios de salud y, específicamente, de los pilares de la planificación familiar. Cuando los usuarios y/o parejas eligen un método anticonceptivo luego de una sesión de consejería, generalmente se sienten satisfechos porque participaron en una decisión muy importante en sus vidas. La experiencia satisfactoria puede ser transmitida a otros potenciales solicitantes junto al concepto de una buena atención. La

inadecuada elección de un método anticonceptivo casi siempre se debe a una inadecuada consejería, incluyendo imposiciones promocionales o del personal de salud, lo que redundaría en interrupciones o continuos cambios de método y, probablemente, embarazos no planificados. Los servicios de salud reproductiva que incluyen la consejería como uno de sus componentes fundamentales, mejoran los niveles de aceptación, continuidad en el uso del método, satisfacción del usuario y del proveedor, eficacia y calidad de sus servicios⁴².

- **Duración de consejería**

Pareciera que la consejería toma mucho tiempo, pero el tiempo necesario varía de acuerdo a los conocimientos sobre los métodos anticonceptivos que posea el usuario y en qué etapa se encuentre en el proceso de toma de decisión. El consejero debe adecuar la sesión a las necesidades del usuario⁴².

- **Perfil de un buen consejero**

Un buen consejero debe conocer y respetar los derechos de la persona. También utiliza lenguaje sencillo y comprensible para el usuario y proporciona la consejería preferiblemente en el idioma materno del usuario. Otras características es que debe ser amable y tener un buen conocimiento de todos los métodos disponibles, proporcionar información en forma imparcial y de manera sensible, asegurándose que la persona tome su propia decisión. Es bueno motivar a la persona a que haga preguntas y responderlas de manera objetiva y hacer preguntas abiertas que permitan contar con información detallada. El proveedor debe escuchar con atención e interés los problemas del usuario y utilizar la comunicación no verbal (lenguaje corporal) de una manera apropiada. Asimismo debe reforzar la información importante, evitando la sobrecarga de información⁴².

- **Prueba verbal para descartar el embarazo**

Hay una prueba verbal que permite descartar el embarazo. La misma se basa en seis preguntas que se le hacen a la mujer durante la consejería y son:

1. ¿Está usando correctamente un método para planificar la familia? ¿Cómo lo usa?
2. ¿Le ha venido su regla en los últimos 7 días?
3. ¿Ha tenido un aborto o pérdida en los últimos 7 días?
4. ¿Ha tenido un parto en el último mes?
5. ¿Tiene un hijo o hija menor de 6 meses, le está dando sólo pecho (nada más que el pecho) y todavía no ha visto su regla?
6. ¿Ha evitado tener relaciones sexuales desde que empezó su última regla?

Si la mujer responde SÍ a una o más de las preguntas anteriores, el proveedor puede estar razonablemente seguro/a que no está embarazada. Si la mujer responde NO a todas las preguntas, podría estar embarazada. En este caso, el/la consejero/a de planificación familiar debe entregar condones y/o sugerirle que no tenga relaciones sexuales mientras espera su regla e invitarla a volver al servicio⁴².

3.3.3 Uso de métodos anticonceptivos

El uso de métodos anticonceptivos modernos entre todas las mujeres de edad reproductiva en Guatemala es de 47.7 por ciento. La utilización es mayor en el área urbana (79.7%) que en la rural (56.4%), siendo los porcentajes más bajos observados en las mujeres del grupo indígena⁹. El uso de métodos modernos es mayor entre las mujeres de mayor condición social: las urbanas y las más educadas. La educación y la urbanización juegan un papel importante como medio para cambiar los valores de los individuos sobre el tamaño ideal de familia, como también sobre la aceptación y uso de métodos modernos de planificación familiar¹².

3.3.4 Demanda insatisfecha

Se define demanda insatisfecha como la cantidad de mujeres casadas o en unión que desean limitar o espaciar sus familias y no están usando método anticonceptivo alguno, con respecto al total de mujeres casadas o en unión⁴⁶. Ésta disminuye con la edad, siendo significativamente alta entre las adolescentes, y especialmente en aquellas de los países de transición rezagada. La necesidad insatisfecha de planificación familiar es mayor en los grupos sociales menos favorecidos: mujeres rurales y menos educadas. Aunque los diferenciales sociales han venido disminuyendo, con una convergencia hacia

niveles más bajos, los diferenciales actuales son acentuados sin un patrón claro entre grupos de países¹⁴.

En Colombia, Perú, Bolivia y Guatemala, la necesidad insatisfecha de las mujeres menos educadas duplica la de las mujeres con secundaria o más¹². El conocimiento deficiente de cómo utilizar un método determinado, resultado de la ausencia total o parcial de asesoramiento hace que el fracaso de los métodos sea frecuente. Otras razones que explican la necesidad no satisfecha son el temor a los efectos secundarios de los métodos, la oposición de la pareja, la postura de algunas iglesias (sobre todo la Católica y grupos asociados con ella) y las barreras para conseguir los métodos: inexistencia de servicios, costos, diferencias culturales o lingüísticas. Estas barreras, junto con la deficiente calidad de los servicios, representan factores particularmente importantes para ciertos grupos de mujeres rurales e indígenas, sobre todo⁴⁷.

A pesar de la evidencia de los beneficios, aún persisten barreras sociales, culturales, políticas o religiosas que hacen que exista una necesidad insatisfecha en planificación familiar, que no se respete el derecho de las personas a elegir y decidir el número de hijos que desean tener, y que impiden el disfrute de una sexualidad sana²¹.

3.3.5 Fuentes de suministro métodos anticonceptivos

En Guatemala la mayoría de población accede a servicios de planificación familiar a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y la Asociación Pro-Bienestar de la Familia –APROFAM. Los proveedores privados, como médicos/as y farmacias, son una fuente de métodos de planificación familiar pero en menor proporción que las fuentes institucionales⁴⁸.

Según la ENSMI, en el 2008, las fuentes de obtención de métodos anticonceptivos fueron así: 26.2% los centros y puestos de salud, 19.3% los hospitales, por lo que las fuentes públicas son las más utilizadas, principalmente en el área rural⁹. En Guatemala, el 85% de las mujeres en edad reproductiva conoce un método de planificación familiar, porcentaje que llega solo al 70% entre las mujeres sin educación; el 32% de las mujeres sin educación conoce una fuente de suministro, mientras que dicho porcentaje es de 87% entre las mujeres con secundaria o más. Claramente se requieren programas

informativos que permitan a las mujeres en edad reproductiva acceder a los métodos de planificación familiar que decidan escoger⁴².

Además, en un estudio cualitativo realizado en Guatemala, “todos los indígenas y los profesionales de la salud interrogados mencionaron que para llegar a la consulta en el centro de salud, la gente debe madrugar mucho. Los pacientes deben llegar antes de la hora en la que se abre el centro, obtener un número y formarse”⁴⁰.

3.4 Situación de planificación familiar en Chimaltenango

Chimaltenango es un departamento de la República de Guatemala, localizada la región central. Al 30 de Junio de 2012, según las proyecciones de población, el número de habitantes del departamento fue de 630,609; representó el 4.2% de la población total, estimada para ese año en 15, 073,375. Se reportó un crecimiento del 2.9% entre 2011 y 2012, porcentaje superior a la tasa de crecimiento nacional, que fue de 2.3%³⁹. Del total de la población del departamento, 49.0% son hombres y 51.0% son mujeres con una mediana de edad de 17 años. A nivel nacional el total de los habitantes que se identifican como indígenas, es de 40%, en tanto que para Chimaltenango, es de 78.4%⁴⁹.

Según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008/2009 (ENSMI) las mujeres en edad fértil o reproductiva, que comprende las edades de 15 a 44 años, 45.7% se encuentran en el área urbana y 54.3% en el área rural. Dos regiones concentran los mayores porcentajes de mujeres en edad reproductiva: Sur-Occidente (23.7%) y Metropolitana (20%) La Tasa de Fecundidad Global (TFG) durante el 2005-2008, fue de 3.6 hijos por mujer; las mujeres que viven en el área urbana tienen 2.9 hijos y las del área rural, 4.2; se entiende que éstas últimas tienen 1.3 hijos más en promedio comparado con las féminas del área urbana. Las mujeres indígenas tienen 1.6 hijos más por mujer que las no indígenas⁹. A continuación se describe la situación de la mujer guatemalteca.

3.4.1 Natalidad en Chimaltenango

La edad de la primera relación sexual, primera unión y primer nacimiento son variables que influyen significativamente en la fecundidad, debido a que entre más temprano se inicien las relaciones sexuales, más se alarga la edad reproductiva y el número de hijos

puede incrementarse. En Guatemala, 40% de las mujeres menores de 18 años han tenido relaciones sexuales⁴⁸.

En el 2012, se registró 25.2 nacimientos por cada mil habitantes, cifra menor al promedio nacional de 25.8⁵⁰. Así mismo, se reportaron 15,868 nacimientos en el departamento, 3.7% más que en 2011. Del total de nacimientos registrados en la República de Guatemala, Chimaltenango aportó el 4.1%; el 16.8% correspondió a madres menores de 20 años⁵⁰. En ese mismo año, la tasa global de fecundidad del departamento fue de 3.3, mayor a la nacional de 3.1⁵⁰. El primer hijo suele considerarse una fuente importante de felicidad para la madre y el padre, pero hijos adicionales pueden reducir el bienestar de esta última mientras no afecta el bienestar del padre³⁰.

3.4.2 Mortalidad materna en Chimaltenango

En el 2013, la tasa de mortalidad materna fue de 149.4 por 100,000 nacidos vivos, con 21 casos de muertes maternas y 14,052 nacidos vivos⁵⁰.

3.4.3 Usuarías de planificación familiar en Chimaltenango

Durante el año 2014, el MSPAS estimó 33,521 usuarias de métodos anticonceptivos, cubriendo un aproximado del 26% de la población entre 15-44 años⁵⁰.

4. POBLACIÓN Y MÉTODOS

4.1 Tipo y diseño de investigación

Estudio cualitativo con metodología etnográfica.

4.2 Unidad de análisis

Opiniones de mujeres en edad fértil, obtenidas en grupos focales, así como hallazgos encontrados en observaciones no participantes, durante consejería de planificación familiar en Centro y Puesto de Salud de la comunidad.

4.3 Población y muestra

Mujeres sexualmente activas de edad fértil que asistieron al Puesto de Salud El Camán y residen en la Aldea del mismo nombre, así como las que acudieron al Centro de Salud de Patzicía, Chimaltenango, Guatemala, durante marzo-abril, 2016.

4.3.1 Selección de los sujetos a estudio

La selección de participantes para los grupos focales fue por conveniencia⁵² debido a que se requería el cumplimiento de características como:

- Mujeres en edad fértil
- Sexualmente activas
- Residentas de Aldea El Camán
- Dispuestas a colaborar

Con la ayuda de una líder comunitaria fue posible reclutar un total de 52 mujeres al final del estudio. Así mismo, se decidió realizar la investigación y elección de sujetos en Aldea El Camán por las siguientes razones:

- Baja cobertura de planificación familiar
- Durante los seis meses de estadía en el lugar, la investigadora percibió la escasa demanda y rechazo de planificación familiar en los servicios de salud locales.

- El Jefe de Salud de Patzicía, facilitó el estudio con el deseo de mejorar el programa de planificación familiar

Por otro lado, en las observaciones no participantes realizadas en el Puesto de Salud El Camán y Centro de Salud de Patzicía, la selección de sujetos fue voluntaria⁵² pues se analizaron las mujeres que llegaron por planificación familiar, que cumplían los requisitos del estudio y aceptaron ser parte del mismo.

Esta muestra se tomó de ambas instituciones por las subsiguientes causas:

- Ambos servicios de salud son utilizados por las habitantes de Aldea El Camán
- Se consideró pertinente evaluar a dos o más proveedoras de planificación familiar, para verificar si éste cambia dependiendo de la suministradora
- Poder comparar consejería del Puesto y Centro de Salud
- Realizar triangulación de datos y validar la investigación

4.3.2 Indicador del tamaño de la muestra

Se empleó el principio de saturación teórica⁵², que indica el fin de las técnicas de recolección de información cuando ya no aportan datos nuevos sino que ésta es más bien redundante. En este caso, se llegó a dicho concepto al realizar ocho grupos focales en tres días no consecutivos y diecinueve observaciones no participantes.

4.4 Técnicas de recolección de datos y proceso

Los métodos utilizados para la recolección de información fueron los grupos focales y observación no participante.

Los grupos focales son entrevistas en conjunto donde un moderador guía el proceso en el que un pequeño grupo de personas discute en torno a las características y dimensiones del tema propuesto. Es una forma de percibir lo que dicen, piensan y opinan los seres humanos⁵².

Las mujeres fueron citadas a las 14:00 horas, período en el que los quehaceres domésticos han concluido y les permite retirarse de sus hogares. Al inicio, se expuso el contenido del consentimiento informado, el cual fue firmado por quienes estuvieron de acuerdo en participar. Posteriormente, se explicó la importancia de brindar opiniones y creencias sinceras sobre las preguntas que serían formuladas acerca de planificación familiar siendo la moderadora, la comadrona de la comunidad.

Se elaboró un instrumento de recolección de información para los grupos focales (Anexo 10.2). Este fue empleado en cada grupo focal de la siguiente manera:

- Primero, conversaciones informales de cinco a diez minutos - la moderadora motivó a las mujeres a desenvolverse sin temor a ser juzgadas.
- Preguntas de apertura- orientadas a romper el hielo dentro de la agrupación.
- Preguntas introductorias- en las que se les introdujo al tema en discusión.
- Preguntas de transición- funcionaron como guía hacia la parte más importante del grupo focal
- Preguntas claves- fragmento responsable de indagar la información brindada por las participantes, permitiéndoles establecer una conexión entre sus experiencias, conocimiento y opiniones sobre planificación familiar.

En total, se realizaron ocho grupos focales, cada uno con seis a ocho participantes. La duración de cada grupo focal osciló entre ocho y cincuenta y nueve minutos. Durante la ejecución de esta técnica, la investigadora efectuó apuntes sobre expresiones de las voluntarias.

La observación no participante tiene como objetivo comprender el comportamiento y las experiencias de personas en su medio natural sin interferencia de la investigadora⁵². Esta técnica fue empleada en el Puesto de Salud El Camán y Centro de Salud de Patzicía, para observar el servicio que brindan los proveedores de salud en el programa de planificación familiar así como la experiencia de la usuaria y por último, explorar barreras advertidas.

Se utilizó una guía (Anexo 10.4) para verificar aspectos establecidos en las Guías Nacionales de Planificación Familiar sobre cómo debe realizarse este programa en

establecimientos públicos. La investigadora evaluó, sin interferir con el proceso, el tiempo que tomó a las mujeres en recibir planificación familiar, el servicio que se le brindó por parte de los proveedores, la disponibilidad y accesibilidad al sistema, las actitudes verbales y no verbales que expresaron tanto las dos consejeras en el Centro y una en el Puesto de Salud, igualmente las de la usuaria.

4.5 Descripción de los elementos trascendentales del estudio

4.5.1 Descripción de la investigadora

La investigadora es estudiante de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Algunos detalles de importancia al que se le relacionan son los siguientes:

- Durante los años universitarios, aprobó los cursos de investigación impartidos en el pensum académico por dicha institución
- Cuenta con el antecedente de presentación de investigación documental denominada “H. Pylori y Cáncer Gástrico” en el III Congreso Nacional de Ciencias Básicas en Medicina, 2010.
- Asesoría de Rossana Cifuentes Estrada, máster en Salud Pública con orientación en Planificación Familiar y VIH SIDA quien actualmente labora como coordinadora interinstitucional de PASMO (Organización Panamericana de Mercadeo Social por sus siglas en inglés) con experiencia en el campo de las investigaciones cualitativas.
- Revisora de estudio a Sindy Sussel Cheesman Mazariegos, Doctora en Salud Pública, con más de 10 años de experiencia en el campo de la sanidad.
- Residencia en el área de estudio durante 6 meses

4.5.2 Punto de vista de la investigadora

El pensum académico de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala incluye en su último año, el curso Ejercicio Profesional Supervisado Rural, con duración de seis meses, en el que la investigadora decidió realizarlo en la Aldea en cuestión. Una de las diversas actividades que se desarrollaron

en él, fue “visita domiciliar a puérperas” en donde la estudiante frecuentó dichos hogares. Como parte del protocolo, se les instaba a optar por métodos de planificación familiar, tanto naturales como artificiales, por los múltiples beneficios. En muchas ocasiones, la investigadora observó familiares y conocidos intervenir en el proceso para que no se impartiera la consejería. En otras oportunidades, contradecían la opinión médica sobre los contraceptivos por opiniones propias o por desconocer la existencia de planificación familiar.

Tiempo después, la investigadora decidió llevar a cabo el estudio para explorar las causas que impedían utilizar este servicio a las mujeres de la comunidad y con la ayuda de su asesora y revisora, decidieron implementar una investigación cualitativa con metodología etnográfica.

4.5.3 Descripción del lugar en donde se llevaron a cabo los grupos focales y observación no participante

En los grupos focales, la reunión se llevó a cabo en la casa de la líder comunitaria, quien además de ello, se consideró la mejor opción para moderarlos, pues es hablante del idioma Kaqchiquel, predominante en la región.

El sitio utilizado para la actividad fue previamente arreglado de forma estratégica:

- Ambiente cerrado para fomentar la privacidad, pero iluminado con luz natural para crear un ambiente agradable y placentero
- Los asientos fueron colocados de forma circular para crear armonía
- Dos grabadoras de audio para captar desde diferentes puntos, la comunicación entre las mujeres y la moderadora

En dos lugares se llevó a cabo la técnica de observación no participante, en el Centro y Puesto de Salud, los cuales se describen a continuación:

- Centro de Salud de Patzicía
 - Clínica exclusiva para el servicio de planificación familiar
 - Naturalmente iluminada
 - Presencia de polvo en el suelo, en regulares cantidades, debido a la cercanía de un jardín

- Entrada y salida de personal, lo que interrumpía la privacidad de la consejería
- Se contó con una grabadora de audio para capturar la información recabada
- Puesto de Salud El Camán
 - Clínica no exclusiva para planificación familiar, se comparte con otros servicios, por lo que el tiempo de espera era mayor
 - Naturalmente iluminada
 - Cuarto cerrado, respetando la privacidad
 - Se contó con la ayuda de una grabadora de audio

4.5.4 Descripción de las participantes

Durante los grupos focales la mayor parte de las participantes, sexualmente activas y de edad fértil, mostraron temor a expresarse, demostrado en sus expresiones no verbales, tales como:

- Mirada hacia el suelo
- Juego de manos persistente
- Pies en constante movimiento
- Risas nerviosas al interrogarlas

Aunque al inicio se explicó la confidencialidad de la información recabada, a muchas se les dificultó expresarse por la presencia de vecinas y/o conocidas, por el temor a ser parte de murmuración posterior a la actividad. Pese a las diferentes razones anteriormente expuestas, algunas de ellas lograron romper el silencio, logrando expresar sus opiniones y experiencias en torno a las preguntas planteadas.

En la observación no participante, las mujeres que recibieron planificación familiar se mostraron mayormente nerviosas y apenadas, lo cual es concordante con las expresiones no verbales demostradas, pese a que la investigadora no tomó parte del servicio brindado:

- No miraban a la consejera a los ojos, sino al suelo
- Piernas inquietas
- No se mostraron abiertas a hacer preguntas
- Sonrisas nerviosas

4.6 Procesamiento y análisis de información

3.6.1 Análisis

El análisis de los grupos focales se efectuó en varias etapas⁵²:

- Se inició con la transcripción de audios grabados para ambas técnicas
- Luego, fase de descubrimiento-
 - La investigadora examinó la información repetidamente para formarse una idea general y hacer más fáciles los siguientes pasos
 - Se colocaron notas en los márgenes de las transliteraciones para agrupar los textos que presentaban similitudes de cierta manera
 - Se identificaron los temas emergentes en las conversaciones y observaciones
 - A cada grupo focal se le asignaron las siglas “GF” seguido de un número, correspondiente a la secuencia en la que ocurrieron, a fin de ser citados más adelante. Ejemplo: “GF-1”, que significa “Grupo Focal 1”
 - En las observaciones no participantes se les designó “ONP” seguido del número correlativo. Ejemplo: “ONP-1”, observación no participante 1
- Después, fase de codificación-
 - Se analizaron los datos según su semejanza y se asociaron en un código específico, siempre relacionado a los objetivos de la investigación. Este proceso fue manual, debido a que no se contó con un programa de análisis cualitativo
 - En seguida, se separaron los datos significativos de los sobrantes, con el fin de desechar la información no relevante

- Posteriormente, categorización de datos-
 - Guiada por los objetivos del estudio, se agruparon los códigos relacionados en las siguientes categorías para facilitar el análisis:
 - Grupos focales-
 - Influencia de la religión sobre planificación familiar
 - Opiniones y creencias sobre planificación familiar
 - Influencia de otras personas
 - Deficiente accesibilidad a métodos anticonceptivos
 - Limitada disponibilidad a los servicios de salud
 - Perspectiva de las participantes sobre los proveedores de salud
 - Observaciones no participantes-
 - Influencia de proveedores sobre usuarias
 - Limitada disponibilidad de servicios de salud
 - Deficiencias médicas
- Por último, fase final del análisis-
 - Se interpretó la información de las transcripciones de cada grupo focal de la información obtenida y el fundamento teórico hallado previamente.

En los grupos focales se crearon manualmente 6 categorías, basándose en el enfoque inductivo, es decir, la formación de dichas agrupaciones se realizó con poca o ninguna estructura predeterminada y, al contrario, se utilizó la información recabada para su establecimiento⁵³. Posteriormente, se asociaron las expresiones de las participantes e información bibliográfica para otorgar mayor objetividad al estudio.

En la observación no participante, se crearon manualmente 3 categorías principales, nuevamente con enfoque inductivo, en los que se analizaron los resultados con base a notas de la investigadora, datos obtenidos de las consejerías presenciadas en el Centro y Puesto de Salud, y sustentación teórica.

4.6.2 Triangulación

La triangulación de una investigación consiste en tomar múltiples puntos de referencia para encontrar un punto central de convergencia y así, brindar objetividad a los estudios cualitativos⁵⁴. En otras palabras, es la combinación de fuentes de información, para validar un fenómeno singular. Aunque existen cuatro tipos, en este caso, se utilizó triangulación de datos⁵², que, como su nombre lo indica, consiste en el uso de datos de un estudio. En el presente trabajo, se efectuó con la información de grupos focales y observación no participante.

4.7 Límites

4.7.1 Obstáculos

Durante la investigación existieron obstáculos que se sobrepasaron tales como:

- Coordinación con líderes comunitarios: organizarse con las máximas autoridades de la comunidad fue una dificultad que se enfrentó durante el estudio, pues la mayor parte de ellos realizan otras actividades separadas al cargo que ocupan dentro de Aldea El Camán; finalmente se logró la cooperación de dos de ellos, para invitar a mujeres que cumplieran los criterios de inclusión, a participar en las reuniones programadas
- Disposición a participar: el interés y colaboración de las habitantes de la Aldea fue creciendo gradualmente, pues al inicio se mostraron renuentes por el horario y sus quehaceres diarios; debido a ello, se modificó el itinerario previo, mejorando la afluencia
- Vencer la timidez al colaborar con los grupos focales: algunas mujeres lograron expresarse durante el transcurso de la actividad y otras no

4.7.2 Alcances

La información generada por grupos focales integrados por mujeres en edad fértil, sexualmente activas residentes de Aldea El Camán, Patzicía, Chimaltenango, y la

observación no participante del Centro y Puesto de Salud del área, permitió evidenciar las barreras del cumplimiento de los objetivos de planificación familiar según la Organización Mundial de la Salud, tanto culturales, sociales, económicas y médicas. Los resultados y conclusiones obtenidas en este estudio se proporcionarán a las instituciones correspondientes, como el Área de Salud del departamento, ambos servicios evaluados, así como a líderes comunitarios, con el propósito de aspirar una mejoría en el sistema de salud. Se pretende que esta investigación genere futuras teorías en cuanto a los obstáculos encontrados y se tomen en cuenta los nuevos hallazgos para el fortalecimiento de dichas debilidades.

4.8 Aspectos éticos de la investigación

4.8.1 Principios éticos generales

Para que la investigación garantizara los aspectos éticos, se contó con una hoja de consentimiento informado en ambos grupos focales y observación no participante, en donde se le comunicó la razón del estudio y su utilidad, respetando el anonimato.

4.8.2 Categorías de riesgo

De acuerdo a las pautas internacionales para la evaluación ética de los estudios epidemiológicos, este estudio se clasificó Categoría I pues no existió ningún riesgo para los entrevistados y no se invadió la privacidad de las personas.

4.8.3 Consentimiento informado

Se contó con un consentimiento informado tanto para grupos focales como observación no participante donde se brindó información a las partícipes de dicha actividad sobre lo que se realizaría y si autorizaban ser parte de la investigación o se podían retirar sin repercusión alguna, si así lo deseaban.

5. RESULTADOS

Se realizaron 8 grupos focales de 6 a 8 integrantes cada uno que oscilaron de 8 a 59 minutos, así como 19 observaciones no participantes en el Centro y Puesto de Salud de la comunidad durante la consejería de planificación familiar.

Las características que comparten en común son la edad reproductiva, sexualmente activas, residentes de Aldea El Camán y que desearon participar en el estudio. A continuación se detallan los resultados encontrados.

Tabla 5.1

Opinión sobre influencia de la religión en la decisión planificación familiar en mujeres participante de grupos focales, en edad fértil y sexualmente activas, que residen en Aldea El Camán, Patzicía, Chimaltenango, Guatemala, durante marzo-abril, 2016.

Opiniones sobre influencia de la religión
Prohibición de parte de iglesia
<ul style="list-style-type: none">• “(...) igual en la Iglesia Católica está permitido de, se planifique pero no en ese sentido [artificial] (GF*-6)• “Mi religión no me permite planificar” (GF-2)
Hijos percibidos como bendición o mandato de Dios
<ul style="list-style-type: none">• “Es un mandamiento de Dios, porque Dios ha dejado que la mujer tenga sus hijos” (GF-4)• “(...) Dios le ha permitido tener los doce hijos [que tiene]...”• “Porque dice [la religión] que Dios, dice que hay que tener todos los hijos que Dios manda” (GF-1)• “Yo de mi parte no [planificaría] porque lo que Dios nos da, tenemos que recibir” (GF-3)• “Siempre tuve a mis hijos como Dios me los quiso dar” (GF-3)• “Uno tiene que tener lo [los hijos] que Dios manda” (GF-4)• “Tal vez como en la biblia dice que, pues hay que recibir todos los hijos que Dios manda” (GF-5).• “Lo que pasa es que yo tuve todos mis hijos que Dios me dio por eso que Dios me ha ayudado” (GF-2)

<ul style="list-style-type: none"> • “(...) aunque uno dice que no, ya no querés tener hijos, Dios tiene planes sobre uno, cuándo regalarlos” (GF-7).
<p>Percepción de planificación familiar como pecado</p>
<ul style="list-style-type: none"> • “(...) porque si vamos conforme a la religión, (...) la biblia dice que debemos de multiplicar la tierra o el mundo, por esas razones es de que para nosotros es pecado” (GF- 3) • “(...) [los métodos artificiales] no son efectivos o es pecado” (GF-7)
<p>Aceptación de métodos naturales</p>
<ul style="list-style-type: none"> • “(...) igual en la Iglesia Católica está permitido de, se planifique pero no en ese sentido [métodos modernos], sino que ellos tienen otro método cómo [natural]” (GF*-6) • “Yo de mi parte no [utilizaría métodos de Planificación Familiar], [ha logrado espaciar sus embarazos] naturalmente” (GF-3) • “(...) mejor lo que uno, que quiere planificar, mejor así naturalmente (...) más mejor que planificar poniendo inyecciones, tomando pastillas o poniendo esos métodos que dicen” (GF-2)

GF*: Grupo focal

Fue de suma importancia el indagar la opinión que poseen las mujeres de Aldea El Camán sobre la religión y planificación familiar con el propósito de entender esta barrera hacia el acceso a dicho servicio.

La religión es considerada una parte fundamental en la vida de las guatemaltecas, especialmente en el área rural, donde las parejas procrean hasta nueve hijos al no tener información adecuada, ya sea por razones económicas o de índole religioso²⁷. La posición Católica sobre la anticoncepción considera que el propósito final de la sexualidad es la procreación; interferir con esta finalidad es una violación de la ley natural, y por lo tanto, un pecado. Es por ello, que la Iglesia Católica sólo aprueba la abstinencia y el método de planeamiento natural de familia como técnicas apropiadas para el control de la natalidad⁵⁶.

La adoración a Dios y a la religión que profesan es evidente cuando se les cuestionó sobre su decisión a utilizar algún método anticonceptivo, demostrando una fuerte creencia a recibir los hijos que Él les conceda. Esta figura celestial, es vista como sinónimo de

ayuda y bondad, por lo que no es mal visto tener hasta nueve hijos, como en el caso de una participante. Asimismo, existe una actitud conservadora por su parte, quienes afirmaron que los anticonceptivos artificiales son malos, y debe optarse por los naturales, tal y como instituyen los centros religiosos.

Tabla 5.2

Opinión y creencias sobre planificación familiar en mujeres participante de grupos focales, de edad fértil y sexualmente activas, que residen en Aldea El Camán y observaciones realizadas a proveedoras del servicio en el Puesto y Centro de Salud, Patzicía, Chimaltenango, Guatemala, marzo-abril, 2016.

Opiniones y creencias sobre planificación familiar	
Creencias, mitos y enfermedades	
Grupos focales	Observación no participante
<ul style="list-style-type: none"> • “Yo la verdad si nunca no [utilizaría PF]. Ni patillas ni inyecciones ni nada (...) [una vecina] dice que se tomó pastillas y de igual manera, después de un tiempo se enfermó y le dijeron que tenía un tumor y cuando la operaron dice que era un tanatón así de pastillas y desde allí cuando dije yo: ¡ay no, mejor no!” (GF-3) • “(...) tantas enfermedades que hay (...) una señora estaba en silla de ruedas (...) [y dijo] ‘yo tengo cáncer, por eso usted (...) no se va a poner inyecciones, no se va a planificar; yo con el segundo marido estoy y él ya no quiso que yo tuviera hijos y si me inyecté y luego me fui con un doctor y me dijo tengo cáncer por tanta inyección” (GF-8) • “(...) yo digo que es malo [la PF] porque a veces si uno toma mucha pastilla le produce otra enfermedad y si se inyecta, no le agrada [al cuerpo] cualquier otra enfermedad le viene. (...) Yo mucho he escuchado que por 	<ul style="list-style-type: none"> • La inyección bimensual “corta la leche” y “la de los tres meses da un poquito más de leche o normal” (ONP*- 11) • la T de cobre, no se coloca porque “el médico ordenó que la paciente debe estar en su segundo día de menstruación” por no estar en su ciclo “era muy difícil de colocar y el cuerpo la puede rechazar” (ONP-6) • “(...) de preferencia debe quedarse con el mismo método porque puede tener un descontrol y quedar embarazada” (ONP-3)

<p>planificar se les está viniendo otra enfermedad. Y así, yo por eso, que nunca lo acepté” (GF-2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • “(...) tengo una sobrina que se planificaba y dice que, qué si ella ya estaba embarazada cuando se fue a poner las inyecciones y después cuando nació su bebé, estaba enfermo” (GF-8). • “(...) sí, ella está de acuerdo [en planificar] pero como a veces algunas personas cuentan que sí trae enfermedades, uno pues, le tiene miedo.” (GF-2) • “(...) la inyección al contrario, los hace [a los niños] más inteligentes (...) son más aplicados que los demás” (GF-8) 	
<p>Creencia errónea de autonomía por una falsa percepción sobre maternidad en grupos focales</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • “(...) aparte dice que le ayuda a uno [embarazarse repetidamente] porque dice que te limpia, o sea que te limpia tu cuerpo. Es un beneficio dice ella” (GF-6) • “(...) está bien que uno tenga hijo e hijos e hijos, está bien, es bonito...” (GF-1) • “(...) si uno no tiene luego su hijo dice que sos hombre, que ya sos hombre, ya no sos mujer porque el que tiene su bebé cada poco, ese sí es mujer [risas].” (GF-6) 	

*ONP: Observación no participante

Se evaluaron las opiniones y creencias que poseen las mujeres de Aldea El Camán en torno a planificación familiar. Lo que resaltó fue la persistencia de mitos y enfermedades relacionadas a su uso, así como su percepción de la maternidad. Ambas son barreras para el acceso a planificación familiar y por ende, los objetivos planteados por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Los mitos forman parte de la apreciación del mundo y tratan de explicar aquellas cosas que no se conocen bien. Por lo general, son ampliamente compartidos y suelen asumirse como verdades no probadas y ante la falta de información, se van extendiendo, aunque pueden estar presentes en cualquier dimensión de la vida, suele concentrarse más en el

campo de la sexualidad y la reproducción lo cual es originado principalmente por la ausencia de educación sexual¹⁶. Desde su aparición, los métodos anticonceptivos modernos han sido blanco de ataques infundados y se han negado su acceso a miles de mujeres. Inicialmente fueron culpabilizados de afectar la moral de las mujeres, girando en torno a la religión. Durante los 8 grupos focales, varios mitos y enfermedades relucieron, por lo que se abstienen a optar por un método.

Los mitos y prejuicios continúan arraigados en diversos profesionales de salud¹⁶. Aunque el uso de las Guías Nacionales de Planificación Familiar⁴⁵ son obligatorias en los servicios públicos de salud, no se refleja cuando las proveedoras interfieren en el servicio con sus propias creencias, obstaculizando el uso de métodos anticonceptivos deseados por las usuarias y contradiciendo las normas descritas.

Por otro lado, actualmente se promueve la maternidad como una necesidad biológica, destinando a la mujer a que se convierta en madre porque es necesario para completar su desarrollo e incluso garantizar su salud¹⁶ como en frases mencionadas en los cuadros previos. Las mujeres viven en un ambiente que promueve la fertilidad, pues los niños son amados, muy valiosos y tenerlos ayuda a las mujeres a obtener el estatus de ser “una buena mujer”⁵⁷. La mayor parte de las mujeres participantes, coincide en que la planificación familiar es un beneficio para mejorar el cuidado de los niños, los esposos y la economía, muy pocas expresaron algún beneficio propio: “*para darle mejor vida a mis hijos y mejor economía*” (GF-7) y “*para dedicarle tiempo a mi esposo y a mis hijos*” (GF-6). La autonomía de la mujer no cumple al poseer estas creencias. Con relación a ello, la antropóloga Marcela Lagarde menciona “históricamente la feminidad está atravesada por una dimensión óptica de ser para otros, que es donde adquiere sentido vital y reconocimiento de sí, por su contribución a la realización de los demás. Ésta condición remite a la mujer a una permanente incompletud y la ubica al servicio de una ética de cuidados, encargada de dar, preservar, proteger y reproducir la vida. Los demás siempre tendrán prioridad sobre ella vehiculizando su ser femenino en la postergación de sí misma, construyendo su identidad en función de esta relación de servidumbre, sometimiento y dominio históricamente dados”⁵⁸.

Tabla 5.3

Influencia de otras personas para acceder a planificación familiar, en mujeres participante de grupos focales, de edad fértil y sexualmente activas, que residen en Aldea El Camán y las observaciones no participantes realizadas en el Puesto y Centro de Salud Patzicía, Chimaltenango, Guatemala, marzo-abril, 2016.

Influencia de terceras personas en planificación familiar
Grupos focales
Machismo
<ul style="list-style-type: none"> • “(...) nunca lo acepté [PF], porque así como mi esposo que no quiso, me dijo que ‘siendo mujer que te casaste, mujer que tenés que tener tus hijos’. Pues está bien le dije, pues hasta aquí llegué con nueve hijos que tuve...” (GF-2) • “En primer lugar tendría que hablar con mi esposo [sobre PF], si él está de acuerdo o no con eso pues entonces sí, si no, no sé” (GF-2) • “(...) [los hombres] no quieren porque uno les puede ser infieles y quedar embarazadas de otro hombre” (GF-8) • “(...) porque de repente le quiere ser infiel y estar con otras personas” (GF-8). • “(...) me pareció [métodos de PF], lo que pasa es que, que él [esposo] no quiere (...) no quiso. Así pues, ‘tengo que hacer frente’ dije yo, con la ayuda de Dios que aquí estoy” (GF-2). • “Algunos o todos [los hombres] no dejan planificar (...) porque da cáncer o enfermedades” (GF-6) • “Así como mi esposo pues, él no quiso planificar los hijos, porque así como dijo ‘si te vas a enfermar, yo tengo que buscar el dinero’” (GF-8). • “Deben estar de acuerdo los dos, porque pueden haber problemas” (GF-8). • “Es que mi marido no quiere que vaya a planificar, entonces yo en escondidas me la fui a poner” (GF-8).
Rechazo de la suegra a planificación familiar
<ul style="list-style-type: none"> • “Pues mi suegra sí [se opone], regañaba a uno pues (...) si uno no tiene luego su hijo dice que sos hombre, que ya sos hombre, ya no sos mujer porque el que tiene su bebé cada poco, ese sí es mujer [risas]. Empieza a hablar mal de uno” (GF-6). • “(...) pues así como mi suegra no quiere que yo planifique” (GF-4) • “Mi suegra es la que más, más se opone si te planificás. Peor si escucha que te

<p>operaste ¡capáz que ella se embaraza otra vez!” (GF-6).</p> <ul style="list-style-type: none"> • “(...) si la nuera llegó, es para tener hijos y cuidado si va a utilizar algo para espaciar los embarazos” (GF-8) • “Cuando es la mamá de la muchacha, no quiere que su hijasufra (...) si es la mamá del muchacho no le interesa que la nuera sufra o no” (GF-8).
<p>Familiares y conocidos</p>
<ul style="list-style-type: none"> • “(...) muchas dicen que no, no es bueno, no sirve [la PF], la familia [dicen que no es bueno]” (GF-3) • “(...) porque en mi caso siempre me han dicho [sobre PF] pero yo nunca acepté, por miedo pues, a lo que han dicho, porque allí en Patzicía había una vecina que decía ‘nunca vayas a tomar algo o a inyectarte porque no es bueno’” (GF-3) • “(...) en mi casa, con mi cuñada y con otras personas [le hablaron sobre Planificación Familiar]” (GF-2)
<p>Observación no participante</p>
<p>Sesgo del proveedor para la elección del método</p>
<ul style="list-style-type: none"> • “(...) debe decidirse bien hija” porque “no puede estar cambiando” (ONP- 13) • “Sólo puede elegir un método por cinco años” y si “luego no hay, usted tiene que comprarla” (ONP- 13)

Con la intención de evidenciar el hecho que en ocasiones, las mujeres no son quien toma la decisión de planificar los hijos que desea tener y con qué frecuencia, se realizó la pregunta “¿Otras personas han influido en su decisión de planificar? ¿Quiénes?” Las respuestas variaron pero se centraron en cuatro personajes: el esposo, la madre del esposo, familiares y vecinos.

La cultura machista arraigada principalmente en el interior del país es otra barrera que impide a las mujeres utilizar o decidirse por un método anticonceptivo, aunado a que los compañeros del hogar creen que los anticonceptivos provocarán la infidelidad de sus parejas, faltas a la moral o al matrimonio, desestimando el beneficio sobre la salud y la vida de las mujeres que conlleva la planificación familiar²⁷. Por otro lado, también existen hombres que no permiten a su pareja que use un método anticonceptivo y que se

encargan de decidir qué es bueno y malo para ella²⁷. Aunque es conocido este rechazo, hay quienes desafían este impedimento y lo realizan a escondidas.

En otros casos, la presión de procrear un niño poco después del matrimonio, es impuesta por el esposo o la suegra y tiene obvias implicaciones tanto para la decisión del uso de la anticoncepción y la salud y bienestar de la mujer⁵⁹. Aunque la suegra figura como una limitación de las mujeres a planificar, es mayormente la madre del esposo que de la esposa, la que se niega a el empleo de este servicio, tal y como se demostró en las anteriores citas textuales.

Aunque la función de la familia y amigos radica en proporcionar afecto, apoyo, comunicación, entre otros, algunas veces influye de manera negativa¹⁶. Tal es el caso de las participantes que no optan a utilizar métodos artificiales por supuestas experiencias previas de conocidas, impidiendo el acceso a la salud sexual y reproductiva, un derecho establecido por las leyes guatemaltecas.

Un derecho de las usuarias es la decisión de decidir el método que deseen. La mayor parte de las mujeres que asistieron a los servicios de salud, a planificar por primera vez, ya tenían en mente el método de su preferencia y se les suministró si estaba disponible. Pero en otras oportunidades, su opción era orientada hacia otro método por parte de las consejeras, sin justificación alguna, vedando así la libre elección de las usuarias.

Tabla 5.4
Deficiente accesibilidad a planificación familiar, en mujeres participante de grupos focales, de edad fértil y sexualmente activas, que residen en Aldea El Camán, Patzicía, Chimaltenango, Guatemala, durante marzo-abril, 2016.

Deficiente accesibilidad a planificación familiar
Falta de poder adquisitivo
<ul style="list-style-type: none"> • “Cuando no hay en el Puesto [métodos anticonceptivos] sí [ha tenido dificultad para poder planificar], por no tener dinero, no lo busco” (GF-2)
Dificultad geográfica para acceder a servicios de salud
<ul style="list-style-type: none"> • “Sí cuesta ir [al Puesto de Salud] y a veces no hay [PF]” (GF-3)
Falta de conocimiento de planificación familiar
<ul style="list-style-type: none"> • “Yo no supe de planificar hijos” (GF-2) • “Yo no sé [sobre PF], no sabía” (GF-2) • “Yo sólo he llevado el consejo que han dado en el Puesto de Salud, hasta aquí no se si de verdad por planificar no tengo otro mi hijo (...) pero saber si ha sido por eso o porque ya no está bueno el motor o ya fundió” (GF-3) • “(...) el método natural (...) supongamos que hoy me viene la regla, a los quince días me viene un flujo (...) caen siete gotas dependiendo de cada persona, entonces supongamos, a mí me dolía el estómago entonces esa era la señal que yo no podía tener relaciones con mi esposo (...) son 3 días y 3 noches, eso es lo que nos decían en la iglesia” (GF-8) • “(...) la inyección lo que hace es que paraliza las hormonas que produce la menstruación y que madura los óvulos de manera que esta inyección lo que hace es que falsifica un embarazo y por eso se ausenta la menstruación y por eso duele la cabeza, porque cuando uno está embarazada, le duele la cabeza” (GF-8)

Al indagar si alguna vez habían tenido dificultad para poder planificar, se mencionaron tres aspectos que se consideran importantes: existe la falta de poder adquisitivo, dificultad geográfica para acceder a los servicios de salud y por último, el deficiente conocimiento sobre planificación familiar.

A medida que aumenta el acceso a los anticonceptivos, las familias deciden tener menos hijos⁶⁰ desde luego, el acceso económico mejora la situación de las mujeres en la

comunidad, más cuando se estima que en Chimaltenango, 65.6% de la población es pobre³⁹. La desigualdad social genera que las personas de menores recursos sean las que poseen mayor dificultad para acceder a la salud³⁶. La diferencia en oportunidades económicas, (los hombres tienen mayor potencial para generar ingresos)⁵⁷ es evidente en la respuesta de los participantes. En la Guía Nacional de Planificación Familiar de Guatemala⁴⁵ se instituye la importancia de disponibilidad y accesibilidad de recursos para la población, por lo que su carencia, crea una barrera para el cumplimiento de los objetivos establecidos por la OMS.

También se registraron casos de dificultad de acceso geográfico. El artículo 3 de la Ley de Acceso Universal y Equitativo de servicios de Planificación Familiar, establece que a la población en general, especialmente las mujeres, adolescentes, parejas y hombres del área rural, se debe asegurar su acceso equitativo a los servicios de planificación familiar⁴⁵; pero por la información obtenida durante los grupos focales, no se cumple lo que instituye la legislación.

Asimismo, esta ley tiene como meta, asegurar el acceso de la población a la educación sexual y en el artículo 2, promueve la enseñanza en el ámbito nacional en todos los establecimientos de educación primaria y secundaria, y en la red pública de salud. Sin embargo, muchas de las mujeres insistieron en el desconocimiento de los métodos existentes- en Guatemala, 20.2% de las mujeres no han asistido nunca a la escuela⁹, así como la falta de promoción. Aun cuando se brindan charlas en instituciones, las mujeres no están seguras sobre los efectos que se producen en sus cuerpos y su funcionamiento, y como consecuencia, se continúa con la generación de mitos en torno a la planificación familiar.

Tabla 5.5

Limitada disponibilidad del servicio de planificación familiar en grupos focales y observación no participante, en mujeres de edad fértil, sexualmente activas, que residen en Aldea El Camán y proveedoras del Puesto y Centro de Salud, Patzicía, Chimaltenango, Guatemala, marzo-abril, 2016.

Horarios deficientes para la atención de usuarias	
Grupos focales	Observación no participante
<ul style="list-style-type: none"> • “Si estás a tiempo te atienden, si no, no. A veces ya no te atienden” (GF-6). • “Se mantiene cerrado” (GF-4) 	<ul style="list-style-type: none"> • Horario de atención en Centro de Salud para planificación familiar 14:00-16:30 • Horario de atención en Puesto de Salud 8:00- 16:30
Tiempos de espera largos para recibir atención	
<ul style="list-style-type: none"> • “En el Puesto de Salud, o sea en mi caso, me han atendido más o menos. Lo que pasa es que se tardan mucho para atender. A veces uno llega a las 9 o a las 8 [am] y sale casi a las dos horas. Uno tiene que esperar allí y solo por cinco o seis personas” (GF-6) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de espera en Puesto de Salud: 30 min- 2 horas • Tiempo de espera Centro de Salud: 0-47 minutos.
Falta de disponibilidad de todos los métodos de planificación familiar	
<ul style="list-style-type: none"> • “(...) a veces no hay [métodos en Puesto de Salud]” (GF-3) • “(...) una dijo que no encontró la medicina [el método de PF] no la pudo comprar (...) ella resultó embarazada” (GF-8) • “Deberían de tener los palitos en los brazos” (GF-8) 	<ul style="list-style-type: none"> • Durante las observaciones, no contaban con pastillas anticonceptivas • Una usuaria solicitó Jadelle y no se le brindó debido a la inexistencia del producto

Se comparó la disponibilidad de servicio y métodos anticonceptivos en mujeres de grupos focales y lo hallado en las observaciones no participantes con el fin de conocer si los proveedores limitan el programa de planificación familiar.

Las características que debe cumplir cualquier ente de salud son: accesibilidad, disponibilidad, asequibilidad, y adaptabilidad. El Centro de Salud de Patzicúa cuenta con un horario establecido de 2 horas y aunque el Puesto de Salud lo brinda por 8, la disponibilidad se mantiene limitada por el proveedor, ya que no todas las mujeres tienen la posibilidad de dirigirse al servicio en el tiempo mencionado.

Está claro que el tiempo de espera en el Centro de Salud, de 0 a 47 minutos, es menor comparado al Puesto de Salud, 30 minutos a 2 horas. El primero, posee un horario rígido y designa una clínica específica para el servicio, que en la mayor parte de los casos, es atendida por dos proveedoras. Por el otro lado, en el segundo, las mujeres deben esperar su turno para ser atendidas. Se considera consecuente a una atención lenta, debido a que solamente una persona se ocupa de la atención médica de toda una comunidad. Aun así, las Guías de Planificación Familiar establecen que los usuarios tienen derecho a tiempos de espera razonables⁴².

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social impulsa el Programa de Salud Reproductiva, para garantizar el abastecimiento y disponibilidad de métodos para el espaciamiento de los embarazos en los servicios públicos de salud²⁷. Su importancia radica en el hecho que en algunos países, el mayor tamaño de la familia resulta por el corto período intergenésico, la falta de conocimientos, o carente disponibilidad de servicios de planificación familiar⁶¹. En varios casos no se encontró el método deseado por las usuarias, entre ellos: las pastillas anticonceptivas combinadas y el Jadelle. En ambos, se les instó a seleccionar otro; sin embargo en las Guías de PF se indica que si el elegido no puede ser proporcionado de inmediato, se debe referir a otro centro de atención donde lo obtendrá, y mientras tanto, se escogerá un método *temporalmente*⁴⁵. En estas ocasiones, no fueron referidos y se les asignó uno “por cinco años, porque no puede estar cambiando”.

Tabla 5.6

Perspectiva del trato de los proveedores de salud en grupos focales realizados en mujeres de edad fértil, sexualmente activas, que residen en Aldea El Camán, Patzicía, Chimaltenango, Guatemala, marzo-abril, 2016.

Perspectiva del trato de los proveedores de salud
Inapropiado trato hacia las usuarias
<ul style="list-style-type: none">• “(...) te tratan como animal más que todo, porque si cuando iba a abortar mi segundo bebé, visité el Hospital de Chimaltenango. Allí no les importa si podés o no podés: ¡levátese y báñese ya! [les dicen] y no les importa tu caso en que estás. Y si les pedís que tan siquiera una tu pastilla te dan, no te dan nada, ¡una tu buena regañada te dan!” (GF-3)• “(...) allí [en el hospital] regañan mucho” (GF-3)• “(...) por ejemplo, la doctora me trató bien, pero ya quien me iba a examinar en el cuarto no. Él regañaba mucho y decía que uno tiene que parase a como dé lugar, sea como sea. (...) la enfermera cuando me llevó al cuarto, como que yo fuera un caballo me haló la puerta (...) y me raspó el brazo y la mano. Le dije ‘¿por qué me hizo eso?’ Y ni siquiera una pastilla me dio. Luego llegó la otra y me fue a regañar (...) y me dijo que ese era problema mío ¡para qué metía la mano! Ella tenía que tener mucho cuidado con las personas pues y no sólo conmigo” (GF-3)• “(...) hay personal que atiende bien bonito y hay personal que no. Así como el que está ahorita no atiende bien” (GF-1)• “Si es privado, tal vez te atienden mejor que un nacional” (GF-7)

A las 52 participantes de los grupos focales se les preguntó “Cuando ha asistido a un servicio de salud ¿cómo les parece el servicio que brinda su personal?” Es importante mencionar que no todas las repuestas fueron negativas, varias de ellas expresaron su agrado con respecto a los entes de salud. No obstante, al generalizar todos los servicios públicos, en su mayoría, persiste el mal trato hacia las usuarias, evidenciado en citas anteriores.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social tiene como responsabilidad el mejoramiento continuo del estado de salud de la población guatemalteca, a través de sus instituciones, en los ámbitos de la promoción, prevención de enfermedades, diagnóstico

precoz, tratamiento oportuno, curación y rehabilitación; todo ello sustentado en los pilares de la atención primaria, brindados con calidad, calidez y respeto a la dignidad humana⁴². Además, las Guías Nacionales de Salud Reproductiva⁴⁵ instauran al proveedor a ser cortés y respetuoso, promoviendo un ambiente de confianza. A través de las experiencias de las participantes, se pudo constatar que los servidores públicos no poseen las destrezas y características adecuadas para laborar y peor aún, las mujeres consideraron la atención privada mejor a la pública. Este hecho puede conducir al rechazo de las féminas al programa de planificación familiar.

Tabla 5.7
Deficiencias médicas encontradas en observaciones no participantes durante consejería de planificación familiar en el Puesto y Centro de Salud de Patzicía, Chimaltenango, Guatemala, marzo-abril, 2016.

Deficiencias médicas
Insuficiente información durante consejería
<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo total durante consejería de planificación familiar osciló entre 1:16 -23 minutos en ambos servicios de salud • Deficiente información de beneficios, efectos adversos y signos de alarma de los métodos anticonceptivos completamente
Falta de privacidad durante planificación familiar
<ul style="list-style-type: none"> • Entrada y salida de otras personas ajenas a la consulta de planificación familiar • Puertas abiertas durante consejería
Deficiente conocimiento de métodos por proveedoras
<ul style="list-style-type: none"> • Conceptos erróneos sobre métodos de planificación familiar • No conocen adecuadamente la utilización de los métodos • Necesidad de pruebas de embarazo para brindar el método anticonceptivo seleccionado por la usuaria
Ausencia de promoción de planificación familiar en los servicios de salud
<ul style="list-style-type: none"> • Ambos servicios de salud no cuentan con afiches/publicidad/promoción del Programa de Planificación Familiar

Uno de los objetivos planteados al inicio de la investigación fue reconocer las barreras médicas que impiden a las mujeres de Aldea El Camán, el acceso a Planificación Familiar, y así poder mejorar el cumplimiento de los objetivos establecidos por la OMS. Es

por ello que se ejecutó la técnica de observación no participante en las instituciones públicas que ofrecen dicho servicio, tal es el caso del Centro y Puesto de Salud.

Según las Guías Nacionales de Planificación Familiar, el consejero debe adecuar la sesión a las necesidades de cada usuario⁴². Aunque no haya un tiempo establecido, es difícil considerar 3 minutos sean apropiados para una excelente consejería en donde brinden información sobre los diferentes métodos anticonceptivos, sus beneficios, efectos adversos, signos de alarma y cerciorarse de que la usuaria no padezca ningún impedimento médico para optar al contraceptivo de su preferencia. Durante las observaciones se cronometró la duración de cada una de ellas y se encontraron resultados variables, como se mencionaron en la Tabla 4.7. Es importante mencionar que en muchas ocasiones, la búsqueda de expedientes médicos o las pruebas de embarazo solicitadas por las proveedoras, alteró el tiempo total.

Asimismo, es un derecho de las usuarias el recibir explicaciones de los efectos secundarios que suelen aparecer en los primeros meses de uso de un método anticonceptivo⁴² pues numerosas investigaciones han reportado que no aclararlos, constituye el principal factor de abandono y el consiguiente refuerzo de mitos existentes¹⁶. En la mayoría de las observaciones, no fueron esclarecidos en su totalidad; en algunos, las usuarias preguntaban si lo que le sucedía “era normal”, por lo que las consejeras respondieron según su criterio y no por lo establecido científicamente. También se pudo observar la falta de información en las primeras consultas y las de seguimiento.

Otro derecho de la planificación familiar es la privacidad, pues las decisiones sobre la salud sexual y reproductiva son de carácter privado. El uso de un método anticonceptivo involucra aspectos de conducta personal y sexualidad, por lo que debe respetarse realizando conversaciones y exámenes en un ambiente privado⁴⁵. En el caso de un servicio de salud evaluado, aunque no en todas las ocasiones, la interrupción de otros proveedores de salud y consejería a puertas abiertas, interrumpe la confidencialidad del proceso. También se debe considerar que, en ocasiones, la planificación familiar se realiza “a escondidas” y si las mujeres son observadas accediendo al programa, puede crear conflictos entre familiares y la consecuente suspensión de utilizar el servicio.

Un buen consejero debe tener un amplio conocimiento de todos los métodos disponibles⁴². En ambas instituciones, no se ofreció información básica de cada uno; solamente se colocaba el contraceptivo preferencial de la usuaria, y en los casos de primera consulta, se mencionaban los métodos disponibles y se otorgaba el seleccionado. En pocos casos se tomaron signos vitales y en ninguna mujer se verificaron los Criterios de Médicos de Elegibilidad de la OMS⁴⁵. En oportunidades importantes, se evidenció la falta de entendimiento de las proveedoras:

- En el caso del método del collar, necesitó las instrucciones contenidas dentro del empaque para explicar el correcto empleo del mismo (ONP-19)
- En una revisión de T de cobre, se le citó nuevamente a la usuaria a reevaluación en tres meses, cuando en las Guías Nacionales⁴⁶ se recomienda seguimiento anual o cuando presente complicaciones (ONP-6)

Igualmente, las conejeras requerían pruebas de embarazo en orina a las mujeres que se retrasaran en sus citas porque “no les constaba” y “podrían estar embarazadas” (ONP-3) (ONP-15) (ONP-13) (ONP-19). En ocasiones, las usuarias debían regresar a la mañana siguiente para realizarse el estudio y en la tarde, para la entrega de su resultado, y al constar ausencia de gestación, se les otorgaría nuevamente su método. Esta es una clara barrera del proveedor para el acceso al programa, ya que en las Guías Nacionales de Planificación Familiar⁴² se menciona la prueba verbal para descartar el embarazo.

Por otro lado, las guías ordenan a los servicios públicos a promover el Programa de Planificación Familiar, a través de actividades educativas, incluyendo carteles y folletos, colocados en las áreas de espera. Esto produce una consejería más fácil y aumenta el conocimiento del mismo y de otros temas de salud sexual y reproductiva. Además, durante este lapso, se espera educar a los usuarios en general sobre anticoncepción y prevención de enfermedades de transmisión sexual, VIH/ Sida⁴⁵. En ninguna sala de espera, tanto del Centro como del Puesto de salud, se encontró dicha promoción.

A continuación se resume la triangulación metodológica para la consecuente validación del estudio:

Tabla 5.8

Resultados de triangulación de datos entre información generada en grupos focales, observaciones no participantes tanto de proveedoras como de usuarias en Centro y Puesto de Salud, Aldea El Camán, Patzicía, Chimaltenango, Guatemala, marzo-abril, 2016.

Categoría	Grupo Focal	Observación no participante Proveedoras	Observación no participante Usuarias
Influencia de religión	<ul style="list-style-type: none"> Hijos son percibidos como bendición de Dios, por lo que siempre deben aceptarse, no importando el número de hijos previos Impresión que planificación familiar moderna es pecado Métodos naturales aceptados porque son los únicos que la Iglesia reconoce 	<ul style="list-style-type: none"> Otros programas ofrecidos por los servicios de salud presentaron más demanda que planificación familiar 	<ul style="list-style-type: none"> Poca afluencia de mujeres en el servicio de planificación familiar
Opiniones y creencias de planificación familiar	<ul style="list-style-type: none"> Persistencia de mitos y enfermedades como consecuencia de su uso Hay una falsa percepción de la maternidad, en el que las mujeres encuentran lugar en la comunidad al ser madres 	<ul style="list-style-type: none"> Las proveedoras de salud influyen en la difusión de mitos al tener creencias erróneas sobre algunos métodos No informar sobre efectos adversos propicia la creencia errónea de “crear enfermedades” 	<ul style="list-style-type: none"> Las mujeres no preguntan acerca de beneficios, efectos adversos y/o dudas sobre métodos anticonceptivos, lo que dificulta el esclarecimiento de mitos preexistentes

<p>Influencia de terceras personas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El machismo que sufre la comunidad, no permite a las mujeres tomar decisiones propias sobre su vida y salud sexual • Muchas veces, personas como suegras, familiares y/o conocidos intervienen negativamente en su decisión para iniciarse en el programa de planificación familiar, al brindar opiniones nocivas sobre anticoncepción 	<ul style="list-style-type: none"> • Proveedoras de salud suelen sesgar la elección del método al brindar comentarios negativos sobre el método preferido 	<ul style="list-style-type: none"> • Algunas mujeres no ejercen su derecho de autonomía porque dejan en manos de terceros su decisión a planificar su familia o no; en otros casos, delegan la elección del método anticonceptivo
<p>Deficiente accesibilidad a planificación familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las participantes expresaron dificultad económica para acceder a dichos métodos cuando los servicios de salud carecen de ellos • Manifestaron dificultad geográfica para llegar al Centro y Puesto de Salud, pues viven lejos de ambos • Algunas de ellas desconocían saber sobre métodos de planificación familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Algunos de los contraceptivos utilizados frecuentemente, no estaban en existencia al momento de la investigación • Hay una falta de promoción del Programa en los servicios de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • La falta de fomento sobre la existencia y disponibilidad de métodos anticonceptivos gratuitos en los servicios de salud cercanos a las habitantes, resulta en su deficiente acceso
<p>Limitada disponibilidad de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “se mantiene cerrado” o “si estás a tiempo te atienden, sino, no” 	<ul style="list-style-type: none"> • Un ente de salud investigado, tiene horario restringido de 2 	<ul style="list-style-type: none"> • Algunas usuarias indagaron sobre la disponibilidad de

<p>planificación familiar</p>	<p>expresaron las mujeres sobre la atención de los servicios de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> También manifestaron “aveces uno llega a las 9 o a las 8 [am] y sale un casi a las dos horas. Uno tiene que esperar allí y solo por cinco o seis personas” 	<p>horas diarias, mientras el otro, brinda el servicio durante 8.</p> <ul style="list-style-type: none"> No todos los métodos anticonceptivos estaban disponibles en el momento que se realizó la investigación En ambos servicios, el tiempo de espera cronometrado osciló entre 0 min a 2 horas. 	<p>ciertos métodos anticonceptivos que deseaban utilizar, pero éstos no se encontraban disponibles</p>
<p>Inadecuados servicios por parte del proveedor de salud</p>	<p>Las mujeres de Aldea El Camán manifestaron que, en ocasiones, el servidor de salud no les ofrece un trato adecuado “tratan mal”, “regañan mucho”, y “si es privado, tal vez te tratan mejor”</p>	<p>Expresiones no verbales de seriedad y arrogancia</p> <ul style="list-style-type: none"> No hay privacidad durante consejería de planificación familiar En ocasiones, se refieren a la usuaria con el término “mija” La consejería no cuenta con todas las características que debería brindarse según la Guía Nacional de Planificación Familiar 	<p>Expresiones no verbales como vista hacia abajo, brazos alrededor del cuerpo, tono de voz bajo, denotan falta de confianza y timidez de las usuarias</p>

6. DISCUSIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define planificación familiar como prácticas de decisión libre, voluntaria e informada con el objetivo de elegir cuándo tener hijos, en qué número y cada cuánto tiempo, así como la disposición de hombres y mujeres a ejercer su derecho de optar a métodos anticonceptivos que consideren pertinentes para planificar su familia. Su promoción resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades¹.

Durante la investigación se exploraron las barreras que obstaculizan los objetivos de la planificación familiar según la OMS en mujeres de edad fértil, sexualmente activas, de Aldea El Camán, Patzicía, Chimaltenango. Una de las mayores barreras fue la mala percepción sobre planificación familiar con base religiosa, tanto por la influencia de parte de la Iglesia, mayormente Católica, y la convicción de infracción del evangelio al utilizarlos. Por muchos años, la Iglesia ha sido considerada como la mayor oposición a la planificación familiar⁵⁷. Actualmente, existe la actitud conservadora del Vaticano, que califica los anticonceptivos artificiales como 'pecado'⁶³ al promover la inmoralidad y el sexo ilícito⁵⁶ pero aceptan la abstinencia y los métodos naturales como alternativa⁶⁴. Es de esperar que las mujeres de la comunidad no planifiquen por temor a no seguir y respetar las normas espirituales.

Otro de los obstáculos encontrados para cumplir con los objetivos de la planificación familiar en la comunidad, son las opiniones y creencias respecto al tema. Principalmente, la suposición existencial de mitos y enfermedades como consecuencia de utilizar métodos anticonceptivos modernos, es muy notorio entre las participantes. Es importante reconocer el vínculo que existe entre la falta de conocimiento y propagación que éstos, tratando de explicar lo desconocido¹⁶. Debido a la trascendencia para el desarrollo social y económico de los países, el esclarecimiento de mitos relacionados con el uso de métodos, es imprescindible¹⁶. Desafortunadamente, las proveedoras de salud continúan divulgando información errónea que conlleva a la difusión de estas falacias.

Se identificó una errónea percepción a la maternidad en el proceso, en donde la mujer logra su condición plena de adulta sólo cuando es madre⁵⁷. Según la antropóloga mexicana Marcela Lagarde, la vida de las mujeres está regida por dos ejes

fundamentales: lo materno y lo conyugal. Y es que en la construcción del género femenino se ha establecido que las dos cosas más importantes en la vida de una mujer son ser madre y ser esposa, es decir, vivir para los otros⁶⁵. Este pensamiento, dificulta que las mujeres decidan planificarse, porque el ser madre es necesario para completar su desarrollo y su estatus en la sociedad¹⁶.

Otro obstáculo encontrado durante la investigación fue la influencia dañina de terceras personas. A criterio de expertos, el derecho humano a la Salud Sexual y Reproductiva históricamente se sigue vulnerando principalmente al sector femenino, con mayor énfasis en las jóvenes que pertenecen a las poblaciones indígenas donde predomina una cultura machista que imposibilita la discusión del tema¹⁷. Algunas veces, se considera que el uso de la anticoncepción está a cargo de las mujeres, no obstante las decisiones relativas al tamaño de la familia y la elección del método es influenciado por hombres y algunos familiares¹⁶. En otros casos, ellas no planifican por prohibición de sus compañeros y con el afán de mostrar fidelidad hacia el varón mientras otras prefieren hacerlo a escondidas.

Asimismo, el rechazo de la suegra hacia planificación familiar, fue evidente, siendo la madre del esposo la que presenta mayor oposición comparado a la madre de la esposa. Igualmente, las participantes privilegian los criterios de familiares y conocidos para resolver sus necesidades de salud¹⁴. De la misma forma, la influencia de las proveedoras hacia la elección o cambio de método anticonceptivo que no era el deseado de la usuaria y por motivos injustificables, fue orientada hacia otro, sigue siendo un obstáculo porque puede resultar en la interrupción total o parcial del servicio. Las Guías Nacionales de Planificación Familiar, manifiestan el derecho de la usuaria a cambiar o interrumpir el método cuando lo estimen conveniente.

La deficiente accesibilidad de planificación familiar relacionado a escaso poder adquisitivos, la dificultad geográfica para dirigirse a los servicios de salud y la falta de acceso a conocimientos del tema, obstaculizan dicho programa en mujeres de Aldea El Camán.

La desigualdad económica genera dificultad para obtener contraceptivos cuando no están disponibles en los servicios de salud “*un día que no encontré (...) no la pude comprar (...) ella resultó embarazada*” (GF-8). Pese a la existencia de la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar⁴⁴ en su artículo 3, que establece como

destinatarios de dicho estatuto la población en general, especialmente las mujeres, adolescentes, parejas y hombres del área rural, que no tienen acceso a servicios básicos de salud, promoviéndose y asegurándose de brindar servicios equitativos sobre planificación familiar, no es esa la realidad. Igualmente, la falta de conocimiento en sexualidad, se presentó en la investigación, pese a que algunas refirieron recibir información sobre este tema en diferentes instituciones, hay quienes nunca han tendido la misma oportunidad. Por estos casos, es que se enfatiza la importancia de su promoción a través de actividades educativas en el Puesto y Centro de Salud, quienes actualmente no constan de esta ayuda.

La deficiente disponibilidad al servicio de planificación familiar, es otro obstáculo para el cumplimiento de los objetivos de planificación familiar según la OMS. Principiando por el horario que brinda tanto el Centro como el Puesto de Salud, que son los servicios más cercanos a la comunidad. Contradictorio a las Guías Nacionales de Planificación en donde no se establece una hora determinada para ofrecer dicho servicio, limitando su accesibilidad. De igual manera, la falta de métodos ofertados fue descubierta durante la investigación. Por ejemplo, los anticonceptivos orales combinados en el Centro de Salud y la T de cobre en el Puesto de Salud, no estaban disponibles físicamente. Esto suscita un obstáculo para las mujeres porque son limitadas a ciertos contraceptivos que otorgan los servicios de salud. Además, ninguna consejera promocionó los métodos naturales aun cuando son los más aceptados por la comunidad, principalmente por razones morales.

El último obstáculo encontrado fue la deficiencia de las proveedoras en planificación familiar. Según las Guías Nacionales⁴² un buen consejero es una persona capacitada para ayudar al cliente en el proceso de toma de una decisión informada, voluntaria y responsable acerca de su fecundidad; debe ser amable y ganarse la confianza del usuario, utilizar la comunicación no verbal apropiadamente y reforzar la información importante. El trato de las proveedoras fue muy variante, pues en ocasiones fueron sonrientes y en otras, serias. El resultado de esto, es que si las consejeras no demuestran afecto y calidez, la usuaria puede incomodarse y no regresar al servicio.

Debido a que las participantes coincidieron que la práctica de planificación familiar es muchas veces a escondidas de familiares y conocidos, es una falta del proveedor que dicho programa se brinde a puerta abierta, sin privacidad, donde cualquier otro usuario del Centro de Salud pueda observarlas.

La falta de conocimiento de los métodos de planificación familiar no es exclusiva de las usuarias ya que en ocasiones se hizo evidente en las consejeras. Esto podría justificar la razón por la que no se brinda información básica de todos los métodos anticonceptivos en los servicios de salud. Pocas veces se mencionaron los efectos adversos que pueden ocurrir al implementar cualquier método, y en un solo caso se informó sobre signos de alarma, favoreciendo la persistencia de creencias sobre enfermedades, pues es este el momento donde se deben de aclarar. Pese a que existen Guía Nacionales de Planificación Familiar, en donde se detallan las partes de una buena consejería, no se implementaron en ambos servicios de salud.

Luego de explorar las barreras encontradas en las habitantes de Aldea El Camán sobre planificación familiar, se comprende y valora la importancia de mejorar los aspectos encontrados. Para finalizar, es importante recordar que ésta permite a la sociedad desarrollarse integralmente al asegurar una mejor calidad de vida, principalmente a las familias de escasos recursos, de áreas rurales e indígenas, que han sido marginadas históricamente de los procesos de desarrollo.

7. CONCLUSIONES

- 7.1 Las mujeres de Aldea El Camán mostraron un conjunto de elementos que al ser analizados, limitan el cumplimiento de los objetivos de Planificación Familiar, entre ellos destacan los culturales, sociales, económicos y médicos.
- 7.2 Dentro de los factores culturales que obstaculizan la realización de los objetivos propuestos por la Organización Mundial de la Salud, se encuentra la mala percepción de planificación familiar con bases religiosas, en las que la utilización de métodos modernos se considera pecado; sin embargo, aceptan los naturales, debido a su aprobación por parte de la Iglesia.
- 7.3 Dentro de los factores sociales reconocidos en el transcurso de la investigación se encuentran los mitos relacionados a enfermedades consecuentes al uso de anticoncepción moderna y la falsa percepción de la maternidad, en la cual, la mujer encuentra su lugar en la sociedad al convertirse en madre. De igual manera, el machismo, la intervención negativa de parte de suegras, familiares, conocidos e incluso proveedores de salud, obstaculiza la decisión a utilizar los servicios de planificación familiar.
- 7.4 El escaso poder adquisitivo de las mujeres en Aldea El Camán, es el factor económico más importante que les impide optar a planificación familiar, cuando se les dificulta frecuentar los servicios de salud o cuando en éstos, los métodos no se encuentran disponibles.
- 7.5 Entre las barreras médicas reconocidas durante el estudio se mencionan la deficiente accesibilidad y disponibilidad del servicio, donde relucieron datos como dificultad geográfica para dirigirse Puesto y Centro de Salud, su horario limitado, tiempos de espera largos, así como inexistencia de métodos anticonceptivos. De igual manera, durante la consejería, se evidenció falta de privacidad, insuficiente promoción, conocimiento e información de contraceptivos y en ocasiones, un inadecuado trato hacia las usuarias.

8. RECOMENDACIONES

8.1 Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Promover el programa de Salud Sexual y Reproductiva en las diversas instituciones a su cargo, especialmente Centros y Puestos de Salud, así como impulsar su utilización por los beneficios personales, familiares y económicos que se obtienen, contribuiría a disminuir las barreras que obstaculizan la planificación familiar, no sólo en Aldea El Camán, sino también a nivel departamental y nacional.

8.2 Al Ministerio de Educación

Impartir charlas sobre sexualidad desde la niñez hasta la adolescencia en centros educativos de la región, así como impulsar planes de vida como parte de motivación y crecimiento personal, con el objetivo de desarrollar metas a corto y largo plazo.

8.3 Al Centro de Salud de Patzicía

Capacitar al personal encargado del servicio para que brindar consejería balanceada con base en las Guías Nacionales de Planificación Familiar, y mejorar el trato hacia las usuarias, la accesibilidad y disponibilidad del sistema así como mejorar la promoción del programa en las salas de espera, para que las personas puedan informarse correctamente del tema.

8.4 Al Puesto de Salud El Camán

Implementar las Guías Nacionales de Planificación Familiar para enriquecer la consejería, disminuir el tiempo de espera de las usuarias y promocionar la planificación familiar dentro de la institución.

9. APORTES

La presente investigación permitió evidenciar, mediante técnicas cualitativas, las barreras que obstaculizan el cumplimiento de los objetivos de Planificación Familiar según la Organización Mundial de la Salud, en mujeres de edad fértil y sexualmente activas, que residen en Aldea El Camán, Patzicía, Chimaltenango, Guatemala, durante marzo-abril del 2016. Dichos resultados servirán como marco de referencia para dar a conocer la situación actual de nuestra sociedad y continuar con la búsqueda de estrategias con el fin del fortalecer el programa enfocándose en el derecho universal a la Salud Reproductiva.

Aportar información sobre los inconvenientes que presentan las mujeres para poder planificar permite a las autoridades de salud correspondientes elaborar un plan diseñado especialmente para disminuir estas limitaciones y garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [en línea]. Ginebra: OMS; 2015 [citado 2 Jul 2015] Planificación familiar: nota descriptiva [aprox. 3 pant.] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
2. Guatemala. Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional. Crecimiento demográfico y desarrollo económico: el rol indispensable de la planificación familiar [en línea]. Guatemala: USAID; 2010 [citado 29 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.redadultosmayores.com.ar/Material%202013/EconomiaEnvejecimiento/27%20Crecimiento%20demografico%20desarrollo%20econo%20planif%20familiar.pdf>
3. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Unidad de Información Pública. Sistema de información gerencial de salud: cuadros y estadísticas del 2014 sobre usuarios nuevos métodos de planificación familiar. Guatemala: MSPAS; 2014.
4. Osses S, Sánchez I, Ibáñez F. Investigación cualitativa en educación. Hacia la generación de teoría a través del proceso analítico. Estudios Pedagógicos (Valdivia) [en línea] 2006 [citado 2 Jul 2015]; 32(1):119-133. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0718-07052006000100007&script=sci_arttext
5. Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional. Estudio de barreras para el acceso a la planificación familiar de la población indígena [en línea]. Guatemala: USAID; 2008 [citado 2 Jul 2015] Disponible en: http://www.alianmizar.org/sites/default/files/barreras_final.pdf
6. Herrear V, Oliva J, Domínguez F. Riesgo reproductivo [en línea]. La Habana, Cuba: Infomed; 2016 [citado 25 Jun 2015]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/riesgo_reproductivo.pdf
7. López H, Henríquez J, Milian A, Thomas H, Bran J, Berducido O. Factores de riesgo asociados a mujeres con período intergenésico corto [en línea] [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2010 [citado 18 Sep 2015] Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8720.pdf

8. Consorcio CATALYST. El espaciamiento óptimo entre nacimientos: Nuevos hallazgos de América Latina sobre la asociación entre intervalos entre nacimientos y la salud perinatal, materna y adolescente [en línea] Washington, DC: USAID;2002 [citado 1 Jun 2015] Disponible en: <http://cat.convio.net/site/DocServer/OBSISpaConde.pdf?docID=140>
9. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. V Encuesta nacional de salud materno infantil [en línea] Guatemala: MSPAS; 2008 [citado 1 Jul 2015] Disponible en: <http://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2014/01/22/LYk4A1kGJAO7lvfS0Aq6tezcUa9tQh35.pdf>
10. Guatemala. Procuraduría de los Derechos Humanos. Defensoría de la mujer. Análisis de la situación de embarazos en niñas y adolescentes en Guatemala [en línea]. Guatemala: PDH; 2013 [citado 20 Ago 2015]. Disponible en http://www.pdh.org.gt/archivos/descargas/Biblioteca/Informes%20Especiales/informe_t.pdf
11. Organización Mundial de la Salud [en línea]. Ginebra: OMS; 2015 [citado 2 Jul 2015] Embarazo en adolescentes, un problema culturalmente complejo: boletín informativo. [aprox. 3 pant.] Disponible en <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
12. Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional. Family planning in Latin America and the Caribbean: the achievements of 50 years. Carolina del Norte: USAID; 2015.
13. Baeza B, Poo A, Vásquez O, Muñoz S. Comprendiendo los factores asociados al embarazo precoz, desde la perspectiva de adolescentes nuligestas. Rev SOGIA [en línea] 2005 [citado 16 Feb 2016]; 12(2); [41–48] Disponible en: <http://www.cemera.cl/sogia/pdf/2005/XII2comprendiendo.pdf>
14. Agudelo M. Barreras para la planificación familiar en contextos marginales del Distrito Federal de Ciudad de México: visión de los proveedores de servicios de salud. FacNac Salud Pública [en línea] 2009 Ago [citado 16 Jun 2015]; 27(2): 169-176. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2009000200008
15. Mosquera J, Mateus J. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-SIDA y el uso de los medios de comunicación en

- jóvenes Rev Colomb Med [en línea]. 2003 [citado 16 Feb 2016];34:206–12. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/283/28334405.pdf>
16. Zegarra T. Mitos y métodos anticonceptivos [en línea]. Lima, Perú: PROMSEX; UNFPA; 2011. [citado 23 Jun 2015] Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/PROMSEX-Mitos-Metodos-Anticonceptivos.pdf>
 17. Guatemala. Congreso de la República. Decreto 8-2015. Aptitud para contraer matrimonio [en línea] Guatemala: Congreso de la República; 2015. [citado 18 Ene 2015]. Disponible en <http://old.congreso.gob.gt/archivos/acuerdos/2015/CCCII0870100010008201504092015.pdf>
 18. Oquendo A. El sí de las niñas. elPeriódico [en línea]. 22 Nov 2015 [citado 18 Ene 2016]; Opinión: [aprox. 7 pant.] Disponible en <http://elperiodico.com.gt/2015/11/22/domingo/el-si-de-las-ninas-el-decreto-8-2015-en-tres-actos/>
 19. Humanium Juntos por los derechos del niño. [en línea]. Ginebra, Suiza: Humanium.org; 2016. [citado 26 Ene 2016] Mortalidad infantil: juntos por los derechos del niño [aprox. 2 pant.]. Disponible en: <http://www.humanium.org/es/mortalidad-infantil/>
 20. Federación Internacional de Planificación Familiar. Campaña para el acceso universal a la salud reproductiva: La planificación familiar salva vidas y mejora la salud [en línea]. Bruselas, Bélgica: IPPF; 2012 [citado 26 Ene 2016]. Disponible en: http://www.countdown2015europe.org/wp-content/uploads/2012/04/IPPF_FactSheet-4_Health-ES2.pdf
 21. Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional. Integrar planificación familiar y salud materno infantil: cómo salvar vidas y ahorrar tiempo y dinero [en línea]. Washington, DC: USAID; 2011 [citado 2 Jul 2015]. Disponible en: http://www.prb.org/pdf11/familyplanning-maternal-child-health_sp.pdf
 22. DefiniciónABC [en línea]. Sao Paulo, Brasil: definicionABC.com; 2016. [citado 20 Ene 2016]. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/social/cultura.php>
 23. Liliana C, Moya C. Cultura y planificación familiar : un debate aún en construcción. Rev Teoría y praxis investigativa [en línea]. 2008 [citado 9 Jul 2015] 3(2): 66-72. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3701010.pdf>

24. Real Academia Española [en línea]. España: RAE; 2016 [citado 24 Ene 2016].
Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=VqE5xte>
25. Vaticano católico [en línea]. N.Y.: Vaticano Católico; 2015 [citado 25 Ene 2016].
Disponible en: <http://www.vaticanocattolico.com/iglesiacattolica/planificacion-familiar-natural/#.VqY9TPnhDIU>
26. Religión y planificación familiar. ElNuevoDiario.com [en línea]. 9 Jul 2006 [citado 25 Ene 2016]; Opinión: [aprox. 3 pant.] Disponible en: <http://archivo.elnuevodiario.com.ni/opinion/185150-religion-planificacion-familiar/>
27. Rodríguez M. Planificación familiar y salud sexual, tabú en la sociedad guatemalteca. La Hora [en línea]. 17 Jul 2014 [citado 25 Ene 2016]; Reportajes y entrevistas: [aprox. 5 pant.] Disponible en: <http://lahora.gt/hemeroteca-lh/planificacion-familiar-y-salud-sexual-tabu-en-la-sociedad-guatemalteca/>
28. Gómez P, Pardo Y. Percepciones del uso de métodos anticonceptivos en Bogotá Colombia, estudio cualitativo. Rev Obstet Ginecol Venez [en línea]. 2013 [citado 2 Jul 2015]; 73(3):34-41. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342010000100005
29. Seguridad Pública [en línea]. España: seguridadpública.es [actualizado 2015, citado 22 Ene 2016] El machismo en la sociedad actual y violencia de género. [aprox. 2 pant]. Disponible en: <http://www.seguridadpublica.es/2015/03/el-machismo-en-la-sociedad-actual-y-la-violencia-de-genero/>
30. Machismo pierde fuerza en comunidades indígenas. Noticias.gt [en línea]. 1 Ago 2014 [citado 22 Ene 2016]; Nacionales: [aprox. 3 pant.] Disponible en : <http://noticias.com.gt/nacionales/20140801-el-machismo-pierde-fuerza-en-comunidades-indigenas.html>
31. Bott R. Calidad de la educación y ampliación de la secundaria básica [en línea]. Guatemala: MINEDUC; 2011. [citado 3 Ago 2015]. Disponible en: http://www.mineduc.gob.gt/portal/contenido/menu_lateral/programas/educacion_bilingue/documents/Plan%20Pueblos%20Indigenas.pdf
32. Navas R. Influencia del cónyuge en planificación familiar. [en línea]. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2005 [citado 17 Feb 2016]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_1719.pdf

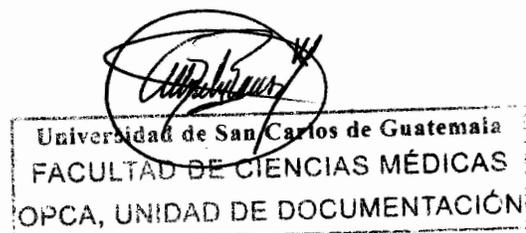
33. Baeza W , Póo F , Vásquez P, Muñoz N, Vallejos V. Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. Rev. chil. obstet. ginecol. [en línea]. 2008 [citado 3 Jul 2015]; 72(2):76–81 Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262007000200002&script=sci_abstract
34. pobrezamundial.com [en línea]. [S.L.]: pobrezamundial.com; 2009 [actualizado Jul 2009; citado 24 Ene 2016] La pobreza y el acceso a la salud. Disponible en : <http://www.pobrezamundial.com/la-pobreza-y-el-acceso-a-la-salud/>
35. Federación Internacional de Planificación Familiar. Campaña para el acceso universal a la salud reproductiva: Planificación familiar, pobreza y desarrollo económico [en línea] Bruselas, Bélgica: IPPF; 2012. [citado 12 Jul 2015] Disponible en: http://www.countdown2015europe.org/wp-content/uploads/2012/04/IPPF_FactSheet-5_poverty-ES2.pdf
36. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Cifras para el desarrollo humano. [en línea] Chimaltenango, Guatemala: PNUD; 2011. [citado 2 Jun 2015] Disponible en: <http://desarrollohumano.org.gt/sites/default/files/04%20Fasciculo%20Chimaltenango.pdf>
37. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Caracterización: Estadística República de Guatemala [en línea].Guatemala: INE; 2012 [citado 12 Jun 2015] Disponible en: <http://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2014/02/26/5eTCcFIHErnaNVeUmm3iabXHaKgXtw0C.pdf>
38. Hautecoeur M, Zunzunegui MV, Vissandjee B. Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala. Salud Pública Mex [en línea]. 2007 [citado 3 Oct 2015]. 49(2):86–93. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000200003
39. Un país en “español” ignora a los hablantes de idiomas indígenas. La Hora [en línea] 22 Feb 2013 [citado 16 feb 2016]; Reportajes y entrevistas. [aprox. 6 pant.] Disponible en : <http://lahora.gt/hemeroteca-lh/un-pais-en-espanol-ignora-a-los-hablantes-de-idiomasy-indigenas/>
40. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Salud Reproductiva. Guías nacionales de planificación familiar [en línea].

- Guatemala: MSPAS; 2009 [citado 3 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.mspas.gob.gt/files/Descargas/ProtecciondelaSalud/PlanificacionFamiliar/OtrasPublicaciones/GUIA%20Final30Enero10.pdf>
41. Guatemala. Congreso de la República. Decreto número 42-2001. Código de Salud, Ley de Desarrollo Social [en línea]. Guatemala: Congreso de la República; 2011. [citado 25 Jun 2015]. Disponible en: <http://www.unicef.org/guatemala/spanish/LeyDesarrolloSocial.pdf>
 42. Guatemala. Congreso de la República. Decreto número 87-2005. Código de Salud, Ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar y su integración en el programa nacional de salud reproductiva [en línea]. Guatemala: Congreso de la República; 2005. [citado 21 Jul 2015]. Disponible en: <http://www.oj.gob.gt/es/QueEsOJ/EstructuraOJ/UnidadesAdministrativas/CentroAnalisisDocumentacionJudicial/cds/CDs%20leyes/2005/pdfs/decretos/D087-2005.pdf>
 43. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Salud Reproductiva. Guía nacional de planificación familiar [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2014. [citado 7 Mar 2016] Disponible en: <http://redseguraclinicas.com/wp-content/recursos/Guia-nacional-de-Planificacion-familiar-Guatemala.pdf>
 44. Centro Latinoamericano de Desarrollo Empresarial [en línea]. Chile: CELADE; 2015. [actualizado 2015; citado 17 Ene 2016] Definición demanda insatisfecha. [aprox. 1 pant.] Disponible en: http://celade.eclac.cl/redatam/PRYESP/cairo/WebHelp/Metalatina/demanda_insatisfecha_de_planificacion_familiar.htm
 45. Langer A. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. RevPanam Salud Pública [en línea]. 2002 [citado 25 Ene 2016]; 11(3):192–205. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n3/9402.pdf>
 46. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Lineamientos para la estrategia nacional de planificación familiar [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2008 [citado 2 Jul 2015]. Disponible en: <http://www.mspas.gob.gt/files/Descargas/ProtecciondelaSalud/PlanificacionFamiliar/OtrasPublicaciones/LINEAMIENTOS%20PARA%20ESTRATEGIAS.pdf>
 47. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Caracterización departamental: Chimaltenango 2012 [en línea]. Guatemala: INE;2013 [citado 14 Jul 2015] Disponible en:

<http://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2013/12/09/WLRHnUWzRBAKCy7DmFWiScsP3EkRtPvg.pdf>

48. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Unidad de Información Pública. Sistema de información gerencial de salud: cuadros y estadísticas del 2014 sobre planificación familiar en Guatemala. Guatemala: MSPAS; 2014.
49. Barbolla C, Benavente N, López T, Martín C, Perlado L, Serrano C. Investigación etnográfica: métodos de investigación educativa [en línea]. Madrid: UAM; 2010 [citado 17 Abr 2016] Disponible en: https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/I_Etnografica_Trabajo.pdf
50. Monje Álvarez CA. Guía didáctica de la metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. [CD-ROM]. Colombia: Universidad Surcolombiana ; 2011
51. Burnard P, Gill P, Stewart K, Treasure E, Chadwick B. El análisis y la presentación de los datos cualitativos. *British Dental Journal*. 2008 Abr; 204 (8): 1-8.
52. Apache Software Foundation. Metodología etnográfica [en línea]. Los Ángeles, CA.: Apache.org;2016. [citada 28 Feb 2016]. http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lco/sandoval_l_ma/capitulo5.pdf
53. Arias Valencia MM. La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. *RevUniv Anti* [en línea]. 2000 [citado 20 Abr 2016]; 3 (1) 1-7 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105218294001>
54. O'Grady K. The museum of menstruation and women's health. Anticoncepción y religión, breve reseña. [en línea]. [S.L]: MUM; 2006 [citado 29 Mar 2016] Disponible en: <http://www.mum.org/anticyre.htm>
55. Options Consultancy Services Ltd and Pasmó Guatemala. Bajo el poncho- pillow talk: relationships and sexuality among indigenous peoples in Guatemala [en línea]. Guatemala: PASMO;2007. [citado 3 Abr 2016] Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Kim_Longfield/publication/258100630_Bajo_el_Poncho_-_Pillow_Talk_Relationships_and_Sexuality_among_Indigenous_Peoples_in_Guatemala/links/0deec526f1b8b126e7000000.pdf/download?version=vrp
56. Martínez-Herrera M. La construcción de la feminidad: la mujer como sujeto de la historia y como sujeto de deseo . *Actualidad en Psicología* [en línea]. 2007 [citado 6 Abr 2016]; 21(108): [aprox. 6 pant.]. Disponible en:http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133212641004_

57. Scholl E. Planificación familiar para adolescentes casadas [en línea]. Baltimore, MD: k4health.org [31 Ene 2006, citado 29 Mar 2016] Disponible en: https://www.k4health.org/sites/default/files/FP%20for%20married%20adolescents_spa.pdf
58. Federación Internacional de Planificación Familiar. Campaña por el acceso universal a la salud reproductiva; planificación familiar, empoderamiento de la mujer e igualdad de género [en línea]. Bruselas, Bélgica: IPPF; 2012. [citado 15 Jul 2015] Disponible en: http://www.countdown2015europe.org/wp-content/uploads/2012/07/IPPF_Factsheet-1_Empowerment3_3.pdf
59. Organización de las Naciones Unidas Para la Alimentación y Agricultura. Población, alimentación, nutrición y planificación familiar [en línea]. Nueva York; FAO; 2002 [citado 3 Mar 2016] Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s09.htm#bm9x>
60. Martínez M. El método etnográfico de investigación [en línea]. Venezuela: UNEG; 2005. Disponible en: <http://investigacionypostgrado.uneg.edu.ve/intranetcgip/documentos/225000/225000archivo00002.pdf>
61. La actitud católica moderada respecto a la anticoncepción y el aborto [en línea]. Winsconsin: the religious consultation on population, reproductive health and ethics; 2016 [citado 30 Mar 2016]. Disponible en http://www.religiousconsultation.org/Spanish_translation.htm+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=gt
62. Püllella P. Papa dice prohibición de métodos anticonceptivos no significa reproducirse "como conejos". Reuters América Latina [en línea]. 19 Ene 2015 [citado 29 Mar 2016]; Artículo [aprox. 2 pant.] Disponible en <http://la.reuters.com/article/topNews/idLTAKBN0KS1ZV20150119>
63. Nin N, Murasaki R. Chicas Malas [blog en línea]. [S.L] Nina Nin y Ren Murasaki. 25 Ene 2013 [citado 6 Abr 2016]. Disponible en <https://soyunachicamala.wordpress.com/2013/01/25/madre-antes-que-mujer/>.



11. ANEXOS

11.1 Consentimiento informado grupo focal

Soy estudiante de la carrera de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Estoy investigando sobre los elementos que dificultan la planificación familiar, por lo que la invito a participar en mi estudio. Antes de decidirse, puede hablar con alguien con quien se sienta cómodo sobre la investigación. Por favor, si necesita explicación de algo, hágamelo saber. Si tiene preguntas más tarde, puede hacérmelas saber cuándo crea más conveniente.

La planificación familiar es importante para las mujeres y hombres pues permite decidir cuántos hijos tener, el espacio entre cada embarazo y evita que las mujeres sean madres antes de los 20 años, previene enfermedades y disminuye la cantidad de gente que habita el país.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

El procedimiento que se llevará a cabo en su persona es el siguiente:

1. Se juntará un grupo de mujeres de la comunidad que deseen platicar sobre los obstáculos que existen para planificación familiar correctamente, siendo su participación muy valiosa para mí.
2. La información será grabada para captar todos los datos que me proporcione y no se pierda nada en el camino
3. Si tiene duda, por favor hágamelo saber.

He leído y comprendido la información proporcionada por este consentimiento informado o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante, la cuál será anónima y entiendo que tengo derecho a retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecta en ninguna manera a mi cuidado.

Iniciales de su nombre _____

Firma del participante _____

Fecha _____

Si es analfabeto

He sido testigo de la lectura exacta de este documento de consentimiento para el potencial participante y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confío que la persona ha dado consentimiento libremente.

Iniciales del testigo y huella dactilar de la participante _____

Firma del Testigo _____

Fecha _____

11.2 Guía grupo focal

Guía grupo focal # _____

Pregunta de apertura

Presentación de cada una de ustedes

Pregunta introductoria

¿Para qué sirve la planificación familiar?
--

Pregunta de transición

¿Ustedes planificarían? ¿Por qué?

Preguntas claves

En base a su experiencia :

¿Qué opina y piensa usted de la planificación familiar? Según su religión ¿le está permitida la planificación familiar? ¿Por qué? ¿Su esposo estaría de acuerdo que planificara? ¿Por qué?
--

¿Otras personas han influido en su decisión de planificar? ¿Quiénes y por qué? ¿Alguien les enseñó sobre la planificación familiar? ¿o fue en la escuela que se enteró?
--

¿Ha tenido alguna dificultad económica para poder planificar? ¿Cuáles y por qué?
--

Cuando ha asistido a un servicio de salud ¿cómo les parece el servicio que brinda el personal de salud? ¿Qué cosas les han parecido buenas o malas de sus servicios?
--

11.3 Consentimiento informado observación no participante

Soy estudiante del sexto año de la carrera de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Estoy investigando sobre los elementos que dificultan la planificación familiar, aumentan el embarazo en las adolescentes y no se tiene un tiempo prudente entre cada embarazo. Le daré información y la invito a participar en mi estudio. Antes de decidirse, puede hablar con alguien con quien se sienta cómodo sobre la investigación. Por favor, si necesita explicación de algo, hágamelo saber. Si tiene preguntas más tarde, puede hacérmelas saber cuándo crea más conveniente.

La planificación familiar es importante para las mujeres y hombres pues permite decidir cuántos hijos tener, el espacio entre cada embarazo y evita que las mujeres sean madres antes de los 20 años, previene enfermedades y disminuye la cantidad de gente que habita el país.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar como si no, continuarán todos los servicios que reciba en esta institución y nada variará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

El procedimiento que se llevará a cabo en su persona es el siguiente:

1. Se observará como se realiza la planificación familiar en el Centro de Salud
2. La información será grabada para captar todos los datos que me proporcione y no se pierda nada en el camino
3. Si tiene duda, por favor hágamelo saber.

He leído y comprendido la información proporcionada por este consentimiento informado o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante, la cuál será anónima y entiendo que tengo derecho a retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecta en ninguna manera a mi cuidado.

Iniciales de la participante _____

Firma de la participante _____

Fecha _____

Si es analfabeto

He sido testigo de la lectura exacta de este documento de consentimiento para el potencial participante y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confío que la persona ha dado consentimiento libremente.

Iniciales del testigo y huella dactilar de la participante _____

Firma del Testigo _____

Fecha _____

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de consentimiento informado.

11.4 Guía observación no participante

Observación No. ____

1. Horario libre o normado para brindar planificación familiar
2. Carteles o afiches promocionando e informando sobre PF en sala de espera tanto en español como idioma maya
3. Calidad de atención de secretaria/secretario encargado de dar los números para pasar a consulta de PF.
4. Espera de parte de la usuaria para recibir PF
5. Condiciones del lugar donde se brinda PF
6. Proveedor se comunica en español o idioma maya
7. Proveedor es sexo femenino o masculino
8. Expresiones no verbales de usuaria
9. Expresiones no verbales de proveedor
10. Se brinda consejería sobre PF completa ya sea usuaria nueva o reconsultante
11. Proveedor explica posibles efectos adversos
12. Proveedor posee conocimientos adecuados sobre los métodos de PF
13. Elección del método es por decisión propia o del proveedor
14. Disponibilidad del método de preferencia de la usuaria
15. Proveedor aclara dudas
16. Proveedor considera que usuaria comprende la información que se brinda sobre PF

1015 Transcripciones grupos focales

11.5.1 Grupo Focal 1 (GF-1)

*[M]: moderadora [P]: participante

[M]: *La primera pregunta es: ¿Para qué sirve la planificación familiar?*

[P]: *Para no tener más hijos*

[M]: *Otra*

[P]: *Sí, para prevenir el embarazo [risas]*

[M]: *¿Alguna otra? Doña O.*

[P]: *¡Ay Dios! [risas]. Para no tener enfermedades.*

[M]: *Va, esta, la otra es ¿Ustedes planifican?*

[P]: *Sí*

[P]: *Ya no*

[P]: *Yo no [risas]*

[M]: *¿Por qué?*

[P]: *Para no tener más hijos*

[M]: *y ¿Para qué otra cosa? [risas] En que le beneficia el estar planificando. ¿Qué beneficios obtiene usted en eso?*

[P]: *¿Por qué miras al nene? [risas]*

[P]: *Podría ser para darle mejor atención al nene, para cuidarlo más.*

[P]: *Ah sí para cuidarlo más.*

[M]: *Y su economía*

[P]: *[risas]*

[M]: *En base a su experiencia, ¿Qué opina y piensa usted de la planificación familiar? ¿Qué opinan si está bien que uno planifique o no? ¿Está bien o no está bien?*

[P]: *Si está bien porque así crecen más sanos los niños, uno los puede mantener bien. Les puede dar de vestir mejor.*

[M]: *¿Otra? Bueno, siguiente: Según su religión ¿Les está permitida la planificación familiar?*

[P]: *En la de nosotros, va M. no, no permiten que nos planifiquemos.*

[M]: *¿Por qué?*

[P]: *Porque dice que Dios, dice que hay que tener todos los hijos que Dios manda.*

[P]: *Pero así como con nosotros si no [risas]. Porque es más pecado hacerle a los niños que vengan al mundo y a sufrir. Entonces no es ningún pecado que uno está haciendo.*

[M]: *Ah bueno ¿y ustedes?*

[P]: *Pues eso como dicen he escuchado opiniones por ahí, pues que dicen que uno para estar... está bien que uno tenga hijo e hijos e hijos está bien, es bonito; pero ya lo pecado y lo pobre pa' los niños es de que ellos no tienen que comer por estar manteniendo muchos entonces no tienen que comer ellos, que vestir. O sea por mí es eso*

[P]: *¡está bien! [risas]*

[M]: *¿Su esposo estaría de acuerdo que planificara?*

[P]: *Si*

[M]: *¿Ustedes?*

[P]: *No [risas]*

[M]: *¿Por qué no quiere?*

[P]: *Yo no porque no tengo [risas]. Por el momento pues [risas]*

[M]: *y ¿usted?*

[P]: *¡Ah yo saber! [risas]*

[P]: *¡andápreguntale pues! [risas] ¡Te apurás! [Risas]*

[P]: *¡yo ya no quiero! [risas]*

[M]: *¿Por qué? ¿Por qué aceptaría su esposo planificar, en el caso suyo?*

[P]: *Porque... para vestir bien a mi bebé, y para que mi bebé crezca...*

[M]: *Con comodidades*

[P]: *¡Aja! [risas]*

[M]: *¿Otras personas han influido en su decisión de planificar?*

[P]: *No*

[M]: *¿Quiénes y por qué? Bueno, eso no lo tienen que responder ¿Alguien les enseñó sobre la planificación familiar? Por medio de charlas, en la escuela...*

[P]: *Si, por medio de charlas.*

[M]: *¿En dónde?*

[P]: *En el Centro de Salud.*

[M]: *¿Ha tenido alguna dificultad económica para poder planificar?*

[P]: *No*

[M]: *Cuando ha asistido a un servicio de salud ¿Cómo les parece el servicio que brinda el personal de salud?*

[P]: *Bien*

[P]: *A veces hay enfermeras buenas y unas que no.*

[M]: *Siempre han encontrado en el centro cualquier medicina, personal, ¿tienen todo lo que necesitan o les hace falta algo?*

[P]: *Bien hace falta, a veces hace falta bastante.*

[M]: *¿Cómo qué?*

[P]: *Así como medicina, a veces no hay y recetan.*

[M]: *Y de personal ¿Cómo le ha parecido?*

[P]: *Por eso le digo, hay personal que atiende bien bonito y hay personal que no. Así como el que está ahorita no, no atienden bien. [risas]*

[M]: *¿Qué cosas les han parecido buenas o malas de sus servicios? ¿O sea cuál es lo bueno y cuál es lo malo?*

[P]: *Lo bueno es cuando dan medicinas, lo malo cuando no hay.*

[M]: *¿Alguna otra opinión? [pausa] ¿Otra?*

[P]: *¡ya no hay otra opinión!*

[M]: *entonces esas son todas las preguntas.*

11.5.2 Grupo Focal 2 (GF-2)

[M]: moderadora [P]: participante

[M]: *Entonces la primera pregunta es ¿para qué sirve la planificación familiar? Para ustedes, ¿qué entienden por planificación familiar? [Pausa] [Risas] ¿Quién me cuenta algo? [Risas]*

[P]: *[risas] por ejemplo en mi caso, porque tenía muchos abortos, por eso que ya no [pausa], yo ya no [pausa] planifiqué un tiempo porque [risas] me cuesta mi nena que se enferma también, que entonces por eso que lo utilicé. Entonces le di un tiempo que [pausa] y también la economía no es para tener bastantes niños.*

[M]: *Gracias. ¿Alguien más? [pausa] ¿Quién me cuenta algo? [Pausa] ¿Para qué sirve la planificación familiar?*

[P]: *Para la salud*

[M]: *[interfiere] Para mejorar la salud*

[P]: *[continúa] Para mejorar la salud, quizás se tiene una enfermedad, pues lo pueden [titubea] lo pueden ver los doctores. Para mí pues es así y porque así como digo yo, yo*

no supe de planificar hijos. Lo que pasa que yo tuve todos mis hijos que Dios me dio por eso que Dios me ha ayudado.

[M]: *¿Cuántos hijos tuvo usted?*

[P]: *nueve*

[M]: *nueve hijos. ¿Y no utilizó algún método?*

[P]: *no*

[M]: *Pero ¿le hablaron de algún método?*

[P]: *pero si me hablaron un poco pero solo como dos veces, de los métodos que decían, pero después ya no pude porque me fue al faltar*

[M]: *Ahora la siguiente pregunta, dice ¿Ustedes planificarían? Si alguien les hablara de planificación familiar ahorita, ustedes la aceptarían? [Pausa]*

[P]: *si [risas]*

[M]: *¿Por qué? ¿Por qué aceptaría usted si alguien le habla de planificación? [pausa]*

[P]: *primero que ya tuve uno [risas] y ya no quiero tener otro [risas] porque no [pausa] no [pausa] podría tener dos hijos chiquitos casi la misma edad, estarlos cuidando eso es mucha responsabilidad [pausa] igual cada uno necesita su atención, y ya cuando son varios pues ya se descuidan a los niños, ya no es la misma atención que se le da cuando es el primero [pausa] entonces si es por los niños si planificaría. [risa]*

[M]: *¡gracias! ¿alguien más? [pausa] ¿Doña K.?*

[P]: *[risas]*

[M]: *si a usted le hablan de planificación, ¿aceptaría?*

[P]: *en primer lugar tendría que hablar con mi esposo, si él está de acuerdo o no con eso pues entonces sí, sino no, no sé [risas]*

[M]: *¡ah bueno! Dice, la siguiente pregunta dice: en base de su experiencia ¿Qué han sabido ustedes de planificación? O ¿qué le han contado? O ¿qué ha sabido? [pausa]*

[P]: *¡eh! Para evitar muchas enfermedades, infecciones y es por eso también, eh, que uno lo utiliza.*

[M]: *Dice, ¿qué opina y piensa usted de la planificación familiar? ¿Qué pensarían ustedes? [Pausa] ¿Qué opinan y piensan de la planificación familiar? [pausa]*

[P]: *por mi parte pues, yo digo que es malo porque a veces si uno toma mucha pastilla le produce otra enfermedad y si se inyecta, no le agrada, cualquier otra enfermedad le viene. Mejor lo que uno, que quiere planificar, mejor así naturalmente. Si uno no quiere tener hijos pues si se puede, se puede uno controlar algo, no tener hijos y así más mejor que planificar poniendo inyecciones, tomando pastillas o poniendo esos métodos que dicen a veces está bueno y a veces una parte que no. Y yo mucho que he escuchado que por planificar se les está viniendo otra enfermedad. Y así, yo por eso, yo escuché, así pues que nunca lo acepté.*

[M]: *¿nunca lo aceptó?*

[P]: *nunca lo acepté, porque así como mi esposo que no quiso, me dijo que siendo mujer que te casaste, mujer que tenés que tener tus hijos. Pues está bien le dije, pues hasta aquí llegue con nueve hijos que tuve, gracias a Dios que no tengo ninguna enfermedad*

[M]: *Pero ¿le hablaron acerca del método natural? ¿Lo que usted dice que se puede controlar?*

[P]: *sí, sí.*

[M]: *y ¿lo utilizó usted?*

[P]: *no, no lo utilicé*

[M]: *no lo utilizó. ¿no le pareció? ¿Por qué?*

[P]: *me pareció, lo que pasa es que, que él no quiere.*

[M]: *¿no quiso?*

[P]: *no quiso. No quiso y así, pues, yo tengo que hacer frente dije yo, con la ayuda de Dios que aquí estoy. Mjm*

[M]: *¿su religión le permite planificar?*

[P]: *no mi religión no me permite planificar. Que Dios no quiere eso, que dice Dios que cuántos vas a tener , pues por la ayuda de Dios tiene bastantes así sí, sino no.*

[M]: *¿Y ustedes que opinan acerca de la religión? Dice ¿Le está permitida la planificación familiar?*

[P]: *[risas] yo no sé, no sabía y [pausa] pero parte sí, partes es bueno planificar porque [pausa] no estaría bien traer hijos cada poco porque ya son ellos los que sufren porque uno de madre, pues, a ley que tiene que trabajar, buscar la forma de darles a los niños; pero los que sufren ellos. En el momento que se enferman, ellos son los que sufren porque uno, uno de persona ha sentido cuando se siente mal, cuando uno está enfermo no quiere nada. Los chiquitos así son.*

[M]: *Doña M. en este caso ¿su esposo estaría de acuerdo que planificara usted? [pausa]*

[P]: *[risas]*

[M]: *aquí nadie le va a, como le decía, nadie lo va a publicar, lo que usted piensa, lo que usted sabe y cómo lo han platicado, si está de acuerdo o no está de acuerdo. Como le digo, nadie le va a , nadie le va a... Por eso me puse aquí, un lugar aislado para que no estén escuchando las demás y aquí conmigo quedó todo. Tampoco les voy a decir que ¡Ah! ¡La M. me dijo tal cosa! ¡no! [risas]*

[P]: *ya sabemos como sos [risas]*

[M]: *¡Ah vaya! ¡ya vieron! [risas]*

[P]: *¡que conste que ya solo nosotras estamos aquí! [risas]*

[P]: *si se oye algo es porque de aquí salió [risas]*

[M]: *no, y eso es lo importante pues, de que si uno tiene algo que [pausa] que [pausa] tiene algo que decir, tiene algo que compartir, que la comparta sin ningún problema. Si es que está bien o no está bien lo que digo, pero como lo que les digo, es un estudio lo que se está haciendo. ¡Verdad!*

[P]: *si ella está de acuerdo pero como a veces algunas personas cuentan que sí trae enfermedades, uno pues, le tiene miedo.*

[M]: *¿Usted cree eso?*

[P]: *saber [risas] saber [risas], como nunca nos ha pasado. Aquí no sabemos pero ella si está de acuerdo.*

[M]: *¡a vaya! Dice ¿otras personas han influido en su decisión de planificar? Por ejemplo, si ustedes quieren planificar pero ¿ hay alguien que les diga que no? Por ejemplo, su suegra, su suegro, su cuñada, su hermano, su hermana. ¿Qué opinarían de eso si alguien influye dentro de la planificación familiar? ¿Ustedes harían caso? O ¿Ven sus necesidades?*

[P]: *miramos nuestras necesidades porque la otra persona no nos puede ayudar en las cosas difíciles cuando vienen. Entonces pues, no podrían ellos tomar las decisiones de entre nosotros mismos. Cada persona sabe cómo va a salir.*

[M]: *¡Gracias! ¿Alguien... alguien les enseñó sobre planificación familiar? [pausa] ¿Antes de que ustedes utilizaran algún método? ¿Alguien les habló sobre el método? Que si hay tomado, hay inyectado, hay usado, hay... hay... ¿cómo se llama esto? Método natural también.*

[P]: *sí*

[M]: *¿Sí?*

[P]: *Sí, en mi caso sí. Allí en el Puesto, y fuera de allí [pausa]*

[M]: *Vamos a ver, ¡Dónde vamos! En el Puesto de Salud le hablaron de planificación familiar ¿en algún otro lugar no?*

[P]: *sí, también en mi casa, con mi cuñada y con otras personas.*

[M]: *¡a bueno! Dice: ¿Han tenido alguna dificultad económica para poder planificar?*

[P]: *No, en mi caso no.*

[M]: *¿No? Si no hubiera en el Puesto de Salud o en el Centro de Salud?*

[P]: *¡no! No son tan caros [risas]*

[M]: *¿Tendría posibilidad de comprar? ¿comprar en las farmacias? ¿O conseguir otras?*

[P]: *¡sí!*

[M]: *¿Ustedes? ¿Cómo estamos Doña M? ¿Doña C? ¿Doña A? ¿Todas ustedes?*

[P]: *[risas] [pausa]*

[M]: *¿Han tenido dificultad para encontrar algún método que utilizarían ustedes para planificar? [pausa]*

[P]: *cuando no hay en el Puesto sí, por no tener dinero no lo busco.*

[M]: *Cuando han asistido a un servicio de salud ¿Cómo les parece el servicio que brinda el personal de salud? De cualquier lugar sea Hospital, Centro de Salud, Puesto de Salud. ¿Qué les ha parecido el servicio que les brinda el personal de salud? [pausa] ¿Han recibido buen servicio? ¿Las han atendido bien?*

[P]: *Sí en mi caso sí.*

[M]: *¿Y ustedes?*

[P]: *¡Igual!*

[M]: *¿Las han atendido bien? ¿En todos lados? ¿En los Hospitales, Centro o Puesto de Salud?*

[P]: *¡Mmm! En el Hospital no muy bien.*

[M]: *¿No los tratan bien? ¿Podría usted mencionar algo? De que no los tratan bien, en qué sentido no la atendieron bien.*

[P]: *Es que allí por haber tantos enfermos aunque uno tenga su dolor lo mantienen en espera.*

[M]: *¿No le hacen caso?*

[P]: *No.*

[M]: *Y usted ¿Qué experiencia ha tendió?*

[P]: *Pues [pausa] ¡Eh! Por ejemplo en el caso mío que, tenía una cuidadora conmigo, pero en vez de estar conmigo revisaba otras cosas fuera o tenía el celular en la mano y la atención no había conmigo.*

[M]: *¿No la estaba atendiendo?*

[P]: ¡Ajá!

[M]: *Dice ¿qué cosas les ha parecido buenas o malas de sus servicios? Por ejemplo en el Puesto de Salud, allí asisten más, van más.*

[P]: *por ejemplo a mí siempre me han atendido bien. Como la enfermera y la doctora que ha estado, cuando he venido siempre me han atendido bien.*

[M]: *¿Y ustedes?*

[P]: *Igual*

[M]: *¡Muy bien! ¡Muchísimas gracias! Estas son las preguntas que tenemos a la vista.*

11.5.3 Grupo Focal 3 (GF-3)

[M]: moderadora [P]: participante

[M]: *La primera pregunta dice ¿Para qué sirve la planificación familiar? Si alguien tiene alguna idea me puede contestar.*

[P]: *No pero dale [risas]*

[M]: *Para ustedes ¿Qué es la planificación familiar?*

[P]: *Para no tener muchos hijos*

[M]: *Para no tener muchos hijos. Doña C.*

[P]: *Para [pausa] para mantenerlos más o menos pues, porque si ya uno tiene muchos también ya es muy difícil para... tenerlos a ellos; como pagar sus gastos, vestuarios y todo eso.*

[M]: *Gracias [pausa] A., doña A.*

[P]: *También lo mismo... para no tener muchos hijos [Risas], como dijo ella no poder darles cosas que más necesitan [risas]*

[M]: *Ella es alegre, para ella es todo alegría [risas]. La siguiente pregunta dice: ¿Ustedes planificarían?*

[P]: *En mi caso ya no dice* [risas]

[M]: *Ya no ¿Por qué?*

[P]: [Risas] *Ya terminó la carrera* [risas]

[M]: *¿Cuántos años tiene usted?*

[P]: 43

[M]: 43. *Ya no quiere tener más hijos.*

[P]: *Tal vez sí, uno. Si es que va a haber otro* [risas]

[M]: *Alguien más quiere opinar acerca de la pregunta: ¿Ustedes planificarían? Como les digo no es* [Interrumpida]

[P]: *Yo de mi parte no.*

[M]: *¿Por qué?*

[P]: *Porque lo que Dios nos da tenemos que recibir.*

[M]: *¿Cuántos hijos tiene usted?*

[P]: *dos*

[M]: *dos. ¿Qué edad tiene el primero?*

[P]: *diez*

[M]: *¿Y el segundo?*

[P]: *seis*

[M]: *seis. Y ¿Cómo ha logrado espaciar usted sus embarazos?*

[P]: *Naturalmente*

[M]: *Natural... no se duerme con ellos.*

[P]: *No, aparte cada quién con su cama* [risas]

[M]: *Y así vienen los hijos.*

[P]: *No hay necesidad. Nos acostamos separados [Interrumpe]... y en la mañana amanecemos juntos. [Risas]*

[M]: *Eso si es un buen método entonces. La vamos a contratar para que nos de la plática del método natural. Bueno, la siguiente pregunta dice: En base de su experiencia en planificación familiar ¿Qué ha escuchado? ¿si ha tenido una buena experiencia en planificación familiar o no?[pausa]*

[P]: *Mire mi parte, no... no sé porque yo nunca practiqué eso. Siempre tuve a mis hijos como Dios me los quiso dar.*

[M]: *Doña O. que nos comenta acerca de su experiencia de planificación. Porque ella ha hecho una buena planificación familiar*

[P]: *Pues saber, porque yo sólo he llevado el consejo que han dado en el Puesto de Salud. Hasta aquí no sé si de verdad por planificar no tengo otro mi hijo porque lo que dicen ahí es que uno se cuida cuando está ovulando, vaya eso es lo único que yo he hecho. El consejo que yo he hecho cuando uno está ovulando, no puede tener relación; y eso es así lo que he llevado pero saber si ha sido por eso o porque ya no está bueno el motor [pausa] o ya fundió el motor. [Risas]*

[M]: *Y según las opiniones de otras personas, ¿Qué ha escuchado usted de sus vecinas, de sus conocidas, qué le han comentado acerca de planificación familiar?*

[P]: *Casi no platicamos [risas]*

[M]: *Casi no. Entonces la siguiente dice: ¿Qué opina y piensa usted de la planificación familiar? [repite] [Pausa]. Es bueno es malo, es más o menos.*

[P]: *Más que más o menos [Risas].*

[M]: *y ¿Por qué hablamos de más o menos? Su religión no le permite, o le está permitida la planificación familiar o no.*

[P]: *No*

[M]: *No se le permite. ¿Por qué, de parte de quién?*

[P]: *Porque si vamos conforme a la religión de todas maneras la biblia nos dice que debemos de multiplicar la tierra o el mundo [pausa], por esas razones es de que para nosotros es pecado.*

[M]: *No les permite...*

[P]: *Mjm. Entonces por eso es mejor dar a luz todos los que Dios manda. [risas]*

[M]: *¿Y qué dicen ustedes? Doña A.?*

[P]: *Saber [risas] saber [risas] [pausa]*

[M]: *Y la T. ¿Qué dice? [pausa]*

[P]: *Pero fíjese que a delante de Dios, nada es imposible. [risas] En el caso mío. [risas] Más que todo pues yo me planifiqué siete años y luego cuándo estaba planificando cuando resulté embarazada*

[M]: *¡Así que Dios es lindo con usted!*

[P]: *Si porque aunque uno dice que no, ya no querés tener hijos, Dios tiene planes sobre uno, cuando, regalarlos.*

[M]: *Entonces, en el caso suyo acepta la planificación familiar.*

[P]: *Si por mi caso que estoy viviendo en...[interrumpe]*

[M]: *Su esposo está de acuerdo*

[P]: *Si, él está de acuerdo*

[M]: *Bueno dice ¿Otras personas estarían influyendo en su decisión de planificar? [pausa] Por ejemplo la suegra, la mamá, la cuñada, la vecina, que le digan es bueno planificar o no es bueno [pausa] Dice ¿otras personas han influido en su decisión de planificar?*

[P]: *Muchas dicen que no, no es bueno, no sirve*

[M]: *¿Y las que dicen que no sirve quiénes son: familiares, vecinos, conocidos?*

[P]: *Familiares.*

[M]: *Familiares, no están de acuerdo. ¿Alguien les enseñó sobre la planificación familiar?*

[P]: *Sólo las pláticas que han dado en el Puesto de Salud. Porque en mi caso allí siempre me han dicho pero yo nunca lo acepté, por miedo pues a lo que han dicho porque, ahí en Patzicía había una vecina que decía “nunca vayas a tomar algo o a inyectarte porque no es bueno” decía; porque en el caso de una señora dice que se puso el T de cobre y así como dice ella, resultó esperando entonces ya después dice que en la t creo que se formó la cabeza del bebé y al fin se tuvo que morir.*

[M]: *¿Ustedes conocen el aparatito del T de cobre?... [silencio] ¿No lo conocen?*

[P]: *Mmm no, yo si la verdad nunca no. Ni pastillas, ni inyecciones ni nada nada. Pero sólo ella es la que así me contó. Y la otra dice que se tomó pastillas y de igual manera, después de un largo tiempo se enfermó y le dijeron que tenía un tumor y cuando la operaron dice que era un tanatón así de pastillas y desde ahí cuando dije yo: ¡ay mejor no![risas] De todas maneras, gracias a Dios no fueron tan muy pequeños también sus distancias de mis hijos...que así los tuve.*

[M]: *Dice: para los que opinan que la planificación familiar es buena ¿Han tenido alguna dificultad económica para poder planificar? ¿Les ha costado conseguirla cuando no hay en el Puesto de Salud o Centro de Salud? ¿Han tenido dificultad de conseguirlo? ¿Por qué?*

[P]: *Si, cuesta ir y a veces no hay*

[M]: *Pero si hubiera, ¿Hay dinero para comprar o no hay dinero para comprar?*

[P]: *[Silencio]*

[M]: *Y cuando ha asistido a un servicio de salud ¿Cómo les parece el servicio que brinda el personal de salud?*

[P]: *¡Eh!Pues en mi caso está bien, cuando hay medicina le regalan a uno y cuando no le recetan.*

[M]: *En cualquier servicio que ustedes hayan ido los han atendido bien ¿Hospital, Puesto de Salud, Centro de salud?*

[P]: *Pues aquí en Patzicía yo he visto que si está bien, ahora donde no es en el Hospital de Chimaltenango [risas]*

[M]: *¿Qué cosas les han parecido buenas o malas de los servicios, por ejemplo ahí en el Hospital, ¿Qué servicio no le ha parecido? ¿Cómo la han tratado?*

[P]: *Ah porque ahí regañan mucho [risas]*

[P]: *Te tratan como un animal más que todo, porque si cuando iba a abortar mi segundo bebé ahí cuando yo visité el Hospital de Chimaltenango. Ahí no les importa si podés o no podés: ¡ levántese y báñese ya! y no les importa tu caso en que estás. Y si les pedís que tan siquiera una tu pastilla te dan no te dan nada, una tu buena regañada te dan.*

[P]: *Así le hicieron a aquella, dice que la camilla era alto y le dijeron que se bajara y como estaba recién operada no podía, sólo una vuelta dice que le hicieron así y lo tiraron a la otra cama [risas]*

[M]: *Cuéntenos F. ¿Qué pasó, qué fue lo que no le pareció allí en el hospital?*

[P]: *El tratado de las personas, las enfermeras como nos tratan*

[M]: *¿Y los médicos?*

[P]: *Algunos sí y algunos no.*

[M]: *¿No las tratan bien?*

[P]: *Sí, algunas. Por ejemplo la doctora me trató bien, pero ya quien me iba a examinar en el cuarto no. Él regañaba mucho y decía que uno tiene que pararse a como de lugar, sea como sea. Y como le conté yo a mi suegra, la enfermera cuando me llevo al cuarto como que yo fuera un caballo me jaló de la puerta y de la puerta de la pared me raspó el brazo aquí y en la mano y le dije que por qué así me hizo, y ni siquiera me dio una pastilla. Y luego llego otra y me fue a regañar y me dijo que porque le decía si yo ya le había dicho a la enfermera y me dijo que ese era el problema mío, ¡Para que metía la mano! y ella tenía que tener mucho cuidado con las personas pues y no sólo conmigo sino que con varias porque lo ví.*

[M]: *Y doña A. ¿Qué experiencia ha tenido?*

[P]: *Yo por la gracia de Dios las veces que he ido siempre me han tratado bien, nunca he encontrado algún mal. Sólo he oído, sí cierto que he oído, que a los que las operan les*

dicen: ¡Bájese señora! La dejaron bajada y la señora no tiene fuerzas está operada y yo pues gracias a Dios nunca me han tratado así.

[M]: Doña T. ¿Qué dice? ¡Ella también ya visitó el hospital! ¡Cuéntenos algo! ¿ la atendieron bien no la atendieron? [Pausas]

[P]: Ya no me recuerdo [risas]

[M]: En aquellos tiempos, ya hace mucho tiempo [risas]

[P]: En el hospital de Antigua, allí si ¡excelente ir! yo cuando fui a tener a mi bebé ahí mi primera nena allá, viera lo que le hacen a uno, lo tratan como un santo, [risas] ¡como a una reina! ¡De verdad J. así es! Allí si atienden bien; aunque saber si todos los tiempos. La idea es que cuando yo fui allá tres días fui a estar allá y las enfermeras de allá si, el doctor las regaña si no lo tratan bien a uno.

[M]: ¡A qué bueno!

[P]: pero aquí en Chimaltenango, allí si muchos vecinos así nos dicen ¡Vamos a ir a protestar allí! ¡Así nos oyen! que dicen que sí, que lo tratan mal a uno.

[P]: pero es depende de los que estén cuando uno llega allí, porque como no todos, como estamos aquí, algunas son malas [risas]

[M]: pero la comadrona si las trata bien

[P]: la comadrona peor [risas]

[P]: ya no la contrato [risas]

[M]: Bueno ¡muchísimas gracias! Entonces estas son

11.5.4 Grupo Focal 4 (GF-4)

[M]: moderadora [P]: participante

[M]: pregunto ¿para qué sirve la planificación familiar? [Pausa]

[P:] para evitar los niños...

[M]: *¿Usted planificaría? ¿Por qué?*

[P]: *sí porque no quiero muchos hijos*

[P]: *porque uno no lo puede mantener tal y como se merecen los niños.*

[M]: *En base a su experiencia o conocidos, ¿planificaría?*

[P]: *Así es*

[P]: *si no tuviera posibilidades, sí. Pero si no hay posibilidades, no.*

[M]: *¿Qué opina y piensa de la planificación familiar?*

[P]: [Risas]

[M]: *¿Qué opina y piensa usted de planificación familiar?*

[P]: *Pensamos pues que es mejor para evitar así no tener muchos hijos. Para darle de comer, para darle de comer [pausa]*

[M]: *Según su religión le está permitida, le permite la planificación familiar? ¿por qué?*

[P]: *Porque es un mandamiento de Dios, porque Dios ha dejado que la mujer tenga sus hijos. Eso. [pausa]*

[M]: *¿Su esposo o sus familiares estaría de acuerdo para que planificara? ¿Por qué?*

[Risas]

[P]: *sí está de acuerdo, sí está de acuerdo, para que así les pueda dar educación que ellos necesitan*

[P]: *tiene que ver uno mismo también las formaciones como uno vive y si es necesario planificar pues mejor.*

[P]: *Sí es un beneficio*

[M]: *Otras personas han influido en que ustedes planifiquen o no? ¿Quiénes y por qué?*

[Pausa] [Risa]

[P]: *O sea que así como yo...*

[M]: *Otras personas han influido en que ustedes planifiquen o no? ¿quiénes y por qué? O sea que otra persona le obliga o...*

[P]: *o que si les han aconsejado que planifiquen. [pausa]*

[M]: *sí*

[P]: *¡Mmm! o sea pues, así como la familia, así como mi suegra no quiere que yo planifique. Uno tiene que tener lo que Dios manda. Es lo que dicen los de antes, que sí nos ha ayudado a pensar en planificar.*

[P]: *no es un chisme [risas]*

[P:]: *¡Ay no! [pausa]*

[M]: *¿Alguien le enseñó sobre la planificación familiar? ¿O fue en la escuela que se enteró?*

[P]: *Fue en el Puesto de Salud*

[P]: *En el Puesto de Salud*

[P]: *En el Puesto de Salud y en el Hospital*

[P]: *[risas]*

[M]: *¿Ha tenido alguna dificultad económica para poder planificar? ¿Cuáles y por qué?*

[Pausa] [Risas]

[P]: *No*

[P]: *No*

[P]: *Que yo sepa, no.*

[P]: *Alguien puede planificar por su cuenta... más bien salimos beneficiados.*

[P]: *Sí [risas]*

[M]: *¿cuándo ha asistido a un servicio de salud [interrumpe]*

[P]: *sí*

[P]: *Sí, cada una vez al mes, por peso y talla de los niños.*

[M]: *... ¿cómo les ha parecido el servicio que les ha brindado el personal de salud?*

[P]: *en este tiempo está mejor que antes, antes casi no es igual que ahora, pero ahora gracias a Dios que han tenido personal más mejor.*

[P]: *está más mejor*

[P]: *yo si lo he visto*

[P]: *¡sí atienden bien!*

[P]: *atienden mejor ahora que antes*

[M]: *¿Qué cosas les han parecido buenas o malas? [pausa]*

[P]: *pues las buenas que atienden bien, están atendiendo bien. Ahora las malas cuando se mantiene cerrado...*

[P]: *cuando vamos y no hay medicina*

[P]: *sí. [risas]*

[P]: *una pastilla [risas]*

[P]: *¡Cien puntos a todas!*

[P]: *¡Sí! [risas]*

11.5.5 Grupo Focal 5 (GF-5)

[M]: moderadora [P]: participante

[M]: *Mi nombre es F. y quiero hacerles una pregunta; ¿Para qué sirve la planificación familiar?*

[P]: *Para espaciar a los hijos*

[M]: *¿ustedes planificarían y por qué?*

[P]: *para no tener tantos hijos*

[P]: *por el bienestar de ellos también [pausa]*

[M]: *en base a su experiencia o conocida ¿Por qué planificarían? Por su experiencia que ayuda en algo o porque alguien le dijo.*

[P]: *porque nos ayuda en algo [pausa]*

[M]: *¿Qué opina y piensa de la planificación familiar? ¿Qué piensan ustedes de la planificación familiar?*

[P]: *para no sentirnos culpables [risas]*

[P]: *... porque no todos son iguales, porque a veces (...) para enviarlos a la escuela*

[M]: *Según su religión ¿le está permitida la planificación familiar?*

[P]: [Risas] *Si y no porque en la iglesia nos han enseñado sobre la planificación pero así natural porque hay que recibir a los hijos que Dios nos manda. Entonces sí se puede planificar pero con el método natural porque normalmente ese sí lo vale no por medio de anticonceptivos.*

[M]: *su esposo o sus familiares ¿estarían de acuerdo a que planificara? ¿por qué?*

[P]: *para ayudarlos a ellos [pausa]*

[M]: *¿otras personas han influido en que ustedes planifiquen? ¿Quiénes y por qué? [pausa] O sea que les han obligado o ...*

[P]: [interrumpe] *No, no estamos obligadas. Nadie está obligado, es voluntad propia*

[M]: *¿Alguien le enseñó sobre planificación familiar?*

[P]: *Normalmente en las charlas que se reciben igual que en los Puestos de Salud*

[M]: *¿Han tenido alguna dificultad económica para poder planificar? ¿Cuáles y por qué?*

[Pausa]

[P]: (..)

[M]: *¿Cuándo ha asistido a un servicio de salud...*

[P]: [interrumpe] *seguido* [risas]

[M]: [continúa]... *¿Cómo les ha parecido el servicio que les brinda el personal de salud? ¿Qué cosas les han parecido buenas o malas?*

[P]: *Todo bueno, todo bueno.* [risas]

11.5.6 Grupo Focal 6 (GF-6)

[M]: *Y pues aquí solo son como unas cuantas pregunta siempre relacionadas con la planificación familiar, entonces vamos a iniciar con la primera pregunta. Antes de todo pues es bueno darles la bienvenida. Entonces la primera pregunta dice aquí ¿para qué sirve la planificación familiar? Una de ustedes puede contestarlo o si tienen la respuesta, uno por uno. ¿Para qué sirve la planificación familiar?*

[P]: *para espaciar los embarazos*

[M]: *para espacial los embarazos. ¿Usted? Doña A.*

[P]: *Se puede contestar como le dije hace rato?*

[M]: *!Eh! Aquí sólo sería para qué sirve la planificación familiar. Usted va a planificar su familiar [pausa] ¿para qué le serviría a usted?*

[P]: *Para el beneficio de mi familia*

[M]: *Para el beneficio de su familia.*

[P]: *Para [pausa] para que uno no tenga sus hijos al año, al año*

[M]: *muy seguido*

[P]: *sí*

[M]: *gracias. Dice la siguiente pregunta, dice ¿Ustedes planificarían?*

[P]: *sí*

[P]: *Sí [risas]*

[M]: *¿Por qué?*

[P]: [risas]

[M]: *¿Por qué planificaría usted?*

[P]: *Para ser soltera* [risas]

[M]: *!Para seguir siendo soltera!*

[P]: [risas] *sin compromiso* [risas]

[M]: *¡A vaya!* [risas] *Dice aquí ¿ustedes planificarían? ¿Por qué planificarían?*

[P]: *Porque así como dijo, para dedicarle más tiempo a mi esposo y a mis hijos.*

[M]: *¡está bien! ¿usted doña I.?* [pausa]

[P]: [risas] [pausa] *Yo diría que para tenerlos un espacio y verlos más y dejarles algo más a ellos.*

[M]: *¿Más tiempo? ¿más herencia?*

[P]:[risas] *¡Más herencia que no hay!*

[P]: *¡menos herencia!*

[M]: *Doña I. ¿Qué dice?*

[P]: *Pues para que uno pues, les pueda comprar sus cositas. Para atenderlos mejor.*

[M]: *¿todos parejo?*

[P]: *Sí, todos parejo.*

[M]: *Dice “en base a su experiencia” dice ¿Qué opina y piensa de la planificación familiar?*
[pausa] *Es bueno, es feo, es malo...*

[P]: *Pues para mí es bueno*

[M]: *Es bueno*

[P]: *¡mjm!*

[M]: *y según su religión ¿le está permitida la planificación familiar?*

[P]: *no. No está permitida*

[M]: *No está permitida. Y si ustedes van a la iglesia y les dicen "No" ustedes...*

[P]: *Sí, porque sé que es beneficio [risas]*

[M]: *Yo no le hago caso dice*

[P]: *No le hago caso [risas] Igual en la Iglesia Católica está permitido de, se planifique pero no en ese sentido, sino que ellos tienen otro método cómo*

[M]: *¿Natural?*

[P]: *Sí. Los más fáciles son los que nos dan [risas]*

[M]: *Dice ¿Su esposo estaría de acuerdo a que planificara? [pausa] ¿Los esposos están de acuerdo?*

[P]: *Mi esposo sí*

[M]: *¿O han tenido algún problema con ellos?*

[P]: *no, ¡Si mi esposo fue el que insistió! [risas]*

[M]: *¡Ah bueno! ¡Él insiste a que planifique! [risas] ¿Usted?*

[P]: *¡Yo no! ¡yo no! [risas]*

[M]: *Pero ¿por qué usted planifica si su esposo no está de acuerdo?*

[P]: *¿Por qué?*

[M]: *¡Sí! Si usted planifica y su esposo no está de acuerdo [pausa]*

[P]: *¡mmm! ¡Saber! [risas]*

[M]: *¡no importa!! Aunque le regañe!*

[P]: *[risas] ¡no importa que me peguen! [risas]*

[M]: *¿Alguna vez le ha pegado su esposo porque planifica?*

[P]: *¡No, No! [risas]*

[M]: *¿y usted?*

[P]: *yo no tengo esposo [risas]*

[M]: *¿Pero si planifica?*

[P]: *pero si planifico [risas]*

[M]: *a bueno*

[P]: *no, en el tiempo que estaba mi esposo sí, pero en el tiempo ahorita, no, no hay nada...*

[M]: *Bueno [pausa]. ¿Otras personas han influido en su decisión de planificar? [pausa] ¿Quiénes y por qué? [pausa] ¿su suegra, su cuñada...*

[P]: *[interrumpe] Mi suegra es la que más, más se opone si te planificás. Peor si escucha que te operaste ¡capáz que ella se embaraza otra vez! [risas]*

[M]: *¿Qué opinión tendría la suegra en ese caso acerca de la planificación?*

[P]: *¡No estaría de acuerdo! [pausa]*

[M]: *¿Por qué no se pone de acuerdo ella?*

[P]: *Porque así como dice ella que, que, porque si ella dice que Dios le ha permitido tener los doce hijos hay que tenerlos porque, aparte dice que le ayuda a uno a, a uno de mujer porque dice que te limpia, o sea que te limpia tu cuerpo. Es un beneficio dice ella, porque yo que he tenido mis once hijos nada que, si cierto me duele algo pero no es así de molestar ¡hay mi pie! ¡hay mi estómago! ¡no sé qué es dolor de estómago o dolor de pie! dice.*

[M]: *¡mjm!*

[P]: *Entonces sí es un beneficio dice ella, para mí no es beneficio*

[M]: *No es beneficio. ¡Gracias! [pausa] ¿Doña I? ¿Doña I? ¿Han tenido alguna dificultad con la familia por planificar? ¿Qué dificultades han tenido?*

[P]: *Pues mi suegra sí, regañaba que uno pues, cuando uno, deja que crezca su bebé, ella quiere que tenga uno nuevo, otro hijo. Pero [pausa] si uno no tiene luego su hijo dice*

que sos hombre, que ya sos hombre, ya no sos mujer porque el que tiene su bebé cada poco, ese si es mujer [risas] Empieza a hablar mal de uno, pero de todos modos uno es el que sufre con ellos, entonces uno tiene que ver por su salud mismo.

[M]: *y la siguiente dice ¿cuándo ha asistido a un servicio de salud ¿cómo les parece el servicio que brinda el personal de salud? ¿Les han atendido bien? Esto se refiere, digamos, o sea Centro de Salud, Hospital o Puesto de Salud, Centro comunitario*

[P]: *En el Centro de Salud, o sea en mi caso, me han atendido más o menos. Lo que hacen es que se tardan mucho para atender. A veces llega uno a las 9 o a las 8 y sale uno casi a las dos horas. Uno tiene que esperar allí y sólo por cinco o seis personas*

[M]: ¡Mjm!

[P]: *si estás a tiempo te atienden, sino no [risas] A veces ya no te atienden*

[M]: *En los hospitales, ¿las han atendido bien o han tenido alguna queja de ellos? ¿algo que no les parezca? O ¿todo está bien?*

[P]: *En el hospital, gracias a Dios si todo está bien*

[M]: *¿todo está bien?*

[P]: *sí esta bien. Una vez me fui al hospital por enfermedad que estuve de mi embarazo, me fui y sí me atendieron bien gracias a Dios. Dicen que atienden mal pues, pero...*

[M]: *¿usted?*

[P]: *yo no he ido al hospital gracias a Dios, sólo en el Centro, pero sí me han atendido bien*

[P]: *Me han atendido bien cuando yo he ido por dos partos, pero si me han atendido bien*

[M]: *Dice ¿qué cosas les han parecido buenas o malas de los servicios?*

[P]: *Nada. ¡A mí me parecen bien! [risas]*

[M]: *¿todo?*

[P]: *Sí*

[M]: ¡A bueno!

[P]: A mí también me parecen bien

[M]: ¿Doña A?

[P]: sí, está bien.

[M]: Bueno. ¡Muchísimas gracias! Esas son las preguntas que ha formulado la doctora.

11.5.7 Grupo Focal 7 (GF-7)

[M]: moderadora [P]: participante

[M]: entonces sería. Iniciaríamos nuestra reunión sean bienvenidas. Con estas preguntas que yo les voy a formular, quiero realizarles unas preguntas y quiero que ustedes me las vayan a responder como ustedes opinen y piensen. Dice la primera pregunta acá ¿para qué sirve la planificación familiar? ¿Qué opinan ustedes? [pausa]

[P]: para, como se llama, para planificar bien, cuanto tiempo queremos tener, como se llama, tener nuestros hijos y para darles mejor atención, mejor atención a ellos

[M]: ¡Mjm! ¿Doña M? [pausa] ¿Qué entiende usted por planificación familiar? ¿O qué piensa E:?

[P]: dejar una gran distancia por cada bebé

[M]: ¿Espaciar los embarazos?

[P]: ¡Mjm!

[M]: Dice la siguiente: ¿ustedes planificarían? Y ¿por qué planificarían?

[P]: Yo sí

[P]: Sí

[M]: y ¿por qué?

[P]: Para, cómo se llama, para darle mejor vida a mis hijos y mejor economía

[M]: *¿Doña N? Después que ahorita tuvo a su bebé, usted dice que si va a planificar ¿por qué? ¿por qué va a planificar usted su bebé? Si ya tiene un mes de nacido. ¿Por qué querría usted planificar? [pausa]*

[P]: *Tal vez para llevarnos bien entre la familia*

[M]: *¿para que se entiendan mejor en la familiar?*

[P]: *¡mjm! ¡sí!*

[M]: *muy bien. Ahorita la siguiente pregunta dice: En base a su experiencia ¿Qué opina y piensa de la planificación familiar? Si ha tenido ¿doña M alguna experiencia sobre planificación familiar?*

[P]: *no*

[M]: *Que usted haya escuchado en su familiar con su mamá, hermanas o tías ¿alguna experiencia que ellas hayan obtenido?*

[P]: *Sí.*

[M]: *¿Cómo qué? [pausa] Buena o mala, no me planifico porque mi religión no permite...*

[P]: *mala porque si fuera poco tiempo se daría un aborto*

[M]: *¿eso dicen ellas?*

[P]: *¡mjm!*

[M]: *¿al planificar o al tener otro hijo?*

[P]: *Al tener otro*

[M]: *¿o sea que al tener un hijo a otro? Ellas piensan que es malo porque, porque ¿puede abortar?*

[P]: *Sí. A veces es pequeño la distancia, el tiempo.*

[M]: *a bueno. ¿y M?*

[P]: *que sí está bien planificar porque como decía, le ayuda mucho en la economía, porque si uno tiene varios hijos, no le alcanza para alimentarlos bien, para vestirlos. En cambio cuando uno “espacea” los embarazos, como que si le disminuyen los gastos y uno les puede dar más atención.*

[M]: *Muy bien. Según su religión ¿le está permitido planificar su familia?*

[P]: *Sí*

[M]: *Pero ¿con qué? ¿métodos artificiales, naturales o cómo?*

[P]: *Naturales*

[M]: *¡Naturales! [pausa] ¿por qué no aceptarían ellos los métodos que ofrecen los servicios de salud? [pausa]*

[P]: *Tal vez por, por provocación de enfermedades*

[M]: *¡mjm! ¿por qué es que la religión no permite la planificación familiar? No permite métodos artificiales sino que recomiendan más natural. Según las iglesias ¿qué opinan ellos sobre los métodos artificiales o los que ofrecen servicios de salud? [pausa]*

[P]: *Tal vez porque según ellos no son, no son, efectivos, o es pecado.*

[M]: *¡mjm!*

[P]: *tal vez como en la biblia dice que, pues, hay que recibir todos los, los hijos que Dios manda. Tal vez sea por eso*

[M]: *¡Mjm! Y ¿ustedes aceptarían, digamos, la opinión de la iglesia?*

[P]: *En mi caso no*

[M]: *¿Doña M?*

[P]: *¡mmm! [risas]*

[M]: *Bueno ¿su esposo estaría de acuerdo que planificara?*

[P]: *sí [pausa]*

[M]: *Dice ¿otras personas han influido en su decisión de planificar? Si ustedes les han dicho su mamá, sus suegras, sus abuelas “yo quiero planificar, yo quiero espaciar mis embarazos” ¿qué opinan ellos? ¿Influyen dentro de la decisión de ustedes?*

[P]: *No*

[M]: *¿No influyen en su decisión? Porque quiere planificar*

[P]: *¡Mjm!*

[M]: *Bueno. Dice ¿alguien les enseñó sobre la planificación familiar?*

[P]: *sí*

[M]: *o fue... ¿Dónde?*

[P]: *En el instituto*

[M]: *¡En el instituto!*

[P]: *yo igual. En el instituto y en el Puesto de Salud, por las charlas que dan*

[M]: *¿Ha tenido alguna dificultad económica para poder planificar?*

[P]: *No, todavía no [risas]*

[M]: *¿Todavía no? No ha tenido ninguna dificultad. Usted no ha visto porque ha iniciado a planificar*

[P]: *sí*

[M]: *Dice, cuando han asistido a un servicio de salud, ¿cómo les ha parecido el servicio que brinda el personal de salud? Esto lo dice si es en un hospital, en el Puesto o Centro de Salud. ¿les han atendido bien? ¿Qué tal les ha parecido el servicio que ofrecen?*

[P]: *dependiendo cada hospital.*

[M]: *¡mjm!*

[P]: *si es privado, tal vez que atienden mejor que un nacional*

[M]: *Si hablamos del Hospital Nacional ¿el personal les ha atendido bien? O sea en el Centro o Puesto de Salud*

[P]: *Hospital Nacional no*

[M]: *¿no atienden bien?*

[P]: *No*

[M]: *Y qué cosa hizo que no les ha parecido?*

[P]: *Es que uno llega y*

[P]: *Se tardan mucho [risas]*

[P]: *Sí. Uno llega de urgencia y no lo atienden*

[M]: *No lo atienden bien*

[P]: *y regañan mucho*

[M]: *¡muy bien!*

[P]: *Y te quieren quitar a tu bebé [risas]*

[M]: *¿y por qué le querían quitar a su bebé?*

[P]: *Como no estaba bien nos dijeron, que se tenía que quedar dicen, durante el tiempo que se quitara lo amarillito dice, hasta allí se lo devolvían. [risas] y nadie quedaba sino que*

[M]: *[interrumpe] solito*

[P]: *Día, día lo teníamos que ir a ver temprano*

[M]: *¿Y usted tiene dificultad para viajar?*

[P]: *Sí.*

[M]: *¿Cuál sería la dificultad?*

[P]: *La economía*

[M]: *¡ah! el dinero*

[P]: *Sí*

[M]: *No hay*

[P]: [Risas]

[M]: *Muchas gracias. Estas son las preguntas, no fueron tan difíciles, pero sí se los agradecemos bastante por sus respuestas.*

11.5.8 Grupo Focal 8 (GF-8)

[M]: moderadora [P]: participante

[M]: *Yo trabajo en este tema, por eso vamos a hacer algunas preguntas que, en la medida que podamos, todas podamos participar sobre esas preguntas. Buenas tardes. Pasen adelante. Bienvenidas, muchas gracias por participar esta tarde con nosotros. Como les decía yo soy Rossana, soy médica, trabajo en la capital y apoyo a Mafer en su estudio de tesis para que ella ya, se gradué también de médica y es el apoyo que nos damos entre mujeres. Pues esta tarde queremos platicar con ustedes sobre el tema de planificación familiar y vamos a hacer algunas preguntas con las cuales yo quisiera que todas pudieran participar y comentar respecto a cada una de las preguntas que vamos a ir haciendo. Lo que se comparta hoy aquí, lo que platiemos, solamente aquí se va a quedar. Esto sólo va a salir para el estudio sin ningún nombre ni nada, así que podemos sentirnos con la confianza de hablar, no vamos a necesitar ni sus nombres ni nada para que pueda eso aparecer después. No, es confidencial y lo que vamos a hablar aquí se va a quedar entre nosotras, es sólo para ahondar en algunas necesidades y que podamos dar algunas recomendaciones para que se mejoren algunos de los servicios de planificación familiar. Entonces vamos a ir empezando, Mafer va a estar también tomando notas y vamos a empezar con la primera pregunta. Y por favor, aquí si quisiera que todas en la medida de sus posibilidades me pudiera ir dando su respuesta individual. Si yo les dijera a ustedes si han ustedes oído hablar de planificación familiar ¿Han oído hablar de planificación familiar?*

[P]: *Sí*

[M]: Han oído hablar de planificación familiar. Muy bien. ¿Qué es lo que han escuchado de planificación familiar? ¿Para qué sirve la planificación familiar? ¿Quién quiere empezar? Me pueden ir levantando la mano, ¿Qué es lo que han escuchado?

[P]: Para espaciar los embarazos.

[M]: Para espaciar los embarazos. Muy bien muchas gracias ¿Para qué más? ¿Para qué nos sirve la planificación familiar? ¿Quién más quiere opinar?

[P]: Para que los niños no vengan a sufrir pues a como está la vida ahora tan caro pues pienso que como ahora con el tiempo como está de todo tan caro no les puede dar uno todo lo que necesitan.

[M]: Entonces la planificación familiar le ayuda.

[P]: [Risas] Sí ayuda

[M]: ¿Ayuda?

[P]: A no tener tantos hijos

[M]: A no tener tantos hijos, muy bien, pero también como decía la compañera a no tenerlos tan seguidos y tenerlos espaciados

[P]: Si pues, ajá. Si porque al tener uno ya bastantes hijos no los puede cuidar a todos y lo que ellos necesitan. En cambio teniendo ya uno o dos puede darles lo que necesitan.

[M]: Y ¿Qué es lo que necesita un niño y que, en determinado momento cuando son muchos, no les podemos dar?

[P]: Atención. Alimentos

[M]: Desde la atención verdad, porque cuando son muchos más de alguno se descuida. ¿Qué otra cosa?

[P]: Sus calzados, vestidos

[M]: Calzado, vestido. ¿Qué más?

[P]: La alimentación.

[M]: La alimentación que es muy importante verdad. Tampoco no los podemos alimentar tan bien si son muchos.

[P]: El estudio.

[M]: También el estudio. Para eso también nos sirve la planificación familiar verdad, entonces para que podamos tener más estudio. ¿Qué más, para qué otra cosa han visto ustedes que nos puede servir la planificación familiar?

[P]: Para que no nos arruinemos. Con muchos hijos nos arruinamos

[M]: Exactamente

[P]: Hay que cuidar la salud.

[M]: La salud de las mujeres. También sirve para mejorar la salud de las mujeres. Y ¿Cómo es que nos ayuda a cuidarnos entonces la planificación familiar? ¿Cómo nos ayuda a las mujeres para vernos más bonitas?

[P]: No tener muchas familias.

[M]: Al no tener muchas familias. Será que tenemos más tiempo para nosotras. ¿Qué piensan?

[P]: (Risas) Para los demás.

[M]: También. Tenemos más tiempo para los demás hijos pero también tenemos más tiempo para nosotras. Cuando planificamos ¿Qué otras cosas podemos hacer? ¿Para qué nos sirve entonces también, para poder hacer otras cosas; cómo que cosas podemos hacer también las mujeres cuando ya no tenemos muchos hijos?

[P]: Trabajar, poder salir a trabajar

[M]: Poder salir a trabajar verdad. Ya no tenemos muchas responsabilidades también en la casa. ¿A qué otras cosas nos ayuda entonces también la planificación familiar? O sea nos sirve para poder agenciar entonces cuando trabajamos, ¿Qué nos pasa, qué nos dan a cambio de ese trabajo?

[P]: Para evitar muchas enfermedades.

[M]: También. Para prevenir enfermedades. [interrupción] Para prevenir enfermedades porque la planificación también nos sirve como nos podemos cuidar mejor, verdad, para no enfermarnos. ¡Mjm! Muy bien. Pero entonces cuando ya no tenemos muchos hijos, cuando ya podemos cuidar más de nosotras, cuando ya podemos trabajar. Eso ¿Qué nos representa, a cambio de nuestro trabajo qué nos dan? [silencio] ¿Qué nos dan cada mes cuando trabajamos? [silencio] A ver, ¿Qué nos dan cada mes cuando trabajamos?

[P]: Dinero [risas] Un sueldo

[M]: Dinero. Un salario verdad. Entonces también para eso nos sirve, porque también podemos agenciarnos de unos centavitos más. Entonces si ven, hay muchas cosas con las que la planificación familiar nos ayuda: como dijimos para la salud, para espaciar los embarazos, para mejorar también nuestro estado físico, para vernos mejor más bonitas, para tener espacio para poder trabajar y también eso nos ayuda a generar algunos centavos extras. Muy bien si tuviéramos la oportunidad de planificar ¿Ustedes estarían dispuestas a planificar o creen que las mujeres verdaderamente no quisiéramos planificar? ¿Qué creen? ¿Será que las mujeres si queremos planificar?

[P]: Sí.

[M]: ¿Si? ¿Creen que hay algunas mujeres que no quieren planificar? A ver, entonces a ver ¿Por qué quiere planificar una mujer? ¿Por qué si y por qué no? ¿Por qué si? [silencio] Un poco por lo que ya dijimos, pero ¿Qué es eso? Si una de ustedes me tuviera que decir porque si usted quisiera planificar ¿Qué sería lo más importante para ustedes? A ver, piensen. ¿Por qué usted si querría planificar? ¿Quién quiere compartir? ¿Qué nos diría usted?

[P]: [risas]Yo jamás planifique, y así como decimos con mi esposo nunca aprobamos un condón, nunca probamos pastilla ni inyecciones, nada. Gracias a Dios ahí están mis hijos, son 10 hijos que tuve y ahí están. Yo con el ultimo hijo que tuve yo mire, todos en la casa han nacido mis hijos, con el ultimo es con el hospital y ahí los doctores regañaban porque tantos hijos, pero gracias a Dios, Dios nos ha regalado esos hijos, están sanos todos, crecieron, graduado y así están. Y los doctores nos obligaron, nos obligaban para operarnos de una vez para no tener más hijos; pero mi esposo dijo que no, que Dios sabe por qué cuando nosotros llegamos al hospital decía él. Si Dios dice que ese es el último gracias a Dios y si no tal vez ya sólo uno vamos a tener o si nos regala otro pues gracias a Dios y si no, no decía él, pero no te vas a operar, Dios sabe por qué venimos aquí con los 9 en la casa Dios sabe decía él, y así no me operé ni nada, no quiso; los doctores me dijeron que hay que operarlo, si su esposo no quiere sólo usted diga le vamos a operar pero es que yo, o sea nosotros hemos visto

pues muchos ejemplos, tuve un hermano que él se operó su esposa y le dijo a mi mamá que fue lo que pasó cuando mi hermano, que ella se operó se divorciaron, mi hermano que ella era infiel ahora tiene 3 niños mi hermano entonces ese es el ejemplo que hemos visto, muchos ejemplos que hemos visto pues para planificar y muchas enfermedades raras. Yo me recuerdo bien cuando fui a la capital a vender pollito cuando una señora que estaba de silla de rueda y sólo una su hijita de 12 años estaba vendiendo y yo le dije a la señora: y usted ¿qué tiene? Le dije. 'Ah yo tengo cáncer' por eso usted yo le digo dijo, no se va a poner inyección, no se va a planificar me dijo, porque yo con el segundo hombre estoy y él ya no quiso que yo tener más hijos que ya tiene 5 él ya no quiso que yo tuve más, tuve... sólo uno más, que sólo ella que es la hija que tengo y así me inyecté tanto tiempo y la hora de la hora me estoy poniendo todo y tengo cáncer por las inyecciones que yo tanto tiempo use, inyecciones. Entonces por eso usted dele gracias a Dios que Dios le regala a tus hijos, que se quedan tus hijos, los hijos es la bendición de la mesa me decía la señora. Gracias le dije, 2 niños tengo yo cuando ella me dijo así. Y le conté a mi esposo que así estaba la señora allá y eso es cierto me dijo, entonces sólo esperemos en la voluntad de Dios cuantos hijos nos va a regalar. Y así, ahí están mis hijos y ahora ya no tengo nada, tiene 6 años mi nene. Se puede también no planificarlo sólo es de cuidarle uno; también recibimos una charla en la parroquia, esa charla la recibimos porque yo sólo año medio de distancia de mis 3 niños. Después un sacerdote nos mandó para recibir esa charla y nos dijeron esa charla como hacer [interrumpida] y gracias a Dios nos ayudó también porque ya después 4 o 3 años distancia mis hijos. Si nos ayudó de esa charla entonces por eso, este es de los métodos que es natural.

[M]: Sí y lo que sucede es que sí es planificación familiar y hay tantos métodos de un tipo como de otro tipo.

[P]: Sí

[M]: Verdad. Entonces, pero siempre digamos, hay una planificación familiar también en eso, verdad. Para saber el espaciamiento entre los niños.

[P]: Si pues

[M]: Y porque precisamente hay algunas personas que usan métodos naturales y métodos modernos, porque hay para varios [interrupción] hay para las necesidades de cada mujer, no todas las mujeres podemos usar todos los métodos, pero para algunas mujeres podemos usar los métodos naturales y para otras mujeres podemos utilizar y nos funcionan muy bien, los métodos modernos verdad. También me imagino que ustedes han oído que la planificación familiar muchas veces dice que puede ocasionar cáncer y que puede ocasionar otros problemas. ¿Lo han oído?

[P]: Si

[M]: Lo han oído. Eso precisamente ya está demostrado que los métodos de planificación familiar no provocan cáncer, el cáncer lo podemos padecer cualquier mujer aunque nunca hayamos planificado. Digamos está el cáncer de las mamas que es muy frecuente, o el cáncer de la matriz. El cáncer de la matriz es un cáncer que se provoca por un virus que es el virus del papiloma humano, por eso es importante hacerse el Papanicolaou, porque sólo a través del Papanicolaou uno puede detectar si tiene ese virus y si eso le puede provocar cáncer. Entonces por eso es importante saber que una cosa es el cáncer y otra cosa son los métodos de planificación familiar, no provoca cáncer los métodos de planificación familiar pero si nosotros debemos hacernos nuestros chequeos, porque cualquiera de nosotros podemos pasar a tener un cáncer de matriz y no darnos cuenta si no nos realizamos un Papanicolaou. ¿Quiénes se han realizado su Papanicolaou de aquí? Si, 3 muy bien. Todas nos tenemos que realizar, al menos cada 3 años, nuestro Papanicolaou, verdad. Entonces, ya vimos que podemos planificar entonces de una manera con métodos naturales y con métodos modernos, muy bien. Cuando planificamos ¿Ustedes planificarían en determinado momento porque quieren eh [pausa] qué es lo que quieren? ¿Qué es lo que ustedes la planificación familiar como ya hemos visto, les puede ayudar? ¿Para qué es lo que para ustedes en determinado momento pensarían que les puede ayudar en su vida a ustedes la planificación familiar? ¿Por qué en determinado momento ustedes pensarían en planificar ya sea con método modernos o con método tradicional, ¿por qué? Si ustedes tuvieran que ir al centro de salud y tomar la

decisión de empezar a planificar ¿Por qué lo harían? Porque les gustaría tener los niños más seguidos, más separados. ¿Qué esperarían? Quisieran seguir estudiando...

[P]: Para no tener los niños tan seguidos.

[M]: Para no tener los niños tan seguidos. ¿Por qué otra cosa?

[P]: Para darle, para... porque si uno tiene muchos hijos... Si uno sólo tiene uno le puede dar lo que necesita; pero si uno tiene bastantes, no puede darle lo que necesita

[M]: Muy bien, gracias. ¿Alguien más? ¿Por qué planificarían? [silencio] Según la planificación familiar y según la religión que ustedes practican, esto ¿les afecta para planificar? O ¿creen que no les afecta si ustedes están yendo a alguna iglesia? ¿les hablan en las iglesias de esto?

[P]: sí

[M]: ¿Qué es lo que les dicen? ¡En confianza!

[P]: [risas]

[M]: ¿les recomiendan? ¿no les recomiendan? ¿Qué es lo que les dicen?

[P]: Pues no recomiendan, para planificar así con los métodos anticonceptivos. Recomiendan pues, llevar el método natural, ese es el que se recomienda normalmente cuando las parejas contraen matrimonio. Entonces se les platica de esto, entonces para que igual puedan ellos, este, espaciar los embarazos pero con método natural.

[M]: Entonces sí les hablan de la planificación familiar

[P]: sí

[P]: con el método natural, como nos dicen en la Iglesia, nosotros eh... Supongamos si hoy me vino la menstruación, a los quince días se le baja un flujo, entonces esos flujos, a veces caen sólo siete gotas a cada persona o a veces, supongamos a mí pues, cuando me bajaba la menstruación cómo me dolía, entonces esa era la seña que yo no tenía relaciones con mi esposo; son tres noches y tres días, eso es lo que nos decía. O sea, la charla que nos dieron a nosotros en la parroquia es, entonces si la mujer se le cae solo siete gotas al día, no, no, entonces decía que lleva un su tiempo. Supongamos le bajó hoy, ya

empieza a contar doce días, tener relaciones día y noche con su esposo no va a quedar embarazada.

[P]: *[risas]*

[M]: *o sea que también a través de esas charlas a ustedes les informaban de su cuerpo, cuándo su cuerpo está preparado para no quedar embarazada*

[P]: *sí nos funcionó, sí nos ha funcionado, lleva tres y cuatro años sus distancias de los hijos porque yo no hubiera recibido esa charla y sólo año y medio y año y diez meses sus distancias de los hijos. Pero cuando nos dieron estas charlas, hasta allí llegó tres y cuatro año sus distancias.*

[M]: *Entonces a ustedes les dieron más oportunidad al poder conocerse a través de esta charla y saber cuándo podían y cuándo no.*

[P]: *sí*

[M]: *y eso precisamente les ayudó también para poder espaciar el número de hijos*

[P]: *¡ajá!*

[M]: *Muy bien. Y entonces ¿esa charla se la dan a todas las parejas que se van a casar?*

[P]: *sí*

[M]: *y ¿lo hacen en todas las religiones?*

[P]: *la verdad, nosotros en nuestra religión sí*

[M]: *En la religión Católica sí*

[P]: *Todas las parejas se les dan a conocer estas charlas ya sean unidos o jóvenes van al matrimonio, se les habla de eso*

[M]: *¡mmm ya! De la planificación familiar*

[P]: *sí*

[M]: *antes de casarse para que sepan*

[P]: *sí*

[M]: *o sea que ustedes dirían que sí está permitida la planificación familiar con método natural dentro de la religión*

[P]: *sí*

[M]: *¡mjm! ¡ya! ¿Su esposo estaría de acuerdo en que planificaran en determinado momento su familiar? Ya sea con método familiar o con método moderno ¿creen*

que sus esposos estarían de acuerdo? ¿O creen que algunas mujeres sus esposos no las apoyan para que planifique? ¿Qué es lo que han escuchados ustedes de otras mujeres? [silencio] ¿Será que algunas mujeres planifican a escondidas? [silencio] ¿Qué creen? ¿Qué han visto ustedes? ¿Será que los maridos a todas, a todas las dejan planificar o hay maridos que no?

[P]: *tienen que estar de acuerdo los dos... de ahí vienen los problemas*

[M]: *o sea que lo mejor es que estén de acuerdo los dos, que discutan*

[P]: *sí*

[M]: *¡Ajá! ¿Pero creen que hay algunos maridos que no dejan planificar a sus mujeres?*

[P]: *sí hay*

[P]: *sí*

[P]: *hay algunos*

[M]: *hay algunos*

[P]: *todos [risas]*

[M]: *¿la mayoría no dejan?*

[P]: *antes, ahora ya no*

[M]: *¿Qué les hacen o qué les dicen? ¿Por qué creen ustedes que no las dejan planificar?*

[P]: *Así como dijo M. que tiene cáncer, pulmón, pero como a veces también, no nos vamos a ir a chequear, por eso es que viene la enfermedad.*

[M]: *Porque hay muchas creencias*

[P]: *Y ahora no sé por qué es que le da dolor de cabeza o náusea a las personas que...*

[M]: *¿Qué planifican?*

[P]: *Sí*

[M]: *Algunas mujeres al principio, cuando empiezan a planificar, algunas, sí les pueden dar malestares como dolor de cabeza, náusea o un poco de mareos pero eso mientras el cuerpo se empieza a adaptar a la planificación moderna, a las pastillas o a las inyecciones. Media vez pasa esa etapa de equilibrio, ya después se quitan los dolores.*

[P]: yo tengo una sobrina que así planifica, dice que, que si ella ya estaba embarazada cuando se fue a poner las inyecciones y después cuando nació su bebé estaba enfermo.

[M]: allí no. Si ella estaba embarazada, no pasa nada porque el asunto es, que los métodos de planificación familiar, no son abortivos. Porque es más, algunas mujeres quedan embarazadas aun tomando, o cuando se les coloca una T de cobre, algunas mujeres pueden quedar incluso embarazadas. Por eso ya se ha determinado que no son abortivos. Pero volviendo un poquito ¿por qué creen ustedes que algunos esposos no están de acuerdo en que sus mujeres planifiquen? ¿Qué es lo que han oído? ¿Qué es lo que piensan? Aparte de que les puede causar enfermedades ¿qué otra cosa?

[P]: Yo creo que, así como mi esposo, pues, él no quiso planificar así con los métodos, porque así como dijo ' si te vas a enfermar, yo tengo que buscar dinero, yo tengo que buscar entonces yo para eso sí no'

[M]: porque él creía que se podían enfermar. ¿Y por qué otra cosa? ¿Qué otra cosa han escuchado que creen los hombres que puede ocasionar la planificación familiar?

[P]: yo sólo he escuchado que dicen que no quieren porque uno les puede ser infiel y quedar embarazada de otro hombre. Eso es lo que he escuchado yo [risas].

[M]: O sea que los hombres creen que si la mujer planifica, le va a quemar el rancho

[P]: [risas] ajá, es lo que he escuchado.

[M]: y ¿por qué creen que ellos piensan eso?

[P]: yo, porque la mayoría así dicen, yo sólo he escuchado que así dicen. Porque después dicen que quieren serles infieles, estar con otras personas porque obviamente no les va a pasar nada.

[M]: ¿Qué otra cosa han escuchado ustedes? [pausa] Entonces ¿prefieren que no planifiquen? Y que estén embarazadas

[P]: [risas]

[M]: Bueno, ¿qué otra cosa han escuchado que piensan los hombres y por eso no dejan planificar? [pausa] ¿Hay otra cosa? [pausa] ¿Ustedes creen que hay otras

personas aparte del esposo que pueden decidir para que la mujer no planifique? ¿Habrán otras personas aparte de...? Digamos que yo sea una mujer de la comunidad y yo quiera planificar, aparte de mi esposo ¿hay otra persona que crean que se pueda oponer también a que yo planifique? Y ¿quién podría ser? ¿Quién más de la familia también se podría oponer a que uno no planificara?

[P]: *la suegra*

[M]: *¡la suegra! ¿Qué pasa con las suegras? ¿Por qué creen ustedes? ¿Hay alguna que conozca alguna historia donde la suegra es la que no ha querido que la mujer planifique?*

[P]: *Creo que la suegra de parte del marido*

[M]: *¿la mamá del marido?*

[P]: *¡ajá! Entonces la señora no quiere por la misma razón que si la nuera llegó es para tener todos los hijos que quiera, ¡y cuidado si va a usar cualquier método o espaciando los embarazos! Porque si ella llegó fue para tener hijos. Entonces por lo regular, la mayoría de problemas que pueden haber, a veces es la suegra de parte del marido. Es un poquito raro cuando la mamá de la mamá, digamos apoya a la hija, porque digamos como madres, no queremos que nuestras hijas sufran. Pero si es la mamá del muchacho, entonces tal vez no le interesa que la nuera sufra o no ¡verdad! Pues eso según las versiones que a mí me han comentado. Y la mayoría es así. Y con respecto a la duda que tiene Doña M. por las inyecciones que provocan dolor de cabeza, náusea y, o mareos, esto viene porque la razón pues, que las inyecciones paralizan las hormonas que producen la menstruación y que madura los óvulos de manera que esta inyección lo que hace en el cuerpo es que falsifica un embarazo y por eso se ausenta la menstruación y totalmente como que si estuviera embarazada, por eso que da dolor de cabeza. Cuando uno está embarazada, le duele la cabeza, mareos, sin ganas de comer, y hasta incluso también le quita el apetito sexual. Entonces por la misma razón es que es la duda de ella, que tiene dolor de cabeza mareo y todo. Y al respecto al impedimento del niño, no tiene nada que ver porque yo conozco tres señoras quienes se están inyectando en el Puesto de Salud: dos allá en Chimazat y una en Balanyá. Se estaban inyectando y resultaron embarazadas. Una, tienen que investigar por qué,*

dicen 'yo estaba planificando pero resulté embarazada'. Una dijo que, que 'no encontré la medicina' y luego después de allí que 'hasta los quince días me la fui a poner,' mientras ella resultó embarazada. La otra dice 'es que yo ya no quiero tener más porque mi marido no me deja planificar entonces yo a escondidas me la fui a poner y no sabía que tenía que ver la menstruación y yo le dije que si pero ya la había visto veinte días antes. Me puso la inyección, entonces yo tuve... no acepté la medicina porque pensé que la medicina me sirve, tal vez está vencida o no me la pusieron bien, pero yo tuve la culpa porque después la doctora me explicó 'si usted ha visto la menstruación y cuántos días después se puede poner la inyección' ella me dijo 'de cuatro a cinco días. Yo ya me había pasado veinte días. Entonces yo, prácticamente en ese tiempo ya estaba embarazada y me puse la inyección y ahora que va a pasar con mi bebé. Durante los nueve meses, yo con un miedo. Luego después me dijeron que la inyección no provoca ningún impedimento al niño. Al contrario, más listo puede ser.' Y cabal, las tres señoras, dos tuvieron varones y la otra, tuvo mujercita. Entonces yo le decía que por lo que yo sé, 'esto no va a ser ningún problema, va a ver que su niño va a ser el más inteligente de todos' y cabal ellos ya están estudiando y son más aplicados que los demás. Entonces porque la medicina es de nuestra misma hormona y por eso es que hay manera de poner la inyección, porque éstas son hormonas de nuestro mismo cuerpo. Entonces, con la acumulación de hormonas, provoca pues, a que paralice la menstruación, la hormona. ¡Mjm!

[M]: ¡Mjm! Entonces podemos decir que la mayoría de esposos, aquí en la comunidad, no les gusta que las mujeres planifiquen.

[P]: Sí, hay varias razones. Una por machistas y el otro, porque creen que le va a provocar problemas a la mujer pero no. Prácticamente, aquí la que no se está inyectando, igual está enferma. Igual aquella que no está planificando y no está utilizando nada, pero de repente murió por cáncer. ¿Por qué? Porque como dijo doña M. dijo que como no se chequea. Siempre debemos de chequearnos, cada año el Papanicolaou, como nos dicen pues, que tenemos que hacernos el Papanicolaou, o hacer por lo menos exámenes de laboratorio para que estemos sanas ¡Verdad! Entonces, creo que la planificación familiar, es buenísima. Utilizar

algún método, me imagino que sí, porque si no ¡imagínese cuántas mujeres ya se hubieran muerto! No sabemos cuántas en la comunidad, no sabemos cuántas están planificando, cuántas están espaciando los embarazos, porque eso también es secreto.

[M]: *Es secreto porque algunas mujeres, a veces lo tienen que hacer también en secreto, porque sabemos que entonces, el esposo no las deja.*

[P]: *¡Así es!*

[M]: *Y entoncessobre quiénes influyen más, podríamos mencionar ¿ a las suegras, pero son las suegras de parte de, digamos, la mamá del esposo. Pero las suegras, de parte de la hija, o sea, la mamá de la hija, por lo regular si apoya?*

[P]: *sí es cierto*

[M]: *Pero la mamá de la señora es la que más apoya, para que ella en determinado momento, pueda planificar. Muy bien, ¿Alguien les habló en algún momento de planificación familiar?*

[P]: *sí*

[M]: *¿Quién les ha hablado de planificación familiar?*

[P]: *los médicos del Puesto de Salud, en el Centro de Salud, en los Hospitales.*

[M]: *¿Qué otro lado les han hablado de planificación familiar? O que ustedes hayan escuchado. Bueno, ya nos dijeron que también en los cursos pre matrimoniales, también en la iglesia. ¿En dónde más les han hablado de planificación familiar?*

[P]: *En las iglesias, como dijo doña M, que llevan la planificación natural*

[M]: *que a algunas mujeres les resulta, no a todas, pero que a las mujeres que miran su menstruación puntual, le funciona el método natural. Pero a las que no ven su menstruación puntual, no les puede funcionar muchas veces. ¿A alguien en la escuela o en alguna charla de padres de familia les han hablado de planificación familiar?*

[P]: *sí*

[M]: *¿en la escuela?*

[P]: *sí*

[M]: *¿en las reuniones de padres de familia nunca les hablaron de planificación familiar?*

[P]: *no*

[M]: *¿no?*

[P]: *no*

[M]: *allí no. ¿Alguna vez, de las mujeres que han escuchado ustedes que planifican, han tenido alguna dificultad para planificar?*

[P]: *lo que sí es el dolor de cabeza que da*

[M]: *si ha sentido el dolor de cabeza. ¡Ajá! Ese es uno de los síntomas más frecuentes. ¿Qué otra cosa?*

[P]: *yo si he escuchado decir que unas que se engordan, otras que se adelgazan [risas]*

[M]: *Algunas se engordan, algunas se ponen más delgadas. ¡ajá! Algunas han engordado. Pero han tenido, digamos ¿ustedes creen que algunas mujeres cuando no han encontrado, digamos, el método en el Puesto de Salud, lo pueden comprar en las farmacias? ¿creen que algunas mujeres de aquí de la comunidad lo comprarían en la farmacia o no?*

[P]: *sí*

[M]: *sí lo comprarían. O sea, si pueden pensar, digamos, ¿sacar un recurso económico para comprar un método de planificación? [pausa] Cuando han asistido a un servicio de salud ¿cómo les ha parecido la atención, cuando ustedes han ido por planificación familiar en el servicio de salud? ¿Cómo les ha parecido el servicio que les ha brindado ese personal del Centro de Salud? [Pausa] ¿Les ha parecido bueno, malo? ¿Las han atendido bien? ¿Cómo las han atendido? ¿Cómo les ha parecido ese servicio?*

[P]: *Todo bien seño*

[M]: *¿Sí?*

[P]: *Todo bien. Allí en el Puesto de Salud me inyectaron y en la inyección me fue todo bien. Y así me dio apetito, y así me engordé. Todo bien me salió. Y así me atendieron bien, los días que yo me puse la inyección, me dieron vitaminas, me*

dieron esos 'complejo B' pero cuando ya no mandaron el Gobierno, ya no me inyectaron mis vitaminas, ya solo mi inyección.

[M]: ¿Alguien que no tenga igual opinión? ¿Alguien que sea diferente? ¿Alguien a quién no la hayan atendido bien? ¿En qué consistió que no la atendieron así? [pausa] ¿A todas les ha parecido bien el servicio? [pausa] ¿Las han atendido por planificación familiar a la hora que lleguen o tiene horario? ¿Cómo ha sido? ¿Cuándo llegan las atienden para planificar? ¿O les dan un horario que a esa hora tienen que llegar y por eso no las atienden?

[P]: Bueno, aquí he ido a cualquier hora, pero el día que no hubo inyecciones para planificar, me fui allá en Patzicía, pero con horario.

[M]: y ¿le explicaron qué horario es el que tenían para planificar?

[P]: las dos de la tarde

[M]: ¿Y se quedó? ¿o no se pudo quedar?

[P]: me quedé

[M]: pero ¿eso le conllevó toda la mañana estar en el Centro de Salud?

[P]: ¡Mjm!

[M]: ¿Qué otra dificultad han encontrado ustedes en los servicios de salud aparte del horario? ¿Les queda cerca o lejos el servicio para planificar a ustedes?

[P]: Cerca

[M]: ¡Cerca! ¿A la mayoría les queda cerca el servicio de salud?

[P]: Sí

[M]: Cuando ustedes han llegado al servicio de salud ¿Les han explicado todo los métodos de planificación familiar? ¿Les han hablado de todos? ¿O sólo les hablado de uno?

[P]: de todos nos hablaron.

[M]: ¿Pero sí les hablaron de todos los métodos? [Pausa] y en determinado momento ¿Ustedes creen que esa información si le ayuda a la mujer a decidir qué método quiere?

[P]: sí

[P]: sí

[P]: *Sí, porque sí dan la información de todos los métodos, entonces la madre tiene elección a elegir 'si yo quiero tomar pastillas y cómo tomar'. Entonces si hay buena información, sí.*

[P]: *pero la pastilla, mucho se olvida uno de tomarla, está más buena la inyección, pero a mí me hizo daño porque mi fuerza se me terminó y el dolor de cabeza que me dio, mejor ya no me planifiqué. Cuando sentí me quedé esperando con mi nene*

[M]: *sí pero digamos, al final la decisión del método de planificar ¿de quién fue? ¿De ustedes o de la enfermera?*

[P]: *de nosotras*

[M]: *o sea, ustedes sienten que sí, ustedes tomaron la decisión de planificar. Muy bien. Algunas cosas que a ustedes les gustaría mejorar en el servicio de salud en cuanto lo de la planificación familiar ¿Hay algunas veces que hayan llegado y no hay el método?*

[P]: *Eso sería bueno, sería uno de los mejoramientos debe de haber y que es urgente que haya porque familias de escasos recursos que no pueden comprarla, entonces sí es necesario que los Puestos y Centros de Salud se abastezcan de los productos.*

[P]: *Pero hay en Patzicía para que uno no compre*

[P]: *A veces no*

[P]: *yo porque una vez me ofrecieron pero no tenía marido, entonces nada [risas] ya no me pusieron nada.*

[M]: *¿Alguien que no haya encontrado métodos? ¿Alguna vez te ha pasado que has llegado al servicio y no ha estado el método que tú hayas elegido? Y ¿qué han hecho en ese caso?*

[P]: *Me mandan para Patzicía.*

[M]: *Te mandan a otro servicio.*

[P]: *sí*

[M]: *Pero eso te repercute en más gasto*

[P]: *sí*

[M]: *que tu servicio que te queda más cerca de tu comunidad*

[P]: sí

[M]: Bueno. Qué otra cosa les gustaría, digamos, aparte de un horario porque entiendo que si hay un horario y que ustedes lleguen en la mañana y sólo se dé en la tarde, a ustedes les hacen esperar toda la mañana para poderles dar el método ¿Qué otra cosa tal vez les gustaría mejorar en el servicio de planificación familiar?

[P]: El tubito que es para meterlo aquí en la vena está bueno. Yo sólo lo he visto en algunas mujeres [risas]

[M]: ¡ah! Los implantes.

[P]: sí , por aquí en el güipil lo ponen

[M]: El Jadelle. ¿En el brazo?

[P]: ¡Sí! Pero ella está bien gorda [risas] Gorda cuando la miro. A mí si no me cayó nada bien, la inyección me arruinó. Toda me arruiné mejor.

[M]: Bueno ¿hay alguna otra pregunta que ustedes quisieran hacer sobre el tema que estamos viendo? ¿Alguna otra cosa? Porque si no, yo solo quisiera regresar a la primera pregunta porque ahorita ya vinieron más señoras y tal vez solo quisiera ver con ustedes la primera pregunta que dice ¿para qué nos sirve la planificación familiar? ¿Para qué nos sirve?

[P]: Para que no nos vayamos a quedar embarazadas digo yo [risas] que no tengo marido [risas]

[M]: Para no quedar embarazadas. ¿Para qué otra cosa?

[P]: ¡Saber!

[P]: Para que así lo podamos mantener a ellos. Para que así les podemos dar sus cosas a los hijos que ya tenemos. Si vamos a tener mucho ya no vamos a poder.

[M]: tener muchos hijos ya no se puede

[P]: ¡Ajá!

[P]: tenemos que darles a todos de comer

[M]: ¿Qué más ya no se les puede dar?

[P]: estudio, cosas, ropa, zapatos, alimentos

[M]: O sea que la planificación les ayuda a hacer todas esas cosas con sus hijos

[P]: Sí

[M]: *Muy bien. ¿Por qué en determinado momento ustedes planificarían? ¿Por qué planificarían?*

[P]: *Para decidir cuántos hijos quiero tener*

[P]: *Aplausos, muy bien*

[M]: *Sí, muy bien, porque es un derecho, un derecho que tenemos las mujeres de decidir el número de hijos que queremos tener. Todas las que estamos aquí, en determinado momento, ¿tuvimos los hijos que queríamos tener o queríamos tener menos?*

[P]: *Menos pero no sabíamos usar la inyección, no sabíamos nada. Porque yo no quería. Me daba susto de estar planificando pero después me dijeron mis hermanas 'mejor planificá' para no tener más hijos. Después me dijo así, está bien*

[M]: *cuando planificó...*

[P]: *cuando planifiqué, pero parece que sólo con uno me planifiqué*

[M]: *Aunque sea con el último. ¿Pero será que las mujeres verdaderamente tienen el número de hijos que quisieran tener? O ¿tienen más?*

[P]: *¡más!*

[M]: *más de los que quisieran tener verdad. La mayoría tienen más hijos de los que quisieran tener. ¿Por qué será eso?*

[P]: *Porque no les permiten planificar*

[M]: *¿Por qué otra cosa?*

[P]: *Por falta de información*

[M]: *Por falta de información. Muchas veces no tenemos la suficiente información para poder planificar y también por algo que dijo la compañera muy importante: porque la mayoría de mujeres no sabemos que tenemos el derecho a poder planificar. Tal vez, sólo en esto de lo último, que ya habíamos abordado pero, ¿ustedes piensan que su religión les puede impedir planificar?*

[P]: *Sí, pero es cuestión que uno haga caso porque en realidad Dios no me va a mantener todos los hijos, entonces puede ser que la Iglesia mía si lo impide, pero es derecho de la mujer cuántos hijos quiere tener y cuándo. Entonces nadie me va a decir. Yo decido con mi cuerpo.*

[M]: *¿tienen alguna pregunta? ¿Alguna duda? ¿Algo que quieran conversar? Bueno, si no hay ninguna pregunta, yo les agradezco, pues ya tenemos una hora de la reunión ¡muchas gracias por su participación! Ha sido muy interesante lo que hemos podido platicar.*

11.6 Transcripciones Observación No Participante

11.6.1 Observación No Participante 1

[P]: Proveedora [U]: Usuaría

[P]: *Présteme su carné de Planificación. ¿La de tres meses está planificando? Dígame doña C. ¿No ha sentido molestias con la inyección ni nada?*

[U]: *no, sólo ¿es normal que no mire mi menstruación?*

[P]: *Sí es normal que a veces no mire su menstruación, a veces no, a veces lo mira*

[U]: *¡Ah! Es normal*

[P]: *Sí*

[U]: *Eso no impide que, usted no mire su menstruación está embarazada, no. Ese no impide que, por decirle un ejemplo: este mes usted vio su regla...*

[P]: *yo cada dos meses lo miro*

[U]: *¡Ajá! No importa*

[P]: *Ese hasta los tres meses termina el efecto de la inyección. ¿Se ha sentido bien? ¿No hay ningún dolor de cabeza, mareos ni nada?*

[U]: *no*

[P]: *¡A vaya! [Pausa] Una su firma aquí por favor. ¡Cualquier cosa aquí la esperamos! Si tiene alguna duda del método. Y le toca el 28 de julio, la esperamos a su cita. Se descubre su brazo. [Colocación del método] ¡Allí estamos! Listo.*

11.6.2 Observación No Participante 2

[P]: Proveedora [U]: Usuaría

[P]: *¿Alguna molestia con el método doña A?*

[U]: *No*

[P]: *¿No? ¿Todo está bien?*

[U]: *¡Ajá!*

[P]: *¿Qué edad tiene doña A?*

[U]: *27*

[P]: *¿De qué zona viene?*

[U]: *zona 4*

[P]: *Te descubriste tu brazo.*

[P]: *¡Su brazo! Listo allí. Regáleme una su firma por el método. 28 de julio le toca otra vez su método.*

11.6.3 Observación No Participante 3

[U]: *¿Consulta de qué están atendiendo ahorita señora?*

[P]: *De embarazadas y de planificación*

[U]: *¡A ya!*

[P]: *¡Mmm! Fijese que... le tocaba el 27 de marzo*

[U]: *Sí, pero como no había, tuve que comprar*

[P]: *Pero aquí no dice que lo compró. Sólo se me trae un papelito donde dice que usted lo haya comprado, donde lo firmó la señora que se la vendió, entonces yo le puedo administrar, de lo contrario no.*

[U]: *Desde el 27 de febrero*

[P]: *¡Ajá! Sólo así sí podemos darle. Sino tiene que sacar una prueba de embarazo. Aquí tengo una prueba que la H. me dejó. ¿Tiene su número de... como se llama, su número de DPI o número de teléfono?*

[U]: *Número de teléfono sí tengo*

[P]: *¿DPI no?*

[U]: *DPI también pero no me recuerdo*

[P]: *Pero tiene que tener un su frasco donde sacar para hacer la prueba. Lo que pasa, si usted va a traer el papelito donde le inyectó la señora que sí [interrumpida]*

[U]: *No ella no me inyectó, fue pastilla*

[P]: *¡Ajá! Entonces sí, de lo contrario no*

[U]: *Y así como ahorita, estoy en mis días*

[P]: *¡Ah bueno! ¿Qué le iba a decir? ¿Qué método...? ¡Pastillas no tenemos! No hay*

[U]: *¿Entonces?*

[P]: *Tenemos la inyección del mes, de dos meses y de tres meses y preservativos.*

[U]: *Entonces deme la inyección del mes*

[P]: *¿Del mes? ¡Vaya! Con este puede ser que mire su regla o que no la mire y ese es normal. La cosa es que tiene que venir cabal a la cita, no se puede atrasar, porque si se atrasa con un [interrumpida]*

[U]: *¿Pero sí lo puedo cambiar para las pastillas después?*

[P]: *Aunque sería bueno que se quede con un método, con un solo método...*

[U]: *Sí, es que como yo sólo pastilla he usado, pero pongamos que si no quisiera las inyecciones después y viene el otro mes pastillas, ¿puedo volver otra vez a las pastillas o no?*

[P]: *Sí pero como le digo, es mejor que sea sólo, porque si va a estar un poco con las píldoras, otro poco con la inyección, puede haber un descontrol y puede quedar embarazada. ¡Ajá! Entonces ¿Sí le pongo la del mes?*

[U]: *Sí*

[P]: *¿Qué edad tiene doña H?*

[U]: *32*

[P]: *¿De qué zona?*

[U]: *2*

[P]: *Regáleme una su firma por favor. [Pausa] 28 de abril le toca nuevamente la inyección!*

[U]: *Seño y así de emergencia ¿no pueden atender?*

[P]: *¿A quién trae a emergencia?*

[U]: *A mi esposo, lo que pasa es que se le tapó el oído y ahora no oye dice*

[P]: *Vaya, esa es consulta, sería a las 8 de la mañana, mañana*

[U]: *¿Mañana?*

[P]: *sí, ahorita no. Ahora, si él viniera con mucha fiebre, diarrea, sí lo atendemos*

[U]: *a ya. No, es que sólo el oído que se le...*

[P]: *¡Ajá! Allí hay que verle y revisar. Es a las 8 de la mañana.*

[U]: *Y así como mi nene ¿Tampoco? Trae mucha tos*

[P]: *Todo es a las 8 de la mañana*

[U]: *Si venía, lo que pasa es que me dijeron allá que no están atendiendo, entonces dije yo en la tarde voy a ver mejor. Entonces por eso ya no me vine, dije yo 'si no están atendiendo, por gusto' y me regresé. Después me arrepentí de haberme regresado*

[P]: *Pero ¿fiebre no ha presentado el niño?*

[U]: *Bien, a él le da mucha fiebre en la noche*

[P]: *¿En qué brazo? [coloca método]*

[P]: *Ésta sí duele. Duele un poco bastante*

[U]: *Entonces por eso que yo dije a ver si pasan a consulta*

[P]: *no, consulta ahorita no hay, sólo es Planificación y embarazadas estamos viendo ahorita en la tarde*

[U]: *¡A ya!*

[P]: *¡ Mjm!*

11.6.4 Observación No Participante 4

[P]: Proveedora [U]: Usuaría

[P]: *Présteme su carné de Vacuna, digo de Planificación*

[U]: *Primera vez seño*

[P]: *Primera vez. ¿Cuántos días tiene?*

[U]: *Tiene un mes y quince días*

[P]: *¿Cuántos días? ¿Pero ahorita ya está viendo su menstruación?*

[U]: *Ya*

[P]: *¿Cuántos días?*

[U]: *A los 20 días que él tenía [Interrumpida]*

[P]: *Pero ahorita ¿todavía tenés?*

[U]: *Sí*

[P]: *Y ¿con qué método querés planificar? Tenemos la inyección de tres meses, dos meses y de un mes y preservativos.*

[U]: *El de tres meses*

[P]: *El de tres meses. Va, siéntese allí. [Pausa] Descubrís el brazo. Regaláme tu nombre*

[U]: S. E. J. A

[P]: ¿Cuántos años?

[U]: 27

[P]: ¿Zona 2 verdad?

[U]: Sí

[P]: ¿Cuántos hijos tiene?

[U]: 5

[P]: ¿Abortos?

[U]: Ninguno

[P]: ¿Te han operado con algún niño?

[U]: no

[P]: ¿Los 5 hijos viven?

[U]: sí

[P]: ¡Vaya en qué brazo la querés? Puede ser que con esto mires tu regla o no la mirés, es normal.[La coloca] Vaya, allí estamos pues. Podés escribir S. Entonces tenés que venir los días que te toca. Entonces tenés que venir el 28 de julio. Tenés que traer tu carné porque si no, no podés pasar.

11.6.5 Observación No Participante 5

[P]: Es la inyección de tres meses ¿verdad?

[U]: sí, pero no sé si tienen de dos meses

[P]: sí tenemos. Pero le inyectamos la de dos meses, pero usted ya no va a cambiar después si ya no hubiera. Usted va a tener, si ya no hay aquí, usted la tiene que comprar.

[U]: tiene que ser el de dos

[P]: sí

[U]: ¿no se puede?

[P]: mire pues, lo que pasa es de que, si usted va a estar cambiando los métodos, ya se va a, usted misma está descontrolando su cuerpo y usted puede quedar embarazada, así. Entonces usted sólo tiene que elegir un método durante 5 años. ¡Mjm! Ahí usted a ver que dice.

[U]: *lo que pasa es que la de tres meses, daña un poquito*

[P]: *vaya le ponemos la de dos meses pero ese su método va a seguir durante 5 años, no tiene que cambiar. Si no hay, usted la tiene que comprar. ¡Mjm!*

[U]: *Póngame la de tres pues*

[P]: *Va. Regáleme una su firma aquí mire.*

[U]: *Gracias*

[P]: *¿Qué edad tiene doña M?*

[U]: *36 o 37*

[P]: *¿De qué zona viene?*

[U]: *Canoa*

[P]: *[Silencio] 28 de junio le toca [Coloca método] Servida.*

11.6.6 Observación No Participante 6

[P]1: *Proveedora 1* [P]2: *Proveedora 2* [U]: *usuaria*

[P]: *pase a delante*

[U]: *Gracias*

[P]1: *¿Ella es consulta?*

[P]2: *no, es planificación. Pero ¿ahorita tenés tu regla?*

[U]: *¿Cómo así?*

[P]2: *¿Tenés tu regla ahorita?*

[U]: *no*

[P]2: *¿Cuándo te baja?*

[U]: *hasta el 20 de este mes*

[P]2: *entonces dice el doctor que hay que esperar que venga porque si no, ahorita no tenés tu regla dice que cuesta para colocar [T de cobre], lo rechaza la T dice, entonces es mejor cuando estés menstruando.*

[P]1: *si pues, el segundo día de menstruación usted se viene*

[U]: *¡Ah! Segundo día entonces*

[P]1: *segundo día usted se viene y le ponen el método que usted quiere*

[U]: *¡A gracias! A ¿no se puede entonces sólo así?*

[P]1: *no, sólo así no*

[P]2: *no porque ahorita le pregunté*

[U]: *Sí, porque la vez pasada cuando me pusieron, no tenía*

[P]2: *¡Mjm!*

[U]: *no tenía tampoco, estaba, estaba normal*

[P]2: *si pues*

[U]: *Estaba normal y me la pusieron, entonces por eso vine hoy*

[P]2: *Si pues, no, y el doctor dice que sí tenés que tener tu regla para poderla poner. Entonces no más te baje, venís.*

[U]: *¡A vaya!*

[P]2: *Si pues*

[P]1: *así él la pone más fácil y así no se cae y la pone en su lugar; allí queda mejor*

[U]: *A gracias, entonces voy a esperar mejor*

[P]1: *Entonces venís pues, ese día*

[U]: *gracias*

11.6.7 Observación No Participante 7

[P]1: proveedora 1 [P]2: proveedora 2 [U]: usuaria

[U]: *Me tocó el 24 pero estaba cerrado*

[P]1: *¿El 24?*

[U]: *sí*

[P]2: *¿Cuándo fue el 24?*

[P]1: *el jueves*

[U]: *Yo vine el miércoles pero estaba cerrado*

[P]2: *Sí, es que estaba cerrado. ¿Es con la del mes?*

[U]: *Sí*

[P]2: *¿Ahorita no has tenido alguna molestia?*

[U]: *¡Ay bien!*

[P]2: *¿Qué?*

[U]: *el mes pasado me dio mucha náusea*

[P]2: *mucha náusea ¿la inyección?*

[U]: *sí*

[P]2: *¿Y con esa si estás viendo tu regla?*

[U]: *sí*

[P]2: *sí. Vamos a ver ¿y el 24 de febrero sí la vistes?*

[U]: *no, lo vi 16*

[P]2: *16 de febrero*

[U]: *sí*

[P]2: *¡Ah! Pero ¿sí te bajó ese mes?*

[U]: *sí*

[P]2: *¡A bueno! Pero entonces, a bueno, sólo eso es lo que te está haciendo, pero es por la inyección ¿sentís que sí es por la inyección?*

[U]: *sí porque casi no me había hecho así hasta ahora que empecé*

[P]2: *entonces ahora qué ¿Querés seguir con éste método o cambiar? Es que a veces son reacciones que da la inyección pero la cosa es que no haya sido todo el mes, que no haya sido todo el mes que así pasó, entonces sí podés seguir con esa pero usted decir si seguís con ésta o cambias.*

[U]: *Yo quisiera, creo que hay una que se le pone en el brazo dice, saber*

[P]2: *¡Ah! Ese es el Jadelle, pero ese no tenemos ahorita. Sí hubo una jornada pero ahorita no, no lo estamos colocando. Ese sólo en jornadas se lo colocan.*

[U]: *¡Ah! Ya*

[P]2: *¡Mjm! Entonces no lo colocamos. Es que ese se abre aquí ve, no lo colocamos nosotras*

[U]: *¡Ah! Entonces sigo con el del mes*

[P]2: *Con el del mes pues. Ahora, si a la próxima, venís a volver otra vez y la misma cosa pasa, entonces si ya no podés utilizar esa inyección.*

[U]: *¿Qué puedo utilizar?*

[P]2: *Podés utilizar la de dos meses, la de tres meses. ¡Mjm! En caso de que siguiera así*

[U]: *Si pues*

[P]2: *A veces sólo en el primer mes no pasa así, sólo en el segundo o tercer mes*

[U]: *¡A ya! Yo me asusté, yo pensé que resulté.*

[P]2: *Por eso hay que venir las fechas que son y como viste tu regla el 15 entonces no. ¿Ahorita ya te bajó otra vez?*

[U]: *no*

[P]2: *Porque si el 15... ¿no te ha bajado ahorita?*

[U]: *no*

[P]2: *15 de marzo ¿cuándo es tu fecha para venir?*

[U]: *ahora que fecha estamos pues*

[P]2: *hoy estamos 28*

[U]: *Entonces el 15 de marzo fue que me bajó*

[P]2: *¿15 de marzo?*

[U]: *sí*

[P]2: *¡A vaya! Entonces sí. La cosa es que si en este mes no te bajó, entonces allí si podrías estar embarazada... ya te bajó entonces*

[U]: *sí*

[P]: *el 28 de abril te toca la otra.*

[U]: *Gracias*

[P]1: *¿ya lo anotaste?*

[P]2: *ya. Pásese de este lado y se sienta acá y se descubre su brazo. [Coloca el método] Vaya, ahí estamos.*

11.6.8 Observación No Participante 8

[P]: *siéntese. ¿Cuántos años E?*

[U]: *26*

[P]: *¿De qué zona?*

[U]: *zona 3*

[P]: *¿Con qué método está planificando?*

[U]: *tres meses*

[P]: *¿Ha tenido algún problema con el método?*

[U]: *no*

[P]: *¿No? Todo bien*

[U]: *sí los síntomas que dan al principio pero normal*

[P]: *¿Pero ahorita ya no?*

[U]: *Fíjese que son 15 días los que me dan*

[P]: *¡A bueno! Cuando se le pone la inyección, 15 días después se le quita*

[U]: *después se me quita, después paso normal los 2 meses*

[P]: *¿Es con la de tres meses verdad?*

[U]: *¡Ajá!*

[P]: *Una su firma aquí por favor. [Pausa] El 28 de junio le vuelve a tocar otra vez*

[U]: *¡A bueno!*

[P]: [Coloca el método]

[U]: *Gracias señor*

11.6.9 Observación No Participante 9

[U]: *me lo puse la vez pasada y ya cuando me dijeron, estaba esperando*

[P]: *¿Con qué? ¿Con la del mes?*

[U]: *sí*

[P]: *Por eso es que no pueden atrasarse ningún día*

[U]: *O sea que con ese no me atrasé pero de repente saber que pasó y después cuando me dijeron, ya estaba esperando*

[P]: *A ya. Por eso no la habíamos visto¿Qué edad tiene doña M?*

[U]: *26*

[P]: *¿De qué zona?*

[U]: *4*

[P]: *Regáleme una su firma, disculpe doña M [Pausa]. En mayo ya vamos a tener vitaminas porque a tu nena la hacen tocan vitaminas, a la grande (...)[Coloca el método] Vaya, ahí estamos pues, 28 de junio te toca*

11.6.10 Observación No Participante 10

[P]: Proveedora [U]: Usuaría

[U]: *Sólo que fijese que hace un mes cabal yo no pude venir (...) y ya no pude venir y en eso que así quedó pero este jueves (...)*

[P]: *¡A bueno! Pero sí fue en esto días*

[U]: *sí, el jueves fue cuando está bajando*

[P]: *¿De un mes vas a seguir? ¿Con esa vas a seguir?*

[U]: *sí, con la de un mes*

[P]: *¡A vaya! ¿Cuántos años?*

[U]: *36 creo, ya no me acuerdo [risas]*

[P]: *¿De qué zona?*

[U]: *zona 3*

[P]: *el 28 de abril te toca la otra inyección. ¿No has tenido ninguna molestia con la inyección? ¿Todo bien?*

[U]: *sí todo bien gracias a Dios [Pausa] Si el año pasado me pasó igual, no pude venir y de un mes cabal y no me cuidé bastante (...)*

[P]: *sí, porque después puede resultar embarazada*

[U]: *si pues, y se hace daño a uno mismo [Pausa]*

[P]: *vaya, descúbrase su brazo pues [coloca método] [risas] ¡ahí estamos pues!*

[U]: *Gracias señor*

[P]: *entonces la próxima fecha el 28 de abril*

[U]: *Gracias señor*

11.6.11 Observación No Participante 11

[P]: Proveedora [U]: Usuaría

[U]: *ahora quiero que me inyecte*

[P]: *¡a va! ¿De cuántos meses?*

[U]: [duda]

[P]: *Tenemos de un mes, de dos meses y de tres meses*

[U]: *El de dos meses ¿No corta la leche? ¿O sí corta la leche?*

[P]: *Lo que se recomienda, como estas dando de mamar ¿verdad? Entonces sólo sería la de tres. La de un mes no podés utilizar ni la de dos meses. Sería la de tres meses.*

[U]: *¿No corta la leche?*

[P]: *no corta la leche. Eso lo que hace en algunas mujeres es ¡mmm! Da un poquito más de leche, la de tres meses. Ahora, lo que es la de uno y dos meses,*

esa si la corta. Más la de un mes; la de tres produce un poquito más de leche o normal.

[U]: *y ¿no da vómitos? ¿Nada de eso?*

[P]: *¿A quién?*

[U]: *A mí*

[P]: *No, eso es conforme va la inyección, la reacción.*

[U]: *¿Y cada mes me baja mi regla?*

[P]: *Pues no te podría decir que sí te va a bajar o no porque eso es ya el cuerpo de cada mujer. Algunas lo miran, otras no, algunas hay descontrol: lo miran cada 8 días, cada 15 días, así.*

[U]: *¡Mmm! Y si baja cada 8, cada 15 [Interrumpida]*

[P]: *Hay que venir aquí. Tenés que venir aquí para consultar porque eso ya es una reacción, ya no es normal. Ahora si dos veces al mes, digamos cada 15 días o sólo una manchita y el próximo mes ya no, o el próximo mes lo viste otra vez normal, es así. O sea, va a ver un descontrol, va a haber un descontrol en la menstruación, es normal*

[U]: *Deme el de tres meses*

[P]: *El de tres meses. ¡Vaya! Prestame un poquito la prueba de embarazo [silencio] ¿Trae su carné para pasar a consulta?*

[U]: *no, se me olvido*

[P]: *Hay que traerlo, porque ese también es requisito para colocarlo aquí ve*

[U]: *¿Y si me lo pone detrás del papelito pues?*

[P]: *Pero no sé cuál es el número*

[U]: *¿De mi tarjeta?*

[P]: *sí, para pasar a consulta*

[U]: *no*

[P]: *Igual yo no lo sé. ¿De qué zona?*

[U]: *Zona 4*

[P]: *Bueno, entonces hay que traerlo. ¿Cuántos embarazos por todo?*

[U]: *dos*

[P]: *¡Dos! Partos dos, abortos cero, cesárea no, hijos vivo 1. Te vuelve a tocar el 28 de junio.*

[U]: *28 de junio*

[P]: *sí. Entonces te voy a dar una tarjeta y esa tarjeta si no hay que olvidarla para traerla, porque si no, no se puede pasar [Pausa] 22 años me dijiste ¿verdad?*

[U]: *sí*

[P]: *Una firma aquí por favor [interrupción de la consejería] ¡Va! ¿En qué brazo? Descúbrase su brazo*

[U]: *¡Ay qué miedo!*

[P]: *¡Ahí estamos!*

11.6.12 Observación No Participante 12

[P]: Provedora [U]: Usuaría

[P]: *¿Su carné? ¡Siéntese! ¡Buenas tardes doña M! [Pausa] La inyección de tres meses ¿verdad?*

[U]: *Sí*

[P]: *[silencio] [interrumpen consejería] ¿Alguna molestia doña M?*

[U]: *No gracias*

[P]: *¿No? ¿Todo bien?*

[U]: *Sí, gracias*

[P]: *¿Qué edad tiene?*

[U]: *33 años*

[P]: *¿De qué zona?*

[U]: *2*

[P]: *Regáleme una su firma doña M [pausa] 28 de junio le toca otra vez*

[U]: *¿Junio?*

[P]: *sí, de junio. [Silencio] Gracias [coloca el método]*

[U]: *Gracias*

11.6.13 Observación No Participante 13

[P]: Proveedora [U]: Usuaría

[P]: *¿A planificar venís?*

[U]: *sí*

[P]: *Pero ¿cuántas veces has venido este año?*

[U]: *¡Mmm! ¡sólo como dos veces estuve viniendo y en farmacias*

[P]: *¿Y tú carné? Porque este no es. Este te tocaba el 14 de mayo del 2015*

[U]: *¡Eh! Fijes que no me han dado*

[P]: *¡A va! Entonces una prueba y con mucho gusto te doy el método que decidas*

[U]: *¡A ya!*

[P]: *Porque antes me tenés que presentar una prueba*

[U]: *Sí fui*

[P]: *¿Cuándo?*

[U]: *Ahorita*

[P]: *¿Dónde?*

[U]: *Aquí en la mañana pero no me la han dado*

[P]: *¡Va! Entonces hay que pedirla aquí nada más*

[U]: *¡aquí!*

[P]: *¡Exacto! Aquí al compañero que salió*

[U]: *A gracias*

[P]: *Le tocaba el 23 de marzo, hace 8 días sí [Espera a que regrese la usuaria]*

[U]: *[Regresa] Éste me la había dejado una señorita*

[P]: *¿Y hoy se la hicieron?*

[U]: *¡Ajá!*

[P]:[Pausa] *¿Con qué método vas a planificar?*

[U]: *Con el de los tres meses*

[P]: *¿Cuántos años tenés?*

[U]: *24*

[P]: *¿De qué zona?*

[U]: *2*

[P]: *¿Con la de tres meses verdad?*

[U]: ¡Mjm! [silencio] Señor, disculpe ¿y si yo quisiera cambiar el método sí se puede?

[P]: ¡hay que decirse bien hija! Porque eso de estar cambiando solamente que... bueno ahorita la primera, la primera vez puede que no vayas a menstruar, no vayas a ver tu menstruación o puede que sí. Puede haber de cabeza, un poco de náusea, puede que te vayas a engordar, a poner más delgada; es por la hormona que trae la inyección. Hay que probar unas dos o tres

[U]: ¡A ya!

[P]: Porque si no eso de cambiar y cambiar de métodos...

[U]: No, lo que pasa es que ese es el que he estado usando desde el año pasado pero lo que pasa es que a mí, las inyecciones pues, me cuestan un poco

[P]: ¿Por qué? ¿Porque te dan nervios?

[U]: Porque soy muy nerviosa. Parece que hay una de pastillas que sólo hay que tomar

[P]: sí, pero ahorita no te ofrezco pastillas, no tenemos

[U]: ¡A ya!

[P]: y los condones sería, si te dan mucho, muchos nervios ¡Mjm!

[U]: Gracias

[P]: pero es un ratito el pinchoncito, y cada tres meses

[U]: [risas]

[P]: Y con la pastilla tenés que estar bien atenta a que no se te olvide

[U]: sí

[P]: Eso es, no podés dejarla de tomar. ¿Cuántos hijos tenés?

[U]: uno

[P]: uno, ¿Abortos?

[U]: ninguno

[P]: ¿Cesáreas?

[U]: ninguna

[P]: Entonces el 29 de junio. [silenci] ¿Podés firmar?

[U]: sí

[P]: *Acá [pausa] En el brazo, cualquiera de los dos. Tranquila, respirá [coloca método]*

[U]: *Gracias muy amable, déjame abierta la puerta, disculpá.*

11.6.14 Observación No Participante 14

[P]: Proveedora [U]: Usuaría

[P]: *¡Adelante! [Toma signos vitales] Prestame tu carné ¿a planificar venís? Prestame tu carné de planificación. ¿Dónde planificabas?*

[U]: *Es la T de cobre que vengo a revisar*

[P]: *¡A! A eso venís*

[U]: *¡mjm!*

[P]: *¿Cada tres meses la cita va? [otra proveedora responde que cada 6 meses] ¿Hace cuánto tiempo te hiciste tu Papanicolaou?*

[U]: *Hace un año pero no salió de una vez el resultado*

[P]: *¿No vino?*

[U]: *No, cada vez que vino 'no está tu resultado'*

[P]: *Va, te lo voy a hacer de una vez*

[U]: *¿El Papanicolaou?*

[P]: *Sí*

[U]: *¡A gracias!*

[P]: *sí, porque voy a poner espéculo y de una vez aprovechamos. ¿Cuántos años?*

[U]: *40*

[P]: *¿De qué zona?*

[U]: *4*

[P]: *[Interrupción de la consejería] 29 de septiembre tenés que volver [prepara camilla]*

[U]: *¿Me puso la fecha?*

[P]: *Sí hija, ahí va a atrás [consejera habla con otra consejera mientras preparan camilla]*

[P]: *Bueno mujer, subámonos pues, sin ropa interior [Pausa] Más para abajo hija, más para abajo*

[U]: *¿así?*

[P]: *Sí. Abra bien sus piernitas para que sea menos doloroso [reinicia inspección]
Un poquito más para abajo hija, disculpá. Vas a sentir un poquito de molestias.
¿No duele?*

[U]: *No*

[P]: *Ahí están bien tus hilitos, oíste. Ya se puede levantar. La T de cobre está bien
¿No has sentido dolor o ardor o algo?*

[U]: *No*

[P]: *Tu Papanicolaou está en un mes*

[U]: *A gracias*

[P]: *Allí estamos hija*

11.6.15 Observación No Participante 15

[P]: Proveedora [U]: Usuaría

[P]: *Doña J, se va a tener que hacer un examen para que yo le dé su método*

[U]: *¡Seño! Fíjese, lo que yo digo, saber por qué todavía tengo pastillas*

[P]: *Porque no se las tomó*

[U]: *¡Bien!*

[P]: *23 de diciembre y son para 28 , no se las ha tomado*

[U]: *Bien, me las he tomado*

[P]: *No llega ni al mes mamita*

[U]: *Bien*

[P]: *pero se va a hacer su examen para que yo le pueda dar su, qué, ¿pastillas
está tomando?*

[U]: *sí*

[P]: *Y no hay pastillas*

[U]: *Y ayer fue mi último día de menstruación*

[P]: *Sí hija, pero como yo no miro, entonces con su examen, porque ya no debería
de tener sus pastillas [interrumpen consejería] Yo la iba a mandar a ser su examen
pero la otra señorita la salvó, pero pastillas no le ofrezco*

[U]: *¿Y ahora?*

[P]: *Sólo inyección de tres meses, del mes, condones...*

[U]: *Pero me han dicho que la inyección no está buena*

[P]: *Es que usted tiene muy alto su peso*

[U]: *Sí, por el peso y el azúcar*

[P]: *También, sólo condones hija*

[U]: *Esos no me caen bien, me dan mucha infección*

[P]: *¿Y entonces?*

[U]: *Con que me ayuda mejor*

[P]: *Sería solo condones, pero la inyección sí*

[U]: *Entonces deme condones*

[P]: *¿Condones?*

[U]: *sí*

[P]: *¿Para un mes?*

[U]: *sí pues*

[P]: *Vaya, para el mes y primero Dios el otro mes ya tenemos*

[U]: *[risas]*

[P]: *Sí, pero déjeme ver porque yo estoy ofreciendo condones y de repente ya no tengo*

[U]: *[risas] me está ofreciendo y ya no tiene [risas]*

[P]: *Sí [risas] [espera] Ahora venimos el 29 de abril, para ver si primero Dios ya hayan pastillas*

[U]: *Sí pues*

[P]: *Con las pastillas y si no, condones [Interrumpen consejería] Ahorita le doy un lapicero para que me firme [pausa] ¿Cuántos años?*

[U]: *42*

[P]: *De la zona ¿qué? ¿Uno?*

[U]: *uno*

[P]: *Ahí estamos doña J, que le vaya bien*

[U]: *a ver qué suerte tengo, gracias señor.*

11.6.16 Observación No Participante 16

[P]: Provedora [U]: Usuaría

[P]: *¿Con qué estás planificando H?*

[U]: *Con la de un mes seño*

[P]: *¿Con la de un mes?*

[U]: *¡Mjm!*

[P]: *Sentate*

[U]: *Gracias*

[P]: *¿Cuántos años tenés H?*

[U]: *18*

[P]: *¿De qué zona venís?*

[U]: *1*

[P]: *Firmame aquí mirámija*

[U]: *[firma]*

[P]: *Ahora le toca el 29 de abril*

[U]: *Gracias*

[P]: *[prepara el método] Tu brazo H [coloca el método] bueno*

11.6.17 Observación No Participante 17

[P]: Provedora [U]: Usuaría

[P]: *[Toma signos vitales] [interrumpen consejería] ¿Cuántos años tenés?*

[U]: *24*

[P]: *¿De qué zona?*

[U]: *1*

[P]: *¿Con qué está planificando?*

[U]: *Con la de 3 meses*

[P]: *Ayer le tocaba, le encargo su fecha. [Pausa] 9 de junio le toca nuevamente [prepara y coloca el método]*

[U]: *Gracias seño*

[P]: *¡Que le vaya bien!*

11.6.18 Observación No Participante 18

[P]: Provedora [U]: Usuaría

[P]: *Su carné por favor*

[U]: *Aquí está*

[P]: *22 de marzo. ¿Con qué estás planificando?*

[U]: *Con el del mes*

[P]: *Ahí sí te voy a mandar a sacar una prueba*

[U]: *ya, ya lo traje*

[P]: *¡Ah! ¿Es esta?*

[U]: *¡Ese es!*

[P]: *¡A sí! Cabal de hoy en la mañana*

[U]: *Es de hoy en la tarde. Usted me mando para mañana pero yo hablé con Señor P, de una vez me la hizo*

[P]: *¡A bueno! Estuvo bueno*

[U]: *sí señor*

[P]: *Se la hicieron de una vez*

[U]: *Sí, me la hizo de una vez la señor*

[P]: *¿Con la del mes va?*

[U]: *Sí*

[P]: *¿Cuántos años?*

[U]: *37*

[P]: *¿De qué zona?*

[U]: *Zona 1 [pausa] Señor, fíjese que la vez pasada me hice unos exámenes, ¿ya estarán?*

[P]: *¿De qué hija?*

[U]: *Papanicolaou*

[P]: *Sí, no han venido*

[U]: *no han venido, a gracias*

[P]: *[prepara el método] Tu brazo bien abajo, ahí no se puede*

[U]: *gracias*

[P]: *[Coloca el método] ahí estamos.*

[U]: *Gracias señor*

[P]: ¡Vaya!

11.6.19 Observación No Participante 19

[P]: *Pero para utilizar así como el método del collar tiene que tener que tener usted su regla, su regla normalmente. Usted tiene que tener su regla cada mes*

[U]: *Sí pues*

[P]: *Tiene que ser al día, porque si usted es irregular, usted no va a poder planificar así porque no sabe cuándo va a venir, porque el collar se utiliza conforme a los días de su menstruación*

[U]: *¡A ya!*

[P]: *porque su menstruación [Interrumpida]*

[U]: *como le conté la otra vez, creo que el mes pasado me bajó como el 23*

[P]: *¡Mjm!*

[U]: *Entonces ya casi se me va a bajar otra vez*

[P]: *Entonces sí*

[U]: *Entonces sí me puede dar mi collar*

[P]: *Va*

[U]: *Entonces digamos para la fecha esa, entonces allí ya me puedo ayudar con eso*

[P]: *Sí, ya en unos días, la otra semana*

[U]: *si pues*

[P]: *Va, esperemos pues. Eso sí, si no le baja siempre nos avisa porque este método le va a resultar pero si usted tiene sus días fijos cabales a la fecha porque si usted no tiene sus días fijos, no le va a ayudar; cuando usted vaya a ver, ya va a estar embarazada.*

[U]: *Si pues*

[P]: *¡Ajá! Entonces es por eso que le preguntaba*

[U]: *¡A ya!*

[P]: *tiene que tener sus días normales porque el requisito de este método es que usted tenga su menstruación cada mes*

[U]: *si*

[P]: ¡Mjm!

[U]: Sí, cuando estaba en mi casa así era soltera sí, era mi fecha seguro y cabal

[P]: y cabal

[U]: Sí

[P]: ¿Pero ese es el primer bebé?

[U]: El segundo

[P]: El segundo

[U]: Sí

[P]: ¿Pero cómo planificó con el primero? ¿No planificó?

[U]: No

[P]: ¿Qué edad tiene su otro bebé pues?

[U]: 19 meses

[P]: Si pues, están muy pequeños

[U]: están pequeños todavía

[P]: Entonces sí hay que planificar. Vamos a probar con éste pero con que su regla venga cada mes, cada mes nos va a resultar pero si la regla usted mira que no viene al mes, al mes, entonces háblele a su esposo antes de que usted se embarace porque...

[U]: Sí verdad

[P]: Ahí se puede embarazar otra vez, entonces cuando vayamos a ver, ya va a tener otro bebé. Entonces hay que tener cuidado porque usted está muy joven para que...

[U]: Si es cierto

[P]: tenga muchos hijos, le va a hacer daño ¡Mjm! Entonces ahorita sólo voy a ir a ver la prueba, si salió negativa, le voy a dar su método [espera] La prueba salió negativa mire, no está embarazada. Entonces le vamos a dejar su método. Eso sí, si viene su regla al mes, hasta la otra semana y si no, nos viene a avisar. Le comenta a su esposo que sí se puede utilizar este método pero tiene su regla normal y constante. ¿Su número de ficha cuál es?

[U]: Ya no me acuerdo. Es que lo tenía pegado al otro carné... creo que 397

[P]: 397, vamos a ver ahorita

[U]: *Porque no me acuerdo, eso lo traigo pegado pero en el carné del otro*

[P]: *¿Del otro nene?*

[U]: *sí*

[P]: *[busca el expediente de la usuaria] ¿Qué apellidos son?*

[U]: *E. C*

[P]: *E.C. Vamos a buscar [continúa la búsqueda] ¿Usted vino a Control [prenatal] aquí?*

[U]: *Vine aquí*

[P]: *Aquí está, 739*

[U]: *739*

[P]: *¿Cuántos años me dijo?*

[U]: *24*

[P]: *Dos embarazos ¿han sido partos normales? ¿o cesáreas o abortos?*

[U]: *sí, así normal*

[P]:[silencio] *El otro mes nos viene a comentar si sí le sirvió, si vio su menstruación. No a va subir de peso digo yo, como es natural*

[U]: *sí*

[P]: *sólo que ahorita si la voy a pesar*

[U]: *A va. ¿Con la inyección aumenta de peso uno?*

[P]: *Puede ocurrir un poco*

[U]: *Sí verdad. Hay otras que dice que no les cae bien, que bajan de peso*

[P]: *¡Ajá! Pero si no es igual*

[U]: *si verdad*

[P]: *Es el cuerpo el que decide cómo va a reaccionar*

[U]: *si verdad*

[P]: *¡Ajá! [silencio] Fiebre no tiene ¿Verdad J?*

[U]: *No*

[P]: *Bueno, la vamos a pesar [silencio] 114 [mide presión arterial] [Pausa] El otro mes viene cuando venga su menstruación*

[U]: *¡A vaya!*

[P]: *Sólo para ver si le está funcionando*

[U]: ¡Mmm ya!

[P]: ¡Mjm! Igual sólo una vez le entregamos; sólo para ver si sí le está funcionando bien o no su método. [Pausa] Vaya, aquí tiene su carnetito. ¿Ya le han enseñado a cómo utilizar éste?

[U]: será que me puede explicar otra vez, por favor

[P]: [Abre las instrucciones del método] Aquí dice que siempre va a marcar el primer día de su regla va

[U]: ¡A ya!

[P]: Entonces este collar usted siempre lo va a utilizar de esta manera [pausa] Dice, el color de las perlas, digamos es así como aquí dice, encuentra un diferente color ¿verdad?

[U]: sí

[P]: Aquí hay un cilindro negro, que sería este

[U]: ¡mmm!

[P]: Aquí, usted tiene que mover este anillo que está aquí abajo, es este cilindro

[U]: Digamos, cuando se me bajó mi menstruación, el primer día ¿Es esto?

[P]: Es ese. El rojo marca el primer día de su menstruación va, entonces mueve el anillo de la roja. Ahorita que vamos a empezar, tenemos que tener este... cuando usted empiece, la va a tener que ir marcando, pero eso sí, lo va a hacer porque si no, igual no le va a servir [continúa leyendo] Entonces esta perla roja es, como quien dice, su primer día; usted lo va a poner su primer día de menstruación. [Pausa] Y lo va a mover de aquí para allá, viendo cuántos días le dure. Las perlas blancas [pausa] los días de mayor riesgo, o sea que estas perlas, si usted tuviera relaciones en las perlas blancas, quiere decir que usted puede quedar embarazada porque después de estos días, iniciando la regla.... 1,2,3,4,5,6,7 días después de la regla se puede tener relaciones pero después, incluyendo los 7 días con todos y los de la regla, cuando llegue en este blanco, usted pase este, porque usted los va a ir pasando despacio, si llega en este día y usted quisiera tener relaciones, no se puede porque aquí son los días fértiles. Los blancos son los días fértiles. Después cuando se termine otra vez las perlas blancas, estos días quiere decir que usted podría quedar, es un poco de riesgo, pero no es tanto verdad. Y

después, vamos a ver, la perla marrón oscuro, esta mire aquí... aquí usted marca su ciclo si su regla fuera menor a 16 días; su regla llega antes de poner esta perla dice. Si usted fuera, si su regla fuera más rápida dice. Pero si no, marca hasta aquí en la última perla marrón. Entonces lo blanco es donde usted puede quedar embarazada dependiendo de...

[U]: *Entonces de estos para arriba ¿No?*

[P]: *De estos no*

[U]: *De estos no. Sólo lo del blanco*

[P]: *Sólo lo del blanco pero aquí supuestamente debería de llegar su regla va ¡Acá! Entonces aquí usted tiene riesgo, en estos*

[U]: *¡Ah!*

[P]: *Usted puede tener riesgo, es muy bajo, pero sí podría tener riesgo de quedar embarazada va*

[U]: *¡Mmm ya!*

[P]: *¡Vamos a ver! [lee] sí digamos que aquí, aquí puede ser que, si aquí llega esta fecha y llegara su regla usted es menor de 26 días, no le dura ni 26 días y le viene su regla. Pero si usted, ya aquí, en la última perla la colocó y su regla no llegó, usted es de 32 días, así que se atrasó un poquito más. Lo único que usted debe mover siempre la perla roja indicando su menstruación. Ya sabe que en el blanco, usted puede quedar embarazada todos estos días y aquí podría pero es un poco menos el riesgo pero sí podría quedar.*

[U]: *¡a ya!*

[P]: *Igual marque, cuando llegue si menstruación, marque la fecha en un su calendario para que usted lleve un buen conteo de todo de cómo va. Si usted mira que no viene, no viene, nos avisa*

[U]: *¡A ya!*

[P]: *¡mjm! Igual esto se lo voy a dar, usted lo va a leer en su casita igual para explicarle a su esposo así, así así.*

[U]: *¡Mmm ya!*

[P]: *¡Mjm! Aquí tiene su método. Cualquier cosa, estamos para servirle*

[U]: *Gracias señor*

