

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DINAMICA POBLACIONAL Y SALUD  
REPRODUCTIVA

Estudio efectuado en un grupo de 153 mujeres comprendidas  
entre los 15 - 44 años de edad; del área urbana y rural  
del municipio de San Diego, Departamento de Zacapa  
durante el mes de junio de 1993.

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

P. O. R.

MAYRA YOFANA AYALA GARCIA

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, MARZO DE 1994

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central

DL  
05  
+(6859)

Guatemala, Octubre de 1,993

Doctor:

Edgar Rodolfo De León  
Coordinador Docente  
Unidad de Tesis - CICS  
Facultad de Ciencias Medicas

Atentamente me dirijo a usted, con el objeto de brindar un cordial saludo, al mismo tiempo informarle que se dio cumplimiento de la realizacion del proyecto de tesis del Sr. Mayra Yohana Ayala Garcia, titulado:

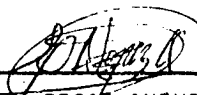
DINAMICA POBLACIONAL Y SALUD REPRODUCTIVA.

Dicho proyecto fué realizado en el Centro de Salud de SAN DIEGO, Departamento de Zacapa, que esta bajo mi jurisdicción.

Sin otro particular me suscribo de usted como su atento y seguro servidor.

Atentamente,

F.

  
Dr. CESAR AUGUSTO LOPEZ ORTIZ  
MEDICO Y CIRUJANO  
No. Colegiado 7570





FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

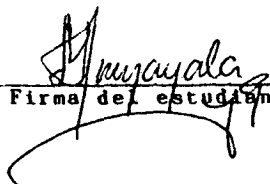
Guatemala, 15 de febrero de 1994  
IF-008-94

Director Unidad de Tesis  
Centro de Investigaciones de las Ciencias  
de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: PERITO CONTADOR MAYRA YOHANA AYALA  
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos  
GARCIA Carnet No. 83-13465  
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:  
"DINAMICA POBLACIONAL Y SALUD REPRODUCTIVA"

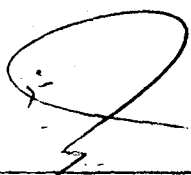
y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:

  
Firma del estudiante

  
Asesor  
Firma y sello personal

Dr. José E. Grande Arredondo  
MEDICO Y CIRUJANO  
COL. No. 5708



  
Revisor  
Firma y sello  
Registro Personal 14909

Edgar A. Reyes Mijangos  
MEDICO Y CIRUJANO  
Colegiado No. 6148

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

HACE CONSTAR QUE :

El Bachiller: MAYRA YOHANA AYALA GARCIA

Carnet Universitario No. 83-13465

Previo a optar al Título de Médico Cirujano, en su Examen General Público ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:  
"DINAMICA POBLACIONAL Y SALUD REPRODUCTIVA"

Avalado por asesor(es) y revisor, por lo que se emite la presente  
ORDEN DE IMPRESION :

Guatemala, 15 de febrero de 1994

Dr. Edgar R. De León Barilla  
Por Unidad de tesis

Dr. Radl A. Castillo Rodas  
Director del Centro de Investigaciones  
de las Ciencias de la Salud

IMPRIMASE :



*[Signature]*  
Dr. Ernesto Cabrera Franco  
DECANO

## INDICE

I.	INTRODUCCION	1
II.	DEFINICION DEL PROBLEMA	3
III.	JUSTIFICACION	5
IV.	OBJETIVOS	7
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA	8
VI.	TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS	30
VII.	PRESENTACION DE RESULTADOS	38
VIII.	DISCUSION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS	54
IX.	CONCLUSIONES	59
X.	RECOMENDACIONES	61
XI.	RESUMEN	62
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	64
XIII.	ANEXOS	68

## I. INTRODUCCION

En Guatemala la mujer se caracteriza, por su alta tasa de fecundidad; problema que se encuentra arraigado no sólo a la estructura socioeconómica, sino que también, a la idiosincrasia cultural propia de nuestro país. (24).

Las mujeres tienen los hijos en edad precoz o tardía de su vida reproductiva; otro fenómeno observado es el hecho de que tienen los hijos a intervalos reducidos de tiempo entre un hijo y otro. Lo anterior se refleja en alta tasa de morbilidad y mortalidad materno-infantil.

Existiendo diferencias socioculturales entre poblaciones urbanas y rurales, el presente estudio posee su importancia ante esa realidad; este estudio fué realizado en el Municipio de San Diego, Departamento de Zacapa donde se tomó la muestra de 153 mujeres, comprendidas entre los 15 - 44 años de edad, evaluandose en dichas mujeres características como: edad, años de unión conyugal, número de hijos, deseo de tener otro hijo, utilización de métodos de planificación familiar, escolaridad y religión. Dichos aspectos fueron evaluados en una ficha de recolección de datos; que nos reveló la información relacionada a las variables investigadas.

En el grupo que deseaban tener otro hijo se encontró en las edades de 21 - 25 años; teniendo en su mayoría de 5-8 años de unión conyugal. Es importante señalar que en el presente estudio la mayoría de mujeres ya tenían en un 69% de 1-3 hijos, siendo

alfabetas el 70% y de ese el 29% no desea tener otro hijo, y no usan métodos anticonceptivos.

Por lo tanto se concluye que los factores que influyeron en el deseo de tener otro hijo fueron: la edad, número de hijos vivos y años de unión conyugal; dejando sin importancia los factores del alfabetismo, religión y ubicación de residencia.

Es importante que las recomendaciones contempladas en el presente estudio sean atendidas a nivel del Ministerio de Salud Pública y Educación, para que implementen información adecuada sobre Morbilidad y Mortalidad Materno-infantil, Fecundidad y Planificación familiar; en diferentes niveles, tanto de educación como de atención primaria en salud, para el beneficio de las mujeres del área urbana y rural, específicamente a las del Municipio de San Diego, departamento de Zacapa; redundando así, en beneficio de todos los interesados.

## II. DEFINICION DEL PROBLEMA

La población de Guatemala se caracteriza porque su tasa de fecundidad alcanza valores altos para las jóvenes menores de 20 años y mujeres mayores de 35, en las cuales es más fácil que ocurran problemas con el embarazo y el parto, por lo que, se consideran de alto riesgo (3), según la encuesta nacional sobre salud materno-infantil en 1987 fué estimada la tasa global de fecundidad para Guatemala en 5.8%, esta tasa sobrepasa los promedios de América Latina (4.1%), de América Central (5.1%) y es tres veces superior a las tasas de los países industrializados (1.9%).

Además, los factores demográficos no operan como elementos aislados, sino que, estrechamente relacionados con los factores sociales, económicos y culturales que determinan en cierta forma las necesidades de la población que varían con la edad, salud, alimentación, educación, trabajo y sexo.

El presente trabajo pretende determinar algunas características de la mujer del área rural comprendida entre los 15-44 años de edad, casada ó unida que tenga hijos, ya que son un grupo importante de la población no sólo por el papel que desempeñan en la sociedad, sino por su número.

Del total de habitantes el 49% corresponde al sexo masculino y el 51% al sexo femenino, de éste el 24% corresponde a mujeres de edad fértil (23), en éste grupo se investigó el deseo de procrear otro hijo y la utilización de algún método para espaciamiento de embarazos, ya que, dichos datos contribuyen a



comprender el porque de la conducta reproductiva e implementar medidas y/o cambios congruentes para lograr aminorar el crecimiento acelerado de la población y recibir así mejores beneficios a nivel del núcleo familiar.

### III. JUSTIFICACION

Los problemas que afectan a la mujer en Guatemala tienen su raíz en la estructura socio-económica, reforzada por aspectos culturales y de género. Ellos se reflejan en altas tasas de morbi-mortalidad materna, analfabetismo, marginación de la mujer, maternidad precoz, períodos intergenésicos muy reducidos y por lo tanto, altas tasas de fecundidad (174.5 \* 1000 mujeres de edad fértil) (24). Con respecto a la situación sobre la salud materna del departamento de Zacapa, la tasa de mortalidad materna para 1990 se estimó en 10.14 por cada 10,000 nacidos vivos. Un 27% de las madres no recibió atención prenatal, el resto fué atendido de la siguiente manera: 35% por médicos, 30% por parteras y el 7% por enfermeras (23).

Las mujeres que tienen hijos a temprana edad o tardía durante su vida reproductiva, las mujeres que tienen un número excesivo de hijos y las mujeres que tienen hijos muy seguidos, se colocan no solamente ellas sino que, también a sus hijos en situaciones de peligro (7, 10, 14), una gran mayoría de mujeres latinoamericanas expresan el deseo de limitar el número de hijos que tienen o de prolongar el intervalo entre el nacimiento de un hijo o el siguiente. A pesar de las intenciones manifiestas, una importante proporción de estas mujeres no está practicando la planificación familiar (12).

Así mismo, las diferencias relativas al uso de anticonceptivos varían entre las zonas rurales y urbanas parece derivar tanto de las diferencias entre las características de las

mujeres como del acceso a servicio de planificación familiar (16).

Por lo anteriormente expuesto se considera importante evaluar las características propias de la mujer tales como: la edad, años de unión conyugal y número de hijos, que influyen en el deseo de tener otro hijo y la relación adecuada con la utilización de algún método de planificación, ya que en esta comunidad (San Diego, municipio del departamento de Zacapa), no se ha realizado ninguna investigación sobre esta problemática y tomando en cuenta que con dichos podría luego orientarse a la población por diversos medios para aminorar el crecimiento acelerado de ésta a través de un comportamiento reproductivo racional con pleno respeto de la dignidad humana dentro de un esquema de paternidad responsable, colocando así, a la mujer en mejores condiciones de participación en la sociedad, por lo tanto, se considera de gran importancia la realización del presente estudio.

#### IV OBJETIVOS

##### A. GENERAL:

1. Determinar según la edad, años de unión conyugal y número de hijos, el deseo de tener otro hijo y la conducta en relación al uso de anticonceptivos. Considerando además los parámetros de religión y alfabetismo

##### B. ESPECIFICOS:

1. Determinar la relación entre años de unión conyugal y el deseo de tener hijos.
2. Determinar el deseo de tener otro hijo, según el número de hijos vivos.
3. Determinar la relación de alfabetismo, número de hijos vivos y el uso de anticonceptivos con el deseo de tener otro hijo.
4. Determinar el deseo de tener otro hijo según su religión.
5. Identificar según las edades de las madres, el deseo de tener hijos.
6. Identificar por medio del área de residencia y grupo étnico, el deseo de tener otro hijo
7. Comparar el deseo de tener otro hijo y el uso de anticonceptivos

## V. REVISION BIBLIOGRAFICA

### A. LA MUJER Y LA PROCREACION.

#### a) Fecundidad Acumulada.

Las mujeres que han estado casadas o unidas 10 años o más y quienes comenzaron la vida conyugal más jóvenes tienden a tener la fecundidad más elevada. Las mujeres que iniciaron la vida conyugal hace 30 años o más tienen un promedio de 8 hijos. Esto se debe a que han tenido más tiempo de exposición durante los años fértiles. En efecto se estima que el mayor período de fecundidad en la mujer se daba entre los 20 y 28 años de edad. A partir de los 30 años las posibilidades de quedar embarazada van disminuyendo gradualmente hasta llegar al estado de infertilidad secundaria, es decir al estado en que la mujer ya es incapaz de procrear. (19).

En casi todos los países en desarrollo, las mujeres jóvenes, de las zonas rurales se casan más tempranamente que las mujeres de la ciudad, aproximadamente entre año y medio y dos años de diferencia.

#### b) Edad al nacimiento del primer hijo.

La edad en la que las mujeres comienzan a tener hijos constituye un factor demográfico importante, ésta influye en forma determinante sobre los niveles de fecundidad de una población y frecuentemente los descensos de dichos niveles están asociados a una postergación del inicio de la

procreación. Una de cada cuatro mujeres tiene su primer hijo antes de los 18 años de edad y el 44% antes de los 20 años. La edad de inicio de procreación varía según las características de la mujer. Las mujeres indígenas y residentes en áreas rurales inician la procreación más jóvenes que las no indígenas de la misma región y a las de residencia urbana. (19).

**c) El deseo de tener más hijos.**

Obviamente, la actitud hacia tener otro hijo depende principalmente del número de hijos ya tenidos y de la edad de la mujer.

El deseo de tener más hijos, como los factores que influyen sobre el comportamiento reproductivo, varía notablemente según las características de la mujer. La proporción de las mujeres de residencia urbana, las no indígenas y las de mayor nivel de escolaridad. (19).

**d) Salud materno-infantil.**

Las mujeres de 15-44 años de edad son grupos de riesgo por razones relacionadas con condiciones económicas, sociales y culturales que inicien en alta morbilidad y mortalidad materna. Las prioridades en la atención de este grupo deben establecerse de acuerdo a los factores condicionantes y de educación, condiciones económicas y grado de accesibilidad a los servicios esenciales. (5,24).

**e) Salud de la mujer indígena.**

De la población guatemalteca estimada en 9.2 millones de habitantes en 1990, más de 4 millones son mujeres, de ellas el 51% son indígenas, un 60% de estas viven en caseríos dispersos por el área rural y enfrentan serias limitaciones económicas y sociales para satisfacer sus necesidades básicas de agua potable, electricidad, acceso a la tecnología y a los servicios de salud, barreras geográficas, culturales, idiomáticas y genéricas; no son consideradas en planificación y programación del sistema de prestación de servicios de salud, a pesar que el atraso y la marginalidad de las mujeres indígenas se evidencian en altas tasas de fecundidad (7 hijos por mujer). El 50% de los embarazos antes de los 20 años, escasa posibilidad de acceso a la escuela, 79% de analfabetismo y ninguna participación en la sociedad civil (24).

**f) Consecuencias del embarazo en la salud de las jóvenes.**

El embarazo en mujeres muy jóvenes, aún cuando sea deseado es más peligroso, tanto para la madre como para el niño, lo mismo que el embarazo en una edad tardía, en ambos casos las madres enfrentan mayores riesgos de complicaciones obstétricas y tienen más posibilidades de morir durante el embarazo y el parto, que las mujeres que han cumplido 20 años.

Las complicaciones que pueden poner en peligro la vida de las madres jóvenes son: hipertensión, anemia por

deficiencia de hierro y problemas debido a la desproporción cefalopélvica.

**g) Consecuencias sociales de la maternidad prematura.**

Las mujeres que tienen sus hijos antes de los 17 años, tienen mayores probabilidades de recibir menos instrucción, de ser desempleadas o tener trabajos mal remunerados, están divorciadas o separadas de su pareja. (14).

**h) Consecuencia del matrimonio prematuro en la fecundidad.**

Las mujeres que contraen matrimonio muy jóvenes, tienen familia más numerosa porque están expuestas al riesgo de embarazo durante más tiempo que las mujeres que lo hacen más tarde. Además, las mujeres son muy fértiles entre los 18-24 años de edad y es probable que la frecuencia del coito sea elevado, al mismo tiempo las mujeres que se casan muy jóvenes tienden a usar menos los métodos anticonceptivos, todos estos factores están asociados con el hecho de tener familias numerosas.

El principal límite demográfico a la fecundidad prematura es la edad al contraer matrimonio, cuando las mujeres lo hacen más tarde hay menos nacimientos precoces.

En los países en desarrollo el uso de anticonceptivos no tiene un papel importante en la reducción de la fecundidad en los primeros años de vida reproductiva, aún cuando hay cada vez más hechos que demuestran que la maternidad tardía y el mayor espaciamiento de



los nacimientos, podría traer importantes beneficios para la salud de las madres jóvenes (14).

## B. CONOCIMIENTO Y USO DE ANTICONCEPTIVOS.

El conocimiento de anticonceptivos entre las mujeres guatemaltecas es moderado si se compara con el que se ha observado en otros países de América Latina.

El 70% del total de mujeres dicen conocer o enterarse por los distintos medios de comunicación de algunos de estos métodos modernos. Entre las mujeres que conocen métodos, prácticamente todas conocen por lo menos un método moderno. Las mujeres que conocen algún método tradicional y que desconocen los métodos modernos, constituyen únicamente el 0.2%.

Los métodos más conocidos son las píldoras y la esterilización femenina. El 70% dice conocer estos métodos modernos mientras que el DIU, el condón, las inyecciones y la esterilización masculina, son conocidos por cerca del 40% de las mujeres.

Los métodos modernos menos conocidos son las tabletas, diafragma, la espuma, las jaleas; de los tradicionales el más difundido es el ritmo. (19).

En la actualidad existen varias opciones en el campo de la planificación familiar, de tal manera que el personal médico debe considerar si la pareja está realmente interesada en limitar el número de hijos y observar la motivación, inteligencia, fondo cultural y estado de salud de la misma. Además, estimar preferencias y prejuicios personales. (27).

## 1. METODOS REVERSIBLES:

### a) Naturales:

**COITUS INTERRUPTUS:** El método estaba muy difundido en los últimos años en Europa, se estima que actualmente recurren al método del retiro 35 millones de parejas, que emplean este método y que realizan el coito hasta el momento de producirse la eyaculación, ésta tiene que llegar completamente fuera de la vagina y de los órganos genitales externos de la mujer.

**Ventajas:** Se tiene al alcance en cualquier situación y no tiene costo alguno, no requiere de asistencia del personal de salud.

**Desventajas:** Ineficacia elevada en comparación con otros métodos, embarazos involuntarios al haber espermatozoides vivos en líquido pre-eyaculatorio, (no se han encontrado espermatozoides móviles cuando hay al menos dos micciones desde la última eyaculación).

Interrupción del acto sexual, lo que puede ocasionar problemas psicológicos y resulta molesto para el hombre que tiene eyaculación precoz. (15,8).

**METODO DEL RITMO O CALENDARIO:** Se basa en la determinación, por Ogino y Knaus, de que la ovulación ocurre 10 a 16 días antes de la menstruación, aunque no necesariamente 14 días después del inicio del último período menstrual. Este método se guía por los registros durante los últimos 6 a 12 meses, se basa en lo siguiente: la ovulación ocurre 10 a 12 días antes

de la siguiente menstruación, los espermatozoides sobreviven durante 6,12 y hasta 24 horas.

Los días se basan cuando son seguros en los ciclos mínimos y máximo anteriores, la efectividad depende de la regularidad de los ciclos, el calendario periódico no siempre resulta un método confiable debido a la variación del ciclo menstrual, consecuencia de la existencia de factores que perturban el estímulo cíclico preovulatorio de la LH hipofisiaria, como estímulo psicógeno, enfermedades agudas, fiebre, medicación y viajes, debido a lo anterior debe tomarse muy en cuenta todas las variantes, manteniendo abstinencias en los ciclos expuestos a tales factores. (17).

**METODO DEL MOCO CERVICAL O DE BILLINGS:** Consiste en observar las características del moco cervical formado en los diferentes períodos del ciclo menstrual. (9). El moco viscoso que se presenta durante las fases pre y post - ovulatorias del ciclo menstrual es una descarga limpia, resbalosa, parecida a la clara de huevo, como resultado de un bajo contenido de estrógeno, éste se activa como depósito para espermatozoides, suministra nutrientes, los protege del medio ácido de la vagina y facilita su penetración y migración.

En el período pre-ovulatorio temprano y después de la ovulación el moco es de tipo progestacional, este

tipo de moco bloquea el paso de los espermatozoides. La mujer debe diferenciar entre la sensación de sequedad y humedad en la vagina, al aumentar los niveles de estrógeno aumenta la sensación de lubricación. (9).

El período de abstinencia debe comenzar el primer día después de la ovulación, en el cual se observa el moco y debe continuar hasta el cuarto día después del síntoma máximo.

**Ventajas:** Es de costo mínimo, no tiene efectos secundarios.

**Desventajas:** La mujer debe estar orientada sobre las características del moco cervical, presenta un índice de ineficiencia de 24% en Guatemala, su uso no está difundido ya que alcanza un porcentaje de usuarias de 5% del total que utilizan métodos anticonceptivos. (4,8,27).

**LACTANCIA MATERNA:** En muchos países en vías de desarrollo es uno de los principales factores de espaciamiento de los embarazos protegiendo así, la salud de la madre y los hijos, no se ha estudiado si realmente es utilizado como método anticonceptivo.

La O.M.S. realizó un estudio en varios países el cual reveló que la mayoría de mujeres que no están lactando, menstrúan 4 meses después del parto y en las mujeres que están amamantando, la menstruación se reanudó mucho después. Las mujeres que están lactando

son menos fértiles, debido a que la ovulación es irregular. (15).

**b) Artificiales:**

**CONTRACEPTIVOS HORMONALES:** La idea anticoncepcional a base de hormonas se remonta hasta los años 20, Perú fué hasta la década de los años 40 y 50, quien dispuso de hormonas de bajo costo que resultaron eficaces por vía oral. Puede dividirse en diversas categorías:

**TERAPEUTICA ESTEROIDE:** Consiste en una píldora combinada, estrógeno y un progestágeno, conteniendo 5 - 100 mgs. de estrógeno y 1 - 10 mgs. de progestágeno. Suele tomarse 20 días cada mes empezando el 5to. día del ciclo, seguido de un progestágeno durante 15 días. Debido a que la frecuencia de embarazos es de 4% anual y la frecuencia de complicaciones como el carcinoma (Silverberg y Mkowski), su venta se ha prohibido a partir de 1975 en USA. (27).

**TERAPEUTICA MIPROGESTACIONAL:** Consiste en 0.5 mgs. o menos de un agente progestacional diario, no ha tenido gran popularidad a causa de la incidencia mucho mayor de embarazos. (26).

**Mecanismos de Acción:** Los anticonceptivos orales ejercen su acción inhibiendo la liberación de factores hipotalámicos que a su vez conducen a una secreción inapropiada por la hipófisis de hormonas, la

foliculo-estimulante y la hormona luteinizante, también se menciona su efecto contraceptivo al producir una maduración del endometrio que lo lleva a una situación no adecuada para que ocurra una buena implantación del blastocito, produce un moco cervical hóstil a la penetración del esperma.

**Ventajas:** Presenta gran aceptabilidad debido a su eficacia elevada, no presenta situación de automanipulación es totalmente independiente del acto sexual.

**Desventajas:** Significa administrar medicamentos potentes que ejercen diversos efectos en las mujeres que están en buen estado de salud, tiempo y costo; y que antes de administrar anticonceptivos orales, es necesario realizar una buena historia clínica así como un examen físico y ginecológico cada 6 meses o 1 año.

**Complicaciones:** Puede presentar enfermedad tromboembólica, hipertensión arterial, trastornos en el metabolismo de hidratos de carbono, cambios en los líquidos sanguíneos, acelerando así el proceso de arterioesclerosis en mujeres predispuestas.

**Efectos Secundarios:** Pueden aparecer irregularidades menstruales, retención de líquidos, trastornos gástricos, aumento de varicosidades, irritabilidad o depresión, cambio de la libido, cefaleas y jaquecas.

Estos efectos no presentan gravedad pero si influyen para que en un 40% de usuarias dejen de tomarlos.

**ESTEROIDES INYECTABLES DE ACCION PROLONGADA:** Es utilizado el acetato de medroxiprogesterona cada cierto tiempo.

Los mecanismos de acción parecen ser multiples, entre los cuales se menciona la inhibición de la ovulación, aumento de la viscosidad del moco cervical y la creación de un endometrio desfavorable para la implantación del óvulo fecundado. (27).

**Ventajas:** Tiene una eficacia alta comparada con los anticonceptivos orales (99%) presenta larga duración contraceptiva con el requerimiento mínimo de inyecciones al año, tendencia que no existe con alteración de la lactancia.

**Desventajas:** Puede presentar amenorrea prolongada, hemorragia uterina, anovulación prolongada después de interrumpir su administración. El riesgo de trombo-embolismo y trombosis venosa aumenta. El acetato de medroxiprogesterona para inyección no se encuentra fácilmente en el mercado de los Estados Unidos debido a la posibilidad de que el compuesto contribuya al desarrollo de un carcinoma. (27).

**E S P E R M A T I C I D A D:** Son agentes químicos que inactivan a los espermatozoides en la vagina antes de que estos pueden ascender al tracto vaginal superior. Se utilizan en los diafragmas, copas cervicales y actualmente en las nuevas esponjas anticonceptivas. (25).

Los principales agentes espermaticidas en la actualidad son los surfactantes nonxinol-g, octoxigenol y menfenol. Los tres fueron reconocidos como elementos seguros y eficaces por un grupo de expertos convocados por la administración de alimentos y fármacos de los Estados Unidos. Sin embargo, el menfenol, agente utilizado en las tabletas espumantes Neo-Sampon nunca se ha comercializado, se le considera una nueva preparación que se encuentra en estudio. (25).

Las indicaciones generales mencionan que se coloca la dosis recomendada de espermaticida en la parte superior de la vagina, se debe esperar un tiempo prescrito antes del coito para que se distribuya en forma adecuada, utilizar una aplicación adicional de espermaticida cada vez que se repite el coito no se debe irrigar la vagina por lo menos 6 horas después del coito. La eficacia de los espermaticidad es de un 18-22% de falla en el año inicial de uso. (20).

**Ventajas:** Es una ventaja útil para mujeres que no desean usar anticonceptivos orales o DIU.



**Desventajas:** Son menos efectivos que otros anticonceptivos, ciertos espermaticidas presentan el inconveniente de que se debe esperar de 5 a 30 minutos después de su inserción, para que se difunda en la vagina. (25).

El uso de espermaticidas en Guatemala representa el 4.4% de las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos.

**D I A F R A G M A S:** Son copas de caucho delgadas y poco profundas con bordes flexibles y firmes que se ajustan en la pared vaginal posterior (fornix posterior), y la cavidad detrás del arco púbico.

Cuando se adapta correctamente, el diafragma bloquea la parte superior de la vagina en el cérvix, pero es probable que no se ajuste durante el coito por lo que se aconseja adicionar el diafragma con jaleas o cremas espermaticidas.

Existen tres clases de diafragmas:

- Diafragma de resorte plano.
- Diafragma de resorte espiral.
- Diafragma plegable en forma de arco.

Es necesario la participación de médicos, enfermeras y trabajadores de salud, para instruir a las usuarias en el ajuste y uso correcto de los diafragmas.

Debe insertarse 6 horas antes del coito, al diafragma es necesario agregarle espermaticida y debe dejarse colocado por lo menos 6 horas y no más de 24 horas después del coito. En caso de coito repetido es necesario agregar nuevamente espermaticidas. (25).

**Ventajas:** No tiene efectos secundarios graves, resulta útil en casos de mujeres que no desean utilizar anticonceptivos orales o DIU.

**Desventajas:** Necesidad de tocarse los genitales durante la inserción y el retiro, necesidad de dejárselo colocado por lo menos seis horas después del coito. (25).

Su uso en Guatemala, al igual que la mayoría de los países en vías de desarrollo presenta porcentajes bajos, el cual es de 0.9% del total de usuarios de métodos anticonceptivos. (11).

**COPAS CERVICALES:** Son dispositivos pequeños y resistentes en forma de copa, se ajustan sobre el cérvix de la mujer y probablemente se mantiene en su lugar por succión.

**Ventajas:** Es posible dejar la copa cervical colocada por un período mayor de 24 horas, utiliza un mínimo de espermaticida, las mujeres que no pueden utilizar el diafragma por cistocele, rectocele u otra anomalía, con frecuencia puede utilizar la copa cervical. (25).

**Desventajas:** Mal olor, dificultad en su inserción y retiro, incomodidad durante el coito para el hombre y la mujer.

**Eficacia:** Son tan eficaces como los diafragmas, las tasas de falla fluctúan alrededor de 5-10% anual. (25).

**ESPONJAS ANICONCEPTIVAS:** La esponja anticonceptiva es un nuevo método vaginal que se vende sin receta y cuyo uso no requiere supervisión médica, está fabricada de poliuretano y con alrededor de 1 gramo de espermaticida monóxino-9, se ha diseñado para cubrir el cérvix.

Según su fabricante tiene tres tipos de acción anticonceptiva: Primero libera espermaticida durante el coito (aspecto más importante), luego absorbe lo eyaculado y bloquea la entrada al canal cervical.

Actualmente, sólo es utilizado en países Europeos, Estados Unidos y algunos países Latinoamericanos como Colombia.

**Ventajas:** Proporciona protección continua durante 24 horas cualquiera que sea la frecuencia de los coitos, no requiere receta médica para su venta.

**Desventajas:** Algunas mujeres refieren incomodidad durante el coito, dificultad para retirarla y mal olor.

**Efectos Secundarios:** Reacciones de tipo alérgico ó irritaciones vaginales, sensación de sequedad. (25).

**EL CONDON:** Tiene forma de funda lubricada, la palabra condón viene del latín condux, que significa receptáculo o recipiente.

**Ventajas:** Son de utilización sencilla, ayudan a prevenir las enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA, no requiere supervisión médica y su costo es bajo.

**Desventajas:** Disminución de la sensibilidad masculina y femenina e incomodidad, no tiene efectos secundarios importantes, algunas parejas mencionan irritaciones locales. (25).

La eficacia teórica es de 3%, es una medida de posibilidad de que un condón se rompa o filtre, y así produzca embarazo, se ha observado una eficacia real de 10-15%.

En Guatemala se observa que el uso del condón presenta un porcentaje de 6.4% del total de usuarios de métodos anticonceptivos. (11).

## 2. MÉTODOS IRREVERSIBLES O QUIRÚRGICOS:

Métodos utilizados en hombres y mujeres, y que consiste en básicamente en remover una parte del sistema reproductor del hombre o de la mujer, impidiendo así la unión del espermatozoide y el óvulo.

Estos métodos que prácticamente son definitivos deben responder a una decisión voluntaria, conciente y en mutuo acuerdo con la pareja, así como, una amplia

información y conocimiento de lo que significan estos métodos.

Existen varios tipos de esterilización femenina que se pueden efectuar por vía abdominal o vaginal, realizándose principalmente oclusión tubárica por medio de distintas técnicas, las cuales pueden ser: Ligadura simple, Ligadura y resección, Ligadura resección ocultamiento. (20).

Actualmente son más utilizados los procedimientos por vía abdominal, utilizándose con mayor frecuencia la minilaparotomía y laparoscopia (endoscopia).

Existen distintas técnicas de esterilización tubárica siendo las más utilizadas las técnicas de Pomeroy, Irving, Vehida, Kroner, y resección del cuerpo del útero.

Actualmente se utilizan clips, grapas, bandas de material elástico ó anillo de Young a través de laparoscopia.

Anteriormente se utilizaba el electrocauterio pero presentaba complicaciones como quemaduras accidentales de intestino. (20,22).

Las complicaciones se pueden presentar, y dependen de la habilidad del cirujano y de la técnica utilizada, entre ellas: desgarros mesosalpígeos, infección de la herida, daño de la vagina, hematomas, complicaciones anestésicas, embarazos tubáricos por falla en la técnica, se menciona la posibilidad del síndrome Post-

Ligadura que se caracteriza principalmente por anovulación, dolor pélvico y formación de quistes, este síndrome aún no está bien establecido y se cree que es debido a mala irrigación del mesosalpinx. (20,22).

La esterilización masculina se basa en la Vasectomía. Es un procedimiento que se puede efectuar con anestesia local en 5-15 minutos.

Se realiza una insición en el escroto, se seccionan los conductos deferentes que llevan los espermatozoides desde cada testículo a la uretra, ambos extremos seccionados se cierran con electrocauterio. Después del procedimiento, el paciente puede volver a su casa en una o dos horas. Se producen espermatozoides, pero no son eyaculados al estar bloqueados los conductos deferentes. (13).

Las desventajas que se presentan en la Vasectomía son: La esterilidad no es inmediata ya que permanecen espermatozoides previamente almacenados en la vesícula seminal y la expulsión puede durar de una semana a varios meses. (13). Se pueden presentar infecciones, hematomas, epididimitis y granulomas, estas complicaciones se presentan en porcentajes bastante bajos. (13,20).

En algunos pacientes, es posible la unión de los conductos deferentes, (1 en 1,000), por lo tanto la vasectomía debe ser considerada un método anticonceptivo permanente. (9,13).

### C. EL MEDIO RURAL Y METODOS EDUCACIONALES:

Recientes estudios a hombres en el Caribe, India, Estados Unidos y América Latina revelan que alrededor del 80% expresan diversas razones: Temor de perder su autoridad como jefes de familia, contribuye a fomentar la infidelidad de las esposas, algunos temen a los efectos perjudiciales, principalmente a la vasectomía que produce esterilidad e impotencia, otros mencionan que desean tener muchos hijos para mejorar su virilidad y gozar de mayor prestigio en la comunidad.

Otros manifiestan que es importante tener una familia numerosa ya que ésto significa más ayuda en las tareas del campo y una especie de seguro para la ancianidad. (9,18).

En otras comunidades se considera la concepción como un regalo divino o místico, principalmente en el área Keckchi, garantía de una continuidad física y cultural, una familia numerosa suele ser motivo de orgullo, por lo que, se desaprueban las prácticas anticonceptivas. La esterilidad conduce a la separación o divorcio y, se le explica como por mala suerte, costumbres sexuales inapropiadas o brujerías. (6).

Las diferencias entre zonas rurales y urbanas se explica en parte, si se tiene en cuenta que las mujeres del área rural tienen en promedio menos educación que las mujeres del área urbana. La falta de acceso a servicios de planificación familiar es una razón importante de desinformación con respecto a la conducta que se tiene al uso de los anticonceptivos. (10).

Aunque muchos en la población urbana conservan valores culturales de su lugar de origen en lo que se refiere a

anticonceptivos se ven influenciados por los medios de comunicación de masa y con diversa información adecuada e inadecuada (algunas veces tergiversada) sobre los mismos.

#### D. CRECIMIENTO DE LA POBLACION:

La población de Guatemala, aumenta acerca de 1 millón de habitantes cada cuatro años, con una tasa de crecimiento vegetativo de 3.18%, con esta tasa una población se duplica aproximadamente en 22 años. (1).

Conforme dicho aumento se va dando a través del tiempo, se genera una serie de problemas a la población ya que, el ser humano tiene que cubrir una serie de necesidades básicas como la alimentación, vivienda, educación, etc.. En la actualidad difícilmente se puede encontrar una sociedad que haya logrado satisfacer todas estas necesidades aunque sea a un nivel mínimo, por lo que se ha ido creando una serie de déficit cada vez más difícil de satisfacer dada la velocidad con que crece la población.

Se ha llegado a concluir que el problema fundamental descansa en que hasta el momento no se ha querido ver, que la población y el desarrollo en su sentido más amplio, se encuentran íntimamente relacionados y por consiguiente no pueden verse como unidades separadas, ya que tienen repercusión sobre el nivel y tendencia de las variables demográficas, y por lo tanto sobre el crecimiento de la población. (1).

**TASAS DE FECUNDIDAD:** La tasa de fecundidad global es de 5.8% para el país y la tasa promedio de natalidad es de



40.8% del total de mujeres fértiles, aproximadamente el 40% no tiene ninguna instrucción formal, y entre la población indígena el porcentaje sube hasta el 67%. (24).

Como se ha podido constatar en numerosos estudios, el nivel de la instrucción ejerce una influencia determinante sobre el comportamiento reproductivo y las tasas de fecundidad varían en razón inversa al nivel de educación. También se notan diferencias apreciables según zona de residencia y grupo étnico, las mujeres de zonas urbanas y ladinas respectivamente. (19).

Los niveles de fecundidad de una mujer se miden por el número de hijos que ha dado a luz, un alto número de partos es un factor de riesgo bien conocido para la maternidad y en última instancia para el bienestar de la familia. Las mujeres con una fecundidad tan alta están expuestas a un riesgo mayor de morbilidad y mortalidad maternas. Sus hijos también pueden sufrir deficiencias en el desarrollo físico, intelectual y de salud. Por lo tanto, esas mujeres necesitan la planificación familiar para salvaguardar su salud y la de sus hijos. (21).

Los estudios que se han llevado a cabo en el pasado han demostrado que la fecundidad, especialmente cuando es muy elevada conlleva crecientes riesgos de morbilidad y mortalidad materna. La triada de circunstancias asociadas más frecuentes con la mortalidad materna son: La Toxemia, Hemorragia y Sepsis. Las pruebas existentes demuestran que la alta fecundidad está asociada a problemas ginecológicos

como prolapso, ruptura de útero, inflamación del cuello uterino, erosiones en el cuello de la matriz, así como, anemia, diabetes y enfermedades reumáticas. (21).

## VI. TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS

### SUJETO DE ESTUDIO:

Para la realización de la presente investigación de tipo descriptivo-prospectivo, se tomó a 153 personas de la población femenina comprendidas entre los 15-44 años de edad, residentes en el municipio de San Diego, departamento de Zacapa, durante el mes de junio de 1993.

### DESCRIPCION DEL AREA DE ESTUDIO:

El municipio de San Diego, ubicado en la parte superior del departamento de Zacapa, pertenece a la jurisdicción de este departamento a partir del año 1920. Está limitado al norte con los municipios de Cabañas y Huité del departamento de Zacapa y con los municipios de San Jose La Arada y Chiquimula del departamento de Chiquimula; al sur con los municipios de San Luis Jilotepeque y San Pedro Pinula del departamento de Jalapa; al oeste con los municipios de San Pedro Pinula del departamento de Jalapa y el Jicaro del departamento de El Progreso.

El nombre del municipio fué definido así, San Diego en honor a su patrono San Diego. La mayoría de su población es ladina, el idioma que se habla es el castellano, la religión predominante es la católica.

### TAMANO DE LA MUESTRA:

Para dicho estudio se investigó el total de la población al cual se le aplicó el porcentaje de mujeres en edad fértil, o sea

el 22%, seguidamente se le calculó el tamaño de la muestra en base a la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot pq}{(N-1) (LE)^2 + pq}$$

4

Donde:

n = tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población.

p = frecuencia del fenómeno (aceptación).

q = (1-p) no aceptación.

LE= límite de error de estimación.

En el presente estudio se dio una estimación de error del 8% (0.08), un intervalo de confianza del 92%, y debido a que no existe un dato sobre la declaración sobre el deseo de procreación, se infirió que el 50% (0.5) no desea procrear más hijos y el 50% (0.5) sí lo desea.

Sustituyendo:

$$n = \frac{6,400 (0.5) (0.5)}{(6,400) (0.08)^2 + (0.5) (0.5)} = 153$$

4

**CRITERIOS DE INCLUSION:**

Se realizó y se incluyó en el estudio a personas del sexo femenino que cumplieron con los siguientes criterios:

- Mujeres casadas y/o unidas comprendidas entre 15-44 años.
- Por lo menos un hijo vivo.
- Originarias y residentes en el municipio de San Diego, departamento de Zacapa.

**CRITERIOS DE EXCLUSION:**

- Mujeres solteras y sin hijos.
- Las no comprendidas entre 15-44 años.

## MEDICION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	MEDICION
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Edad en años que tienen las mujeres al ser entrevistadas.	Cuantitativa
PARIDAD	Número de partos que ha tenido una mujer desde que da inicio su vida productiva.	Número de hijos vivos o muertos que han tenido las mujeres hasta el momento.	Cuantitativa
AÑOS DE UNION CONYUGAL	Tiempo de unión entre hombre y mujer.	Tiempo de unión conyugal de las mujeres entrevistadas hasta el momento.	Cuantitativa
ESCOLARIDAD	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento educativo.	Conjunto de cursos que las entrevistadas han aprobado hasta el momento.	Cuantitativa
RELIGION	Conjunto de creencias, dogmas acerca de la divinidad.	Creencias religiosas que las mujeres tienen hasta el momento	Cuantitativa
ESTADO CIVIL	Condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones.	Condición de las mujeres en relación a los derechos y obligaciones al momento.	Cuantitativa
CONOCIMIENTO	Entendimiento, inteligencia.	Entendimiento acerca de planificación familiar de las mujeres encuestadas.	Cuantitativa
GRUPO ÉTNICO	Indígena, no indígena.	Grupo étnico de las mujeres encuestadas hasta el momento.	Cuantitativa

## RECURSOS

## MATERIALES:

## 1. Físicos:

- Viviendas del municipio de San Diego, Zacapa.
- Centro de Salud de San Diego, Zacapa.
- Guía de entrevista elaborada para los fines de la investigación.

## 2. Humanos:

- Médico asesor.
- Médico revisor.
- Estudiante.

## EJECUCION DE LA INVESTIGACION

### TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS:

El estudio se desarrolló en cada uno de los hogares de las mujeres que decidieron participar en el estudio, también el Centro de Salud de la comunidad; cada boleta fué llenada únicamente por el estudiante investigador, durante el mes de junio de 1993. La localización de los encuestados se circunscribió a la comunidad investigada en base al porcentaje representativo de mujeres comprendidas entre los 15-44 años de edad.

Posteriormente a las entrevistas realizadas, se procedió a ordenar, calificar y procesar después la información recolectada en base a la boleta elaborada para el efecto. (Ver Anexo 1).



**GRAFICA DE GANTT**  
**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

SELECCION DE TEMA DE PROYECTO	*****
ELECCION DE ASESOR Y REVISOR	*****
RECOFILACION BIBLIOGRAFICA	*****
ELABORACION DE PROYECTOS	*****
APROBACION DEL PROYECTO USAC	*****
DISEÑO DE INSTRUMENTOS	*****
EJECUCION DEL PROYECTO	*****
PROCESO DE DATOS	*****
ANALISIS DE DATOS	*****
ELABORACION DE INF. FINAL	*****
PRESENTACION DEL INF. FINAL	*****
APROBACION DEL INF. FINAL	*****
	1    2    3    4    5    6
	s e m a n a s

**PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**  
**Biblioteca Central**

## ACTIVIDADES

1. Selección del tema de investigación (feb).
2. Elección del revisor y asesor (feb).
3. Recopilación del material bibliográfico (feb-mar).
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con el asesor y revisor (feb-mar).
5. Aprobación del proyecto por la coordinación de tesis (may).
6. Diseño de los instrumentos que se utilizaron para la recopilación de la información y la capacitación de los investigadores (abr).
7. Ejecución del trabajo de campo y recopilación de la información (jun).
8. Procesamiento de datos, elaboración de tablas gráficas (jul).
9. Análisis y discusión de los resultados (jul).
10. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen (jul).
11. Presentación de informe final para correcciones (oct).
12. Aprobación del informe final y trámites administrativos (feb).
13. Impresión del informe final y trámites administrativos (mar).
14. Examen general público de defensa de la tesis (mar).

VII. PRESENTACION DE LOS RESULTADOS Y  
TRATAMIENTO ESTADISTICO

Al recabar la información en su totalidad y cubriendo el tamaño de la muestra (153 mujeres de 15-44 años de edad), se procedió a la clasificación y ordenamiento de acuerdo a los objetivos establecidos. Se tabuló y se presentó en cuadros estadísticos para realizar un análisis de los recursos, de los cuales, se obtuvieron las conclusiones pertinentes.

## CUADRO No. 1

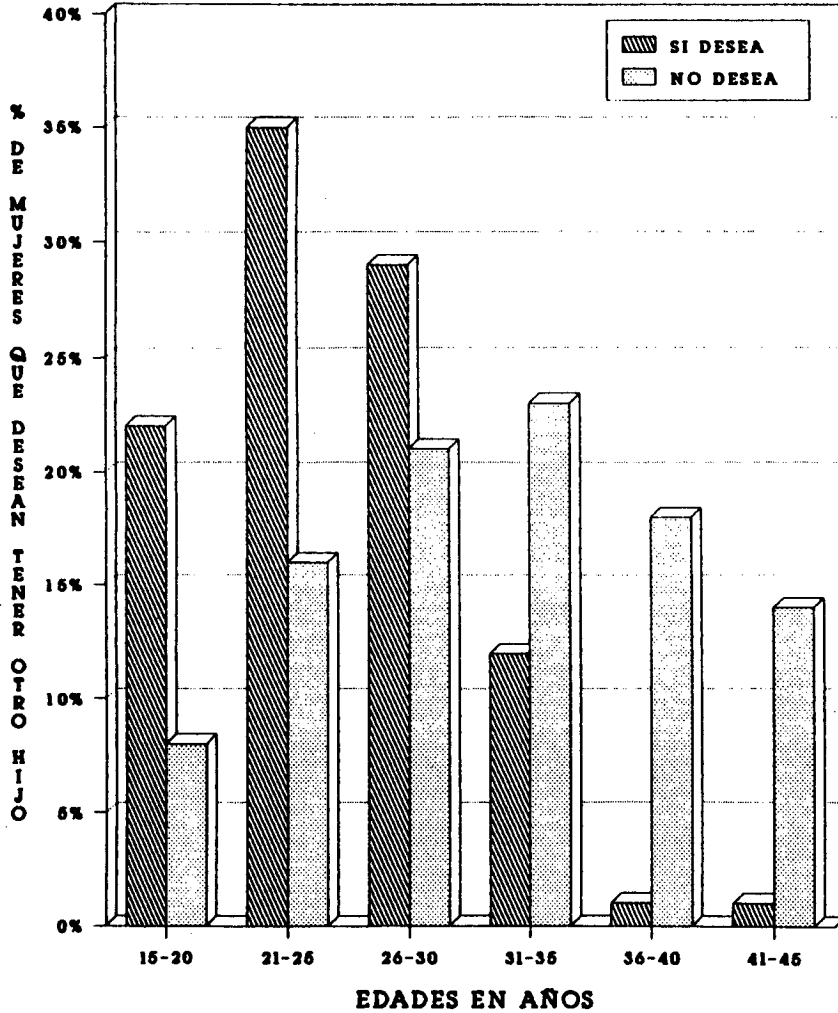
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES EVALUADAS POR  
DESEO DE TENER OTRO HIJO SEGUN EDAD;  
MUNICIPIO DE SAN DIEGO, DEPARTAMENTO DE ZACAPA  
DURANTE EL MES DE JUNIO DE 1,993

EDADES EN AÑOS	SI DESEA	NO DESEA
15 - 20	22	8
21 - 25	35	16
26 - 30	29	21
31 - 35	12	23
36 - 40	1	18
41 - 45	1	14
<b>TOTALES</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos.  
(Ver Anexo No. 1).

### GRAFICA No. 1

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES EVALUADAS POR DESEO DE TENER OTRO HIJO SEGUN EDAD, MUNIC. SAN DIEGO, ZACAPA DURANTE EL MES DE JUNIO DE 1,993



FUENTE: DATOS OBTENIDOS DEL CUADRO No. 1

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION DE MUJERES EVALUADAS POR  
 AÑOS DE UNION CONYUGAL Y DESEO DE TENER  
 OTRO HIJO SEGUN LA EDAD; MUNICIPIO DE SAN DIEGO  
 DEPARTAMENTO DE ZACAPA, DURANTE EL MES DE JUNIO  
 DE 1,993

AÑOS DE UNION CONYUGAL	1-4		5-8		9-12		13- +		TOTALES
	DESEA		TENER		OTRO		HIJO		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
15 - 20	14	6	1	1	0	0	0	0	22
21 - 25	15	5	5	6	4	7	0	1	37
26 - 30	7	1	4	8	6	6	3	3	38
31 - 35	2	1	1	1	1	8	4	9	27
36 - 40	0	0	0	0	0	3	1	12	16
41 - 45	0	0	0	1	0	3	1	8	13
<b>TOTALES</b>	<b>38</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>17</b>	<b>10</b>	<b>21</b>	<b>9</b>	<b>33</b>	<b>153</b>

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (Ver Anexo No. 1).

CUADRO No. 3

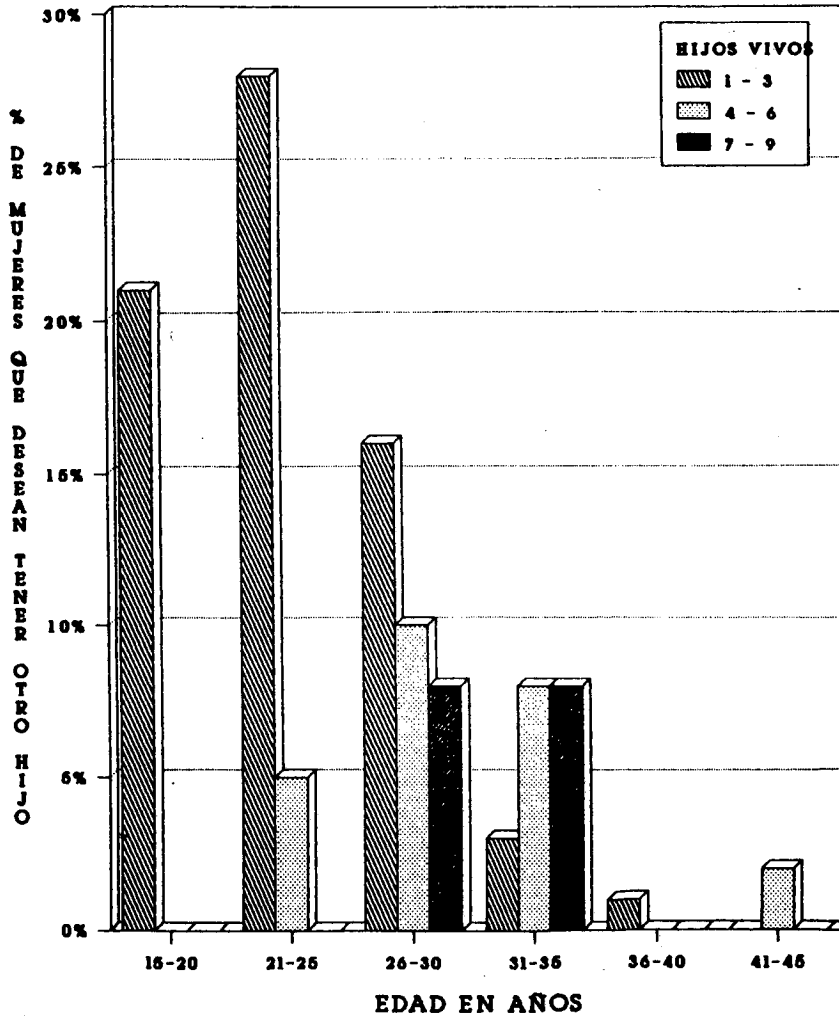
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES POR NUMERO  
DE HIJOS VIVOS Y DESEO DE TENER OTRO HIJO  
SEGUN EDAD, MUNICIPIO DE SAN DIEGO  
DEPARTAMENTO DE ZACAPA. DURANTE EL MES DE  
JUNIO DE 1,993

NUMERO DE HIJOS	1 - 3		4 - 6		7 - 9		10 - +	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
15 - 20	21	8	0	2	0	0	0	0
21 - 25	28	9	5	8	0	8	0	0
26 - 30	16	5	10	23	8	0	0	0
31 - 35	3	4	8	16	8	38	0	25
36 - 40	1	4	0	15	0	15	0	50
41 - 45	0	1	2	11	0	23	0	25
<b>SUBTOTAL</b>	69	31	25	75	16	84	0	100
<b>TOTAL</b>	100%		100%		100%		100%	

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (Ver Anexo No. 1).

## GRAFICA No. 3α

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES POR NUMERO DE HIJOS VIVOS Y DESEO DE TENER OTRO/SEGUN EDAD. MUNIC. SAN DIEGO, ZACAPA DURANTE EL MES DE JUNIO DE 1.993

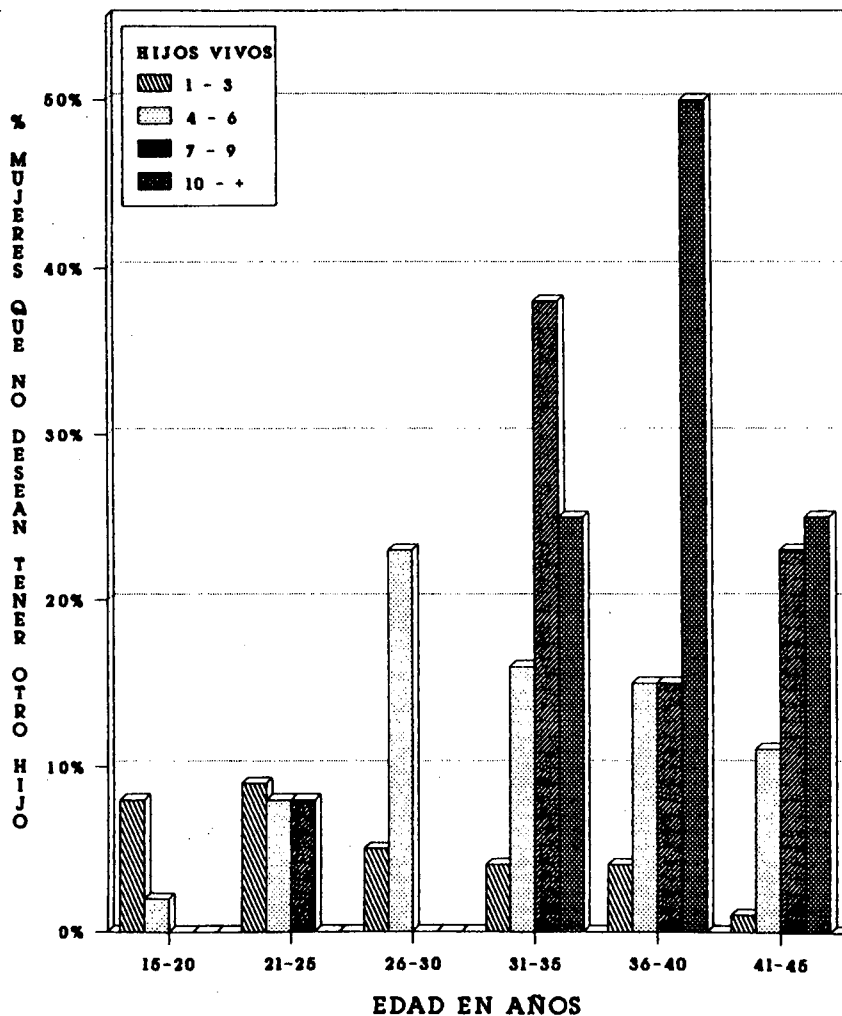


FUENTE: DATOS OBTENIDOS DEL CUADRO No. 3



## GRAFICA No. 3b

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES POR NUMERO DE HIJOS VIVOS Y NO DESEO DE TENER OTRO/SEGUN EDAD. MUNIC. SAN DIEGO, ZACAPA DURANTE EL MES DE JUNIO DE 1,993



FUENTE: DATOS OBTENIDOS DEL CUADRO No. 3

CUADRO No. 4

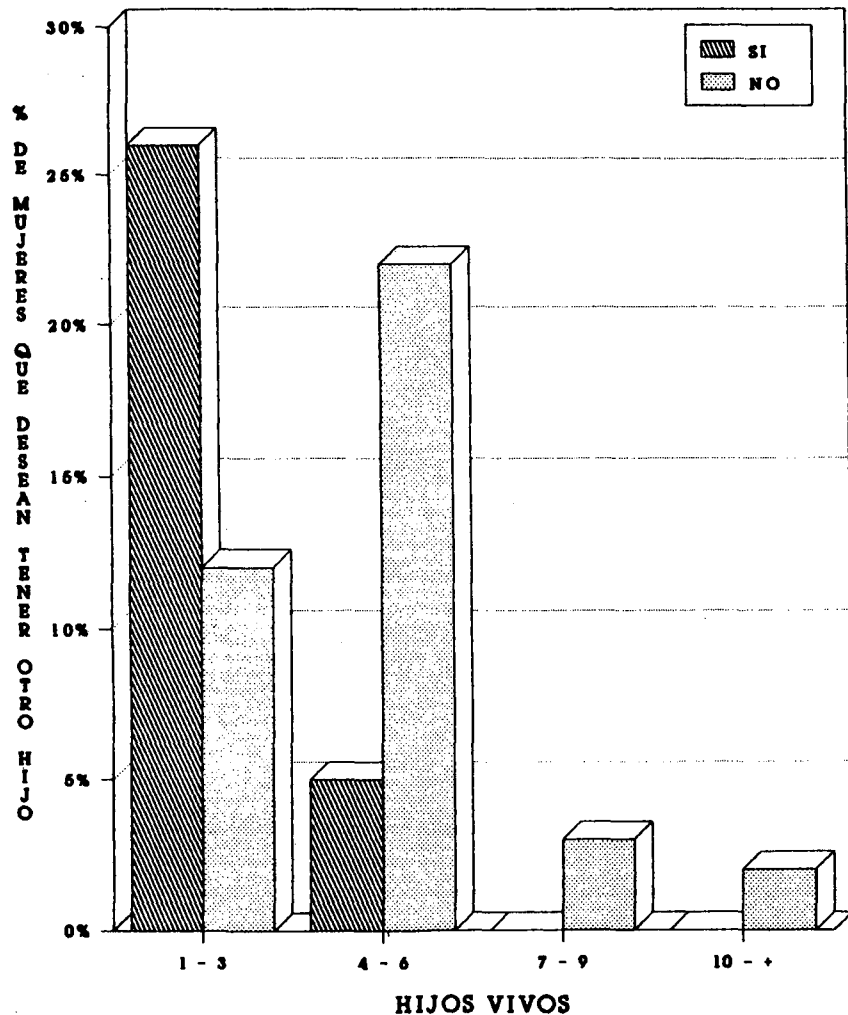
RELACION PORCENTUAL DE MUJERES POR ALFABETISMO Y DESEO  
DE PROCREAR SEGUN NUMERO DE HIJOS VIVOS.  
MUNICIPIO DE SAN DIEGO, DEPARTAMENTO DE ZACAPA.  
DURANTE EL MES DE JUNIO DE 1,993

NUMERO DE HIJOS VIVOS	ALFABETAS		ANALFABETAS		TOTALES
	DESEO DE TENER OTRO HIJO				
	SI	NO	SI	NO	
1 - 3	26	12	8	3	49
4 - 6	5	22	5	8	40
7 - 9	0	3	1	4	8
10 - +	0	2	0	1	3
<b>TOTAL</b>	31	39	14	16	100%

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (Ver Anexo No. 1).

## GRAFICA No. 4a

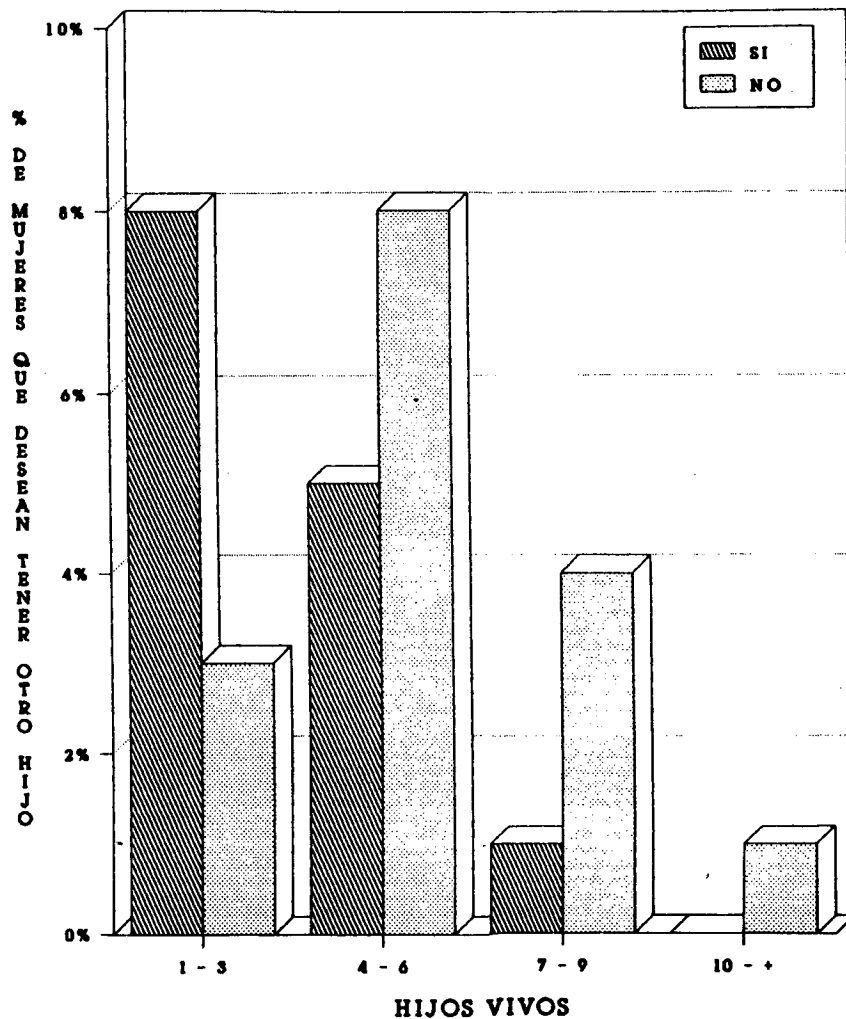
RELACION PORCENTUAL DE MUJERES ALFABETAS Y DESEO DE TENER OTRO HIJO/SEGUN NUMERO DE HIJOS VIVOS. MUNIC. SAN DIEGO, ZACAPA. DURANTE EL MES DE JUNIO DE 1,993



FUENTE: DATOS OBTENIDOS DEL CUADRO No. 4

## GRAFICA No. 4b

RELACION PORCENTUAL DE MUJERES ANALFABETAS Y DESEO DE TENER OTRO HIJO/SEGUN NUMERO DE HIJOS VIVOS. MUNIC. SAN DIEGO. ZACAPA. DURANTE EL MES DE JUNIO DE 1.993



FUENTE: DATOS OBTENIDOS DEL CUADRO No. 4

CUADRO No. 5

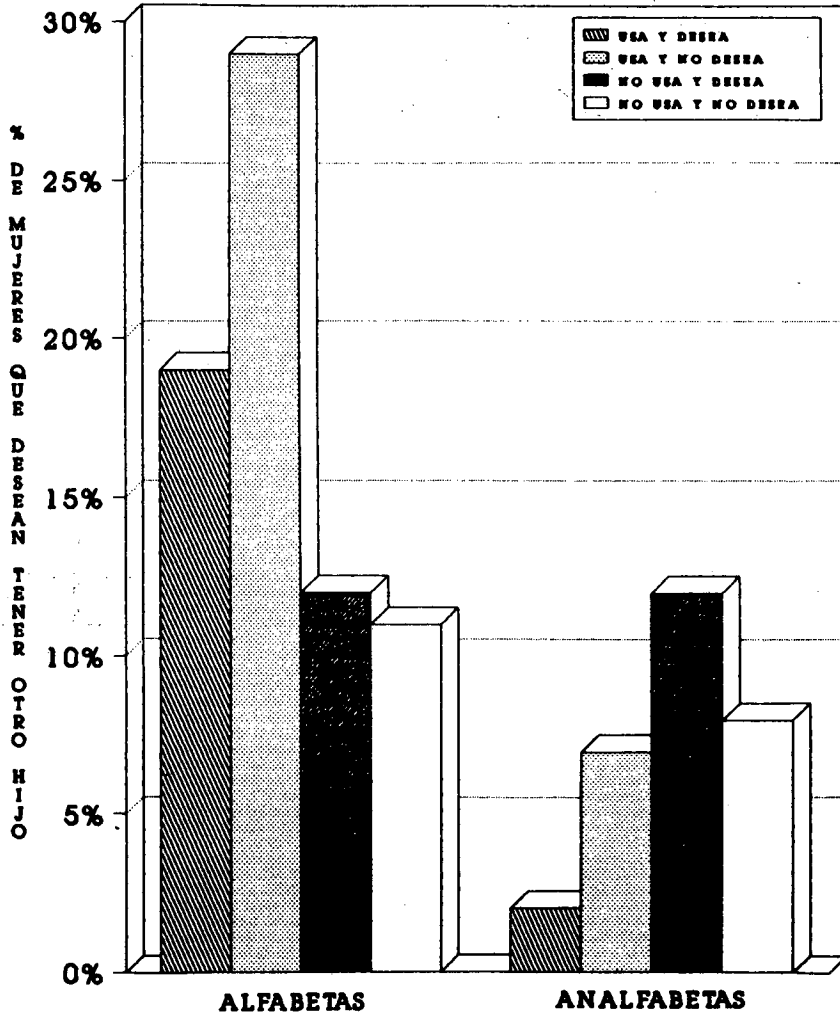
RELACION PORCENTUAL POR ALFABETISMO Y  
 DESEO DE TENER OTRO HIJO SEGUN USO DE ANTICONCEPTIVOS;  
 MUNICIPIO DE SAN DIEGO, DEPARTAMENTO DE ZACAPA,  
 DURANTE EL MES DE JUNIO DE 1,993

USO DE ANTICONCEPTIVOS	ALFABETAS DESEO DE TENER OTRO HIJO		ANALFABETAS DESEO DE TENER OTRO HIJO		TOTAL
	SI	NO	SI	NO	
SI	19	29	2	7	57
NO	12	11	12	8	43
<b>TOTAL</b>	31	40	14	15	100%

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (Ver Anexo No. 1).

## GRAFICA No. 5

RELACION PORCENTUAL POR ALFABETISMO/DESEO DE OTRO HIJO SEGUN  
 USO DE ANTICONCEPTIVOS, MUNIC. SAN DIEGO, ZACAPA.  
 DURANTE EL MES DE JUNIO DE 1.993



FUENTE: DATOS OBTENIDOS DEL CUADRO No. 5

CUADRO No. 6

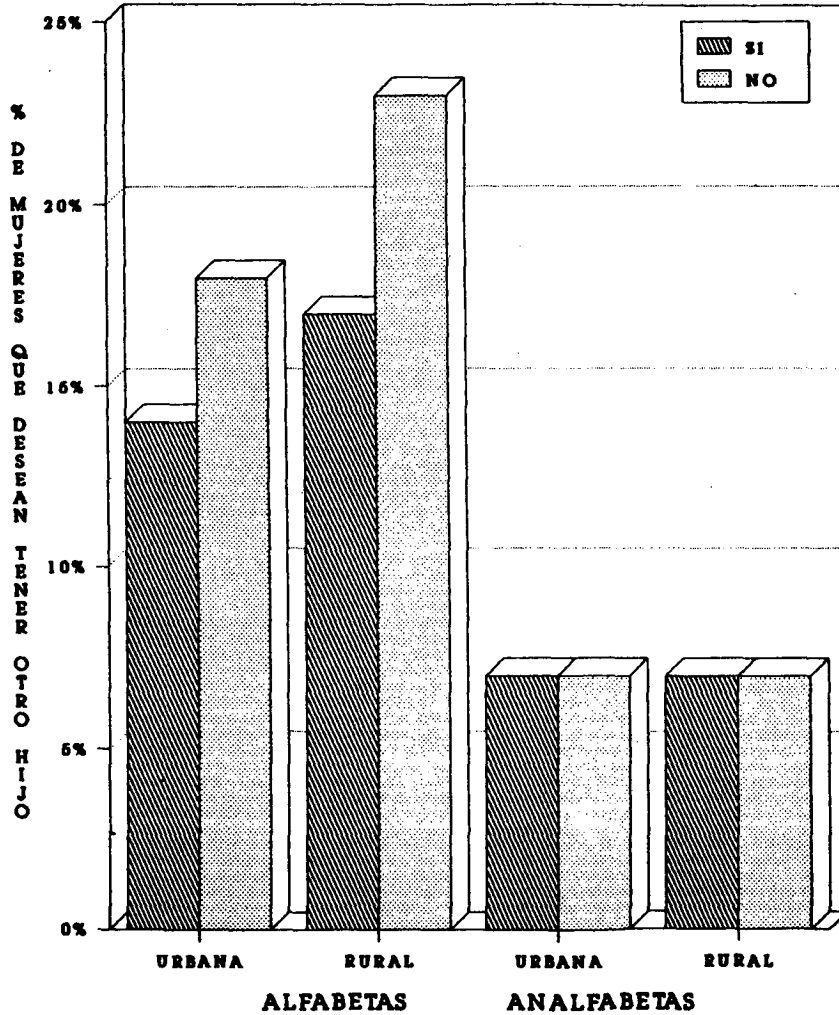
DISTRIBUCION PORCENTUAL POR ALFABETISMO Y  
 DESEO DE TENER OTRO HIJO SEGUN AREA URBANA Y RURAL  
 MUNICIPIO DE SAN DIEGO, DEPARTAMENTO DE ZACAPA,  
 DURANTE EL MES DE JUNIO DE 1,993

AREA	ALFABETISMO		ANALFABETISMO		TOTAL
	DESEO DE TENER OTRO HIJO				
	SI	NO	SI	NO	
RURAL	17	23	7	7	54
URBANA	14	18	7	7	46
<b>TOTAL</b>	31	41	14	14	100%

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (Ver Anexo No. 1).

### GRAFICA No. 6

DISTRIBUCION PORCENTUAL POR ALFABETISMO Y DESEO DE TENER OTRO HIJO/SEGUN AREA DE RESIDENCIA. MUNIC. SAN DIEGO, ZACAPA DURANTE EL MES DE JUNIO DE 1.993



FUENTE: DATOS OBTENIDOS DEL CUADRO No. 6



## CUADRO No. 7

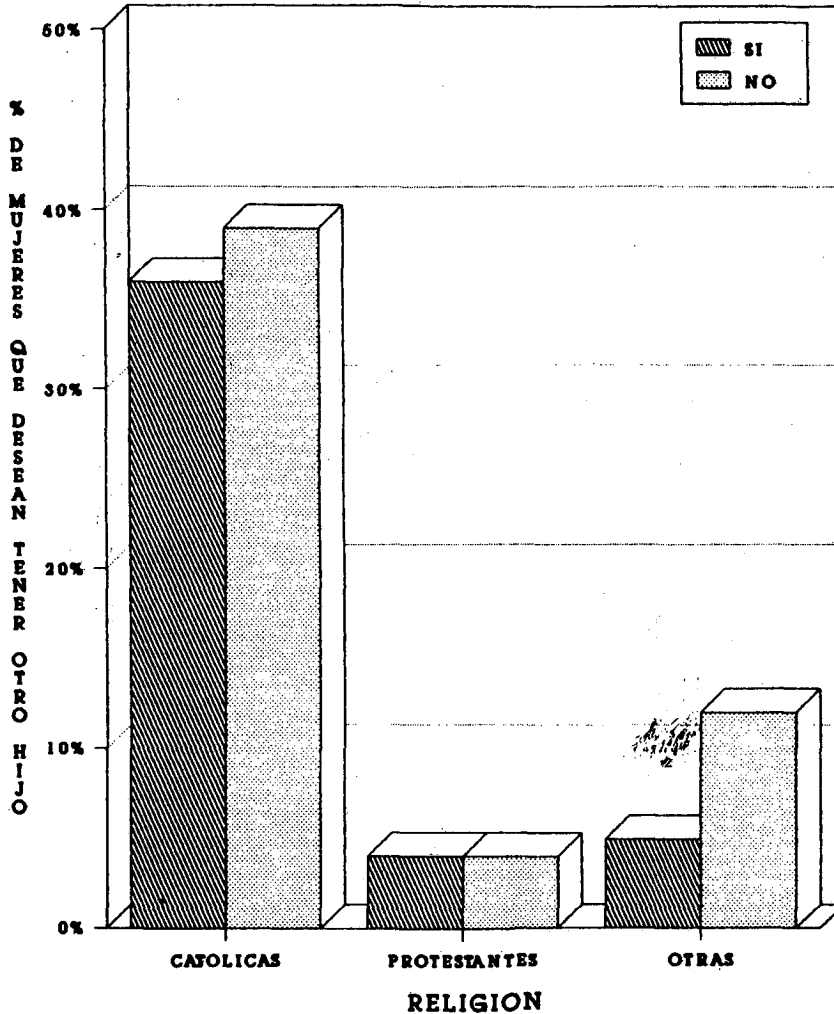
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES EVALUADAS POR  
 DESEO DE TENER OTRO HIJO SEGUN RELIGION  
 MUNICIPIO DE SAN DIEGO, DEPARTAMENTO DE ZACAPA,  
 DURANTE EL MES DE JUNIO DE 1,993

RELIGION	DESEO DE TENER OTRO HIJO		TOTAL
	SI	NO	
CATOLICA	36	39	75
PROTESTANTE	4	4	8
OTRAS	5	12	17
<b>TOTAL</b>	45	55	100%

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (Ver Anexo No. 1).

### GRAFICA No. 7

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES EVALUADAS POR DESEO DE TENER OTRO HIJO/SEGUN RELIGION. MUNIC. SAN DIEGO, ZACAPA DURANTE EL MES DE JUNIO DE 1.993



FUENTE: DATOS OBTENIDOS DEL CUADRO No. 7

## VIII. DISCUSION Y ANALISIS DE RESULTADOS

## CUADRO No. 1

La actitud de las mujeres evaluadas, en relación al deseo de tener otro hijo, ha revelado que el grupo de 21-25 años son las que más lo desean (35%); seguido por el de 26-30 años (29%).

Es a partir de los 30 años que cobra relevancia en cada grupo, el deseo de no procrear, puede observarse en la gráfica No. 1 que muestra fehacientemente el comportamiento, ya que cuando se llega a la edad de 41-44 años el deseo positivo es apenas perceptible, mientras que el negativo tiene ascenso; lo que puede interpretarse que el deseo de tener otro hijo va de acuerdo con la edad. Excepción de este estudio en el grupo de 15-20 años de edad que resultó menor que los subsiguientes, tal vez por el número de mujeres que resultó ser menor, ya que al cotejar los resultados con su mismo rango, es mayor esta actitud (22%) contra el 8% que respondió no desear (Véase gráfica No. 1).

## CUADRO No. 2

En el análisis del tiempo de unión conyugal, por deseo de tener otro hijo y la edad de la madre, la concentración estuvo en cifras absolutas en las edades de 26-30 años, representando el 24%, y de ellas el 21% en el rango de 5-8

años de unión conyugal no desea tener más; dentro de la actitud de tener más hijos en el rango de 1-4 años de unión conyugal, el grupo comprendido entre 21-25 años de edad respondió positivamente en un 10%, sobre el total general, superando los otros grupos incluyendo al de 15-20 años que llegó al 9% .

### CUADRO No. 3

Siendo uno de los objetivos de la encuesta establecer el deseo de tener otro hijo y que la actitud podría estar relacionada con la edad de la madre, en el cuadro No. 3 (gráfica No. 3a y No. 3b), se infiere que dicho deseo queda confirmado en la forma a priori supuesta del comportamiento, que está dentro del rango de 1-3 hijos vivos.

Las madres dentro de las edades de 21-25 años manifestaron en un 13%, en relación al total de la muestra, el deseo de tener otro hijo, siguiendo es esta actitud las que tenían 15-20 años de edad dentro del mismo rango; es posible que por su importancia numérica la predisposición no sea relevante, ya que las respuestas negativas en ambos grupos de edad fué igual (4%).

Las otras edades y rangos de hijos vivos, no tuvieron relevancia de análisis.

Lo anterior se endosa que el deseo de tener otro hijo está vinculado con la edad y fué normal entre los que tenían 1-3 años de vida conyugal.

## CUADRO No. 4

El alfabetismo es un indicador en el progreso de los pueblos, de allí que se creyó conveniente relacionar para su análisis este aspecto con el número de hijos vivos que se tenían para el momento de la encuesta.

La actitud revelada en las mujeres alfabetas comparada con el total general, indica que únicamente cuando tienen de 1-3 hijos vivos, desean otro más, siendo esto el 26%; las madres con 4-6 hijos fueron las que su mayoría dijo no desear 22%, contra un 5% que sí quería.

Los otros rangos de hijos vivos es decir a partir de 7 hijos, no tiene importancia tanto para alfabetas como para analfabetas ya que su respuesta fué de muy bajo porcentaje.

Dentro de las analfabetas fué notorio que el rango de 4-6 hijos fueron los que mostraron más negativos con un 8% del total y las de 1-3 lo desearon en un 8%.

Se observa que ésta población en un 70% es alfabetas y de ellas el 39% no desea tener otro hijo; ésta actitud tiene también validez para las analfabetas donde el 16% no desea tener otro hijo y sólo el 14% fueron positivos. (Véase gráficas 4a y 4b).

## CUADRO No. 5

El comportamiento que salió a la luz en esta investigación en cuanto al uso de enticonceptivos es que el 57 % del total de encuestados los usa; las mujeres alfabetas

representan el 48% de ese total y de cuyo porcentaje el 29% no desea tener otro hijo. El grupo analfabeta que usa anticonceptivos y desean otro hijo.

La visión general del panorama es que la actitud es positiva en cuanto al uso de anticonceptivos y negativo a seguir teniendo hijos, 29% alfabetas y 7% analfabetas. (Véase gráfica No. 5).

#### CUADRO No. 6

Subjetivamente siempre se ha ubicado en términos generales que el área rural es la que impulsa el crecimiento demográfico; pero el estudio en el municipio de San Diego demuestra lo contrario ya que el 22% del total general es del área rural, no usa anticonceptivos y no desea tener otro hijo, estando conformada por mujeres alfabetas; en el área urbana el 18%, que, aunque usa anticonceptivos no desea tener otro hijo.

Las alfabetas del área rural que usan anticonceptivos y desean tener otro hijo representó el 17%.

Por separado el grupo de analfabetas en ambas áreas, no fué significativo y su actitud fué uniforme en 7% para todas las variables. (Véase gráfica No.6).

## CUADRO No. 7

En investigaciones científico-sociales que se pretende penetrar en la actitud de las personas en cuanto a las familias, en el caso de Guatemala se presume a priori que la religión tiene gran inferencia en la conducta de los individuos, fué tomada en cuenta esta variable en la encuesta de San Diego, sorprendiendo en el análisis que

el 55% del total en general no desean tener más hijos, de ellas el 7a % son católicas.

Las mujeres católicas que desean tener otro hijo son el 52% en relación a las que no lo desean que corresponden al 48% .

Las otras religiones no tuvieron suficiente representatividad para el análisis pues, el grupo protestante encuestado resultó ser del 0.08% y la actitud fué uniforme.

Es de notar que otros grupos religiosos no ubicados en los dos anteriores, dijo no desear otro hijo en un 12% del total general (sabatistas, adventistas, etc.).

Se deduce que la religión no fué barrera para que la mayoría se pronunciara no deseando otro hijo. (Véase gráfica No.7).

## IX. CONCLUSIONES

1. Los resultados de la encuesta revelaron que las mujeres de 21-25 años son las que más desean tener otro hijo (35%), y que a partir de los 31 años va disminuyendo esa predisposición. Se manifiesta que el deseo de tener otro hijo está relacionado con la edad.
2. Cuando se combina el tiempo de unión conyugal con el deseo de tener otro hijo, la mayoría de mujeres estuvo comprendida entre 26-30 años de edad, el 24% del total general y de ellas el 21% en el rango de 5-8 años de unión conyugal no desea tener otro hijo.
3. La concentración del deseo de tener otro hijo, estuvo en el rango de 1-3 hijos vivos, ésto es válido para alfabetas y analfabetas.
4. La población en edad fértil en un 70% es alfabetas y de ellas el 39% no desea tener otro hijo, por lo que este parámetro influye ligeramente.
5. Cuando se examina el comportamiento al tener otro hijo, relacionado con el uso de anticonceptivos, resaltó que en el 57% lo usan, de éste total, el 48% son alfabetas de las que a su vez en un 29% no desean tener otro hijo más, por lo que este aspecto social sí influyó.
6. Las mujeres del área rural en un 22% no usan anticonceptivos y no desean tener otro hijo, mientras que en el área urbana usan anticonceptivos y no desean otro hijo más.



7. La religión no tuvo ninguna influencia ya que siendo el 70% católicas, y de ellas el 52% de ese total, no desean más hijos.

## X. RECOMENDACIONES

1. Que el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Educación conjuntamente implementen información sobre fecundidad y planificación familiar a los diferentes niveles, tanto de educación como de atención primaria para beneficio de toda la población.
2. A la Jefatura de Area (Zacapa) que tome en consideración los resultados de éste trabajo para implementar las medidas necesarias y brindar una mayor proyección (medios audiovisuales) hacia la población, para una mejor educación en salud reproductiva.
3. Que el personal que se destine para esta actividad sea previamente adiestrada para lograr credibilidad en la población.
4. A la Jefatura de Distrito (San Diego) que en sus diversas actividades que realiza en sus respectivas aldeas las complemente sobre el tema de Salud Reproductiva.
5. A los estudiantes del último año de Medicina que realizan el Ejercicio Profesional Supervisado Rural (EPS Rural), para que implementen a sus actividades ya establecidas, el programa de Salud Reproductiva.
6. A la población en general (mujeres y hombres en edad reproductiva), que tomen conciencia de la gran responsabilidad que representa la Salud Reproductiva.

## XI. RESUMEN

Se efectuó un estudio descriptivo-prospectivo, en 153 mujeres del área urbana y rural, comprendidas entre los 15 y 44 años de edad del municipio de San Diego, departamento de Zacapa, durante junio de 1993; se tomaron variables como: edad, años de unión conyugal, religión, grado de escolaridad, paridad, y uso de métodos de planificación familiar.

El presente trabajo se realizó en base a una ficha de recolección de datos, obteniéndose los siguientes resultados:

En relación al deseo de tener otro hijo reveló que el grupo de 21-25 años de edad es el que más lo desea (35%), ya que, a partir de los 31 años disminuye considerablemente; con respecto al tiempo de unión conyugal, la mayoría está comprendida en las edades de 26-30 años (24%) del total y de ellas el 21% en el rango de 5-8 años de unión conyugal; en el grupo de número de hijos vivos, dentro del rango de 1-3 hijos vivos del 69% de la población, el 70% es alfabeta y de éstas últimas un 39% no desea tener otro hijo. Con relación al uso de anticonceptivos el 57% lo usa, de este total el 48% son alfabetas las que a su vez no desean tener otro hijo en un 29%; en el área rural no usan anticonceptivos y no desean tener otro hijo, y en el área urbana el 18% usa anticonceptivos y no desea tener otro hijo. La religión con un mayor porcentaje con un 70% y de ellas el 52% no desean tener otro hijo.

Los factores que influyeron en el deseo de tener otro hijo, fueron: edad, número de hijos vivos y años de unión conyugal; el

alfabetismo ligeramente. No teniendo importancia considerable la religión ni el área de residencia.

Se recomienda que conjuntamente los Ministerios de Salud y de Educación, implementen información sobre fecundidad y planificación familiar a los diferentes niveles tanto de educación, como de atención primaria en salud para beneficio de todos los interesados.

**XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Arias de Bloir, Jorge. **El crecimiento de la población de Guatemala sus aplicaciones.** APROFAM 1987 (pp. 5-41).
2. Asociación Guatemalteca de Educación Sexual. **Metodología Anticonceptiva,** Guatemala 1981. (pp. 1-8).
3. Asociación Pro-bienestar de la Familia. **Calendario Demográfico.** Relaciones Públicas. **APROFAM.** Guatemala 1993. (pp. 1-12).
4. Asociación Pro-bienestra de la Familia. **Encuesta Nacional de la Fecundidad.** Planificación Familiar y Salud Materno-Infantil de la República de Guatemala. 1983. (pp. 33-37).
5. Castañeda Alvarez, Silvia. **Estudios Básicos.** La mujer en Guatemala. Enero 1991.
6. De León Estrada, M.S. **Creencias acerca de la reproducción Humana en el Kekchí.** Tesis (antropólogo) Universidad de San Carlos de Guatemala. 1988. (pp. 29-31).
7. Eckholm, Eric. **et al.** La Planificación Familiar como factor de salud. **Population Reports.** Baltimore. USA. Enero 1986. (pp. 1-5).
8. Elias Solís, Luis Armando. **Conocimientos Actitudes de Métodos anticonceptivos en Sanarate.** Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. 1991. (pp. 15-22).

9. Galew, Marra. El Hombre, Nuevo Enfoque de los Programas de Planificación Familiar. **Population Reports**. The John Hopkins University. Baltimore. USA. 1987, nov; (pp.1-3).
10. Gil Bobadilla, Mayra Delfina. **Conocimiento y uso de Métodos Anticonceptivos Naturales y Artificiales, Asociado al Espaciamento de Embarazos en un Area Rural de Guatemala**. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. 1989. (pp. 1-6).
11. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. **Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil**. Guatemala. 1987. (pp. 45-53).
12. International Programs. **Fecundidad y Planificación Familiar en América Latina. Retos para la Década de 1990**. Washington, D.C. USA 1992 jun.
13. Kelly, J.R. **Numbers vrs. Principe Family Planning Prospective**. 1987 marzo; (pp. 122-124).
14. Liskin Laurie. et al. La Juventud de la Década de 1980 Aspectos Sociales y de Salud. **Population Reports**. John Hopkins University. Baltimore. USA 1987 ene; (pp. 1-10).
15. Liskin Laurie. et al. Al disipar rumores negativos sobre fecundidad después del uso de anticonceptivos. **Population Reports**. The John Hopkins University. Baltimore. USA 1985 oct; (pp. 1-31).

16. London, Kathy A. et al. **A actualización de las Encuestas de Fecundidad y Planificación Familiar. Population Reports.** The John Hopkins University. Baltimore. USA 1986 oct; (pp. 1-42).
17. Megavler, M. **Planificación Familiar Natural en Techers. Manual for the Ovulation Method.** Traducido al español por Corsano. Guatemala. 1980. (pp. 1-3).
18. Mereidth Philip. **La Participación Masculina en la Maternidad Planeada. Revista Global y Estrategias para el Desarrollo de Programas.** New York. (pp. 1-11).
19. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. **Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil 1987.** Guatemala, C.A. 1987. (pp. 33-57).
20. Montana, Eduardo. **Tecnología de Contracepción.** Segunda Edición en español. Irvington Publishers. México 1982. (pp. 180-182).
21. Omar, Abdel R. **Fecundidad y Salud, la Experiencia Latino Américo.** OPS. 1981. (pp. 2-37).
22. Osorio Alonso, Luis. **Actitudes y Conocimientos sobre los Métodos Anticonceptivos a Nivel Rural.** Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. 1989. (pp. 10-15).
23. **Publicaciones Científicas y Técnicas de la Oficina Panamericana de la Salud. Análisis de la Situación de la Salud por Regiones.** Guatemala. 1992.

24. Publicaciones Científicas y Técnicas de la Oficina Panamericana de la Salud. **Estudios Básicos del Sector de la Salud.** Vol. 4 Guatemala. 1981. (pp. 1-28).
25. Sherris, Jackeline D. et al. Actualización, recientes adelantos de la Anticoncepción vaginal. **Population Reports.** The John Hopkins University. Baltimore, USA. 1985 feb; (pp. 1-28).
26. Whorton, Cris y Blackburns, M. Las Píldoras de Dosis Reducida. **Population Reports.** The John Hopkins University. Baltimore. USA. 1988 nov; (pp. 1-22).
27. William, Hellma L. y Pritchard J. Planificación Familiar. **En su: Obstetricia.** Cap. 39, 2da edición. México, Salvat, 1980. (pp. 826-850).



## XIII. ANEXO No. 1

DEPARTAMENTO  
FECHA

MUNICIPIO

Guía de entrevista para determinar características de la mujer, el deseo de procreación y la utilización de métodos de planificación familiar.

1. EDAD ANOS: 15-20 \_\_\_ 21-25 \_\_\_ 26-30 \_\_\_ 31-35 \_\_\_ 36-40 \_\_\_ 41-44 \_\_\_
2. GRUPO ETNICO: INDIGENA \_\_\_ NO INDIGENA \_\_\_
3. ESTADO CIVIL: CASADA \_\_\_ UNIDA \_\_\_ DIVORCIADA \_\_\_ VIUDA \_\_\_
4. RELIGION: CATOLICA \_\_\_ PROTESTANTE \_\_\_ OTRAS \_\_\_
5. EDUCACION ESCOLAR: PRIMARIA \_\_\_ SECUNDARIA \_\_\_ DIVERSIFICADO \_\_\_  
UNIVERSITARIA \_\_\_ ANALFABETA \_\_\_
6. OCUPACION: \_\_\_\_\_
7. ANOS DE UNION CONYUGAL: 1-4 \_\_\_ 5-8 \_\_\_ 9-12 \_\_\_ 13-+ \_\_\_
8. NUMERO DE EMBARAZOS: 1-3 \_\_\_ 4-6 \_\_\_ 7-9 \_\_\_ 10-+ \_\_\_
9. NUMERO DE HIJOS: 1-3 \_\_\_ 4-6 \_\_\_ 7-9 \_\_\_ 10-+ \_\_\_
10. DESEO DE TENER OTRO HIJO: SI \_\_\_ NO \_\_\_
11. CUANTOS HIJOS DESEARIA TENER: \_\_\_\_\_
12. CUANTOS HIJOS CONSIDERA QUE DEBE TENER UNA FAMILIAR: \_\_\_\_\_
13. CONOCE USTED LA PLANIFICACION FAMILIAR: SI \_\_\_ NO \_\_\_
14. QUE OPINA USTED SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR: \_\_\_\_\_
15. UTILIZA ALGUN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR: SI \_\_\_ NO \_\_\_

DEPARTAMENTO DE PLANIFICACION FAMILIAR DE GUATEMALA  
DIRECCION GENERAL DE PLANIFICACION FAMILIAR

16. SI SU RESPUESTA FUE SI, INDIQUE CUAL DE ELLOS Y POR QUE:
- |                         |                           |
|-------------------------|---------------------------|
| 1. LACTANCIA MATERNA    | 1. ANTICONCEPTIVOS ORALES |
| 2. METODO DEL RITMO     | 2. DIAFRAGMA VAGINAL      |
| 3. METODO TERMICO       | 3. ESPUMA VAGINAL         |
| 4. METODO SINTO-TERMICO | 4. TABLETA VAGINAL        |
| 5. COITUS INTERRUPTUS   | 5. JALEA ESPERMATICA      |
| 6. METODO DE BILLINGS   | 6. CONDON                 |
|                         | 7. DIU                    |
|                         | 8. IMPLANTES              |
|                         | 9. MINILAPAROTOMIA        |
|                         | 10. POMEROY               |
|                         | 11. VASECTOMIA            |

POR QUE: \_\_\_\_\_

17. A DONDE VA PARA UTILIZAR LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR:
- CENTRO DE SALUD: \_\_\_\_\_ PUESTO DE SALUD: \_\_\_\_\_
- COMADRONA: \_\_\_\_\_ PROMOTOR DE SALUD: \_\_\_\_\_ CURANDERO: \_\_\_\_\_
- FARMACIA: \_\_\_\_\_ CLINICA PRIVADA: \_\_\_\_\_
- ASOCIACION PROBIENESTAR FAMILIAR (APROFAM): \_\_\_\_\_

