

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"DINAMICA POBLACIONAL Y SALUD
REPRODUCTIVA"

Estudio efectuado en un grupo de mujeres de área urbana
y rural, comprendidas entre 15-44 años de edad del
municipio de San Juan Sacatepéquez, Departamento
de Guatemala, mayo a julio de 1,993.

TESIS

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

POR

LOURDES ILEANA SOLIS GARCIA

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Octubre de 1,993



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 29 de octubre de 1993
DIF-

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

Se informa que el: PERITO CONTADOR LOURDES ILEANA SOLIS
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos
GARCIA Carnet No. 85-12141
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 H. Cruzado Gamboa
MEDICO Y CIRUJANO.
COL. No. 6709




Revisor
Firma y sello
Registro Personal 14909

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

DL
OS
TC(7093)

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

FORMA D

HACE CONSTAR QUE :

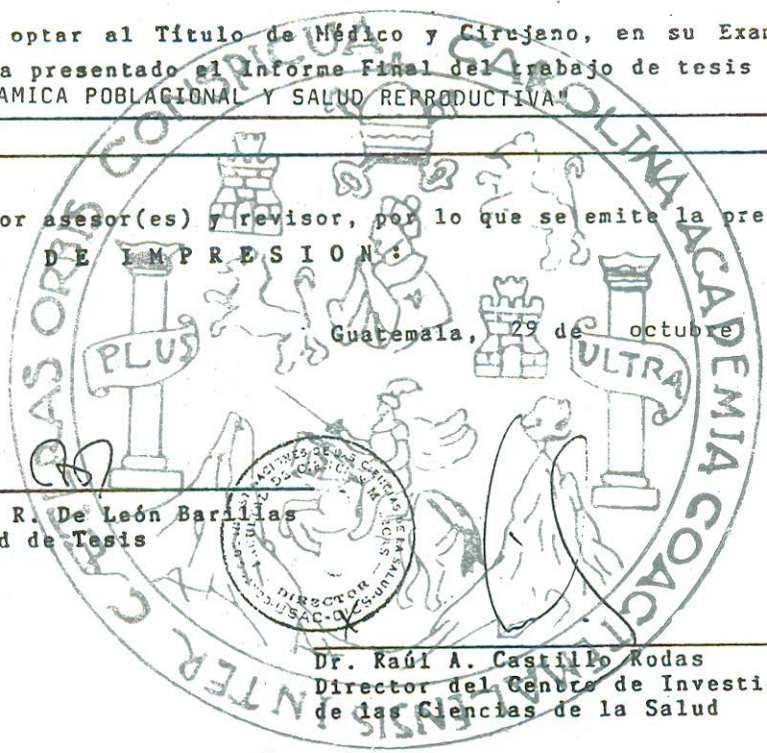
El Bachiller: LOURDES ILEANA SOLIS GARCIA
Carnet Universitario No. 85-12141

revisó a optar al Título de Médico y 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, 29 de octubre de 1993

x
Dr. Edgar R. De León Barillas
Por Unidad de Tesis

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



PRIMASE :

Dr. Jafeth Ernesto Carrera Franco



INDICE

	PaGe	
I	INTRODUCCION	1
II	DEFINICION DEL PROBLEMA	3
III	JUSTIFICACION	5
IV	OBJETIVOS	7
V	REVISION BIBLIOGRAFICA	8
VI	TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS	28
VII	PRESENTACION DE RESULTADOS	39
VIII	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	53
IX	CONCLUSIONES	59
X	RECOMENDACIONES	61
XI	RESUMEN	62
XII	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	64
XIII	ANEXO	68

I INTRODUCCION

Es conocido que los problemas de salud en países en vías de desarrollo como Guatemala son graves y difíciles de resolver por su complejidad afectando mayormente a mujeres y niños por situaciones socio-económicas, políticas y culturales que se reflejan en el analfabetismo, desnutrición, pobreza, mala vivienda, desempleo, etc, contribuyendo a su exacerbación elevadas tasas de fecundidad; y que para nuestro país dicha tasa sobrepasa al resto de América Latina; cooperando a dichas cifras varios departamentos y municipios de la República, entre ellos San Juan Sacatepéquez que se encuentra a 36 kms. del área metropolitana y forma parte del altiplano por lo que se decidió investigar en mujeres de edad fértil factores como: la edad, años de unión conyugal, número de hijos vivos que influyen en el deseo de tener otros hijos y relación con el uso de métodos anticonceptivos tomando en consideración alfabetismo, religión, área de residencia y grupo étnico.

Para dicha Investigación se tomó una muestra del 22% de la población de mujeres en edad fértil que ascendió a 356 personas que estuvieran casadas ó unidas, con uno ó más hijos vivos, originarias ó residentes en el municipio; a quienes se les practicó una entrevista de forma personal durante los meses de mayo a julio de 1993. Obteniendo de dicha encuesta que las mujeres entre 15 a 20

años de edad, las que tienen de 1 a 4 años de unión conyugal y de 1 a 3 hijos vivos entre el rango de 21 a 25 años de edad si deseaban tener otro hijo en su mayoría; influenciadas por situaciones como la económica, educación, salud, vivienda, alimentación, etc. Respecto a los métodos anticonceptivos son poco aceptados debido a las distintas corrientes ideológicas de las mujeres. También se investigaron otros factores antes mencionados concluyendo que tienen poca influencia en el deseo de procrear.

Analizando en forma global se dedujo que este municipio impulsa el crecimiento demográfico, conllevando a tiempo impredecibles las dificultades del país, para satisfacer las necesidades de una población joven.

II DEFINICION DEL PROBLEMA

La población de Guatemala se caracteriza porque su tasa de fecundidad alcanza valores altos para jóvenes menores de 20 años y mujeres de 35 años en los cuales es más fácil que ocurran problemas con el embarazo y el parto por lo que se consideran grupos de alto riesgo (3), según la encuesta nacional sobre salud Materno Infantil en 1,987, fue 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%, es tres veces superior a las tasas de países industrializados 1.9% (23). 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 pretendió determinar algunas características de la mujer rural y/o urbana de 15-44 años de edad, casadas o unida que tengan hijos; son un grupo importante en la población, no sólo por su papel determinante en la sociedad, sino por su número, ya que del total de habitantes el 49% corresponde al sexo masculino y el 51% al sexo femenino y de este el 24% corresponde a mujeres en edad fértil (23), en este grupo se investigó el deseo de procrear otro hijo y la utilización de algún método de espaciamiento de embarazos, ya que dichos datos

podrían contribuir a comprender el porqué de la conducta reproductiva e implementar medidas y/o cambios congruentes para lograr reducir el crecimiento acelerado de la población y recibir mejor atención a nivel del núcleo familiar.

III JUSTIFICACION

La distribución de la población de la región Metropolitana muestra una tendencia a la concentración en los municipios de Guatemala, Mixco, Villa Nueva, San Juan Sacatepéquez y Chinautla, todos ellos funcionalmente articulados y altamente dependientes de la capital (23).

Los problemas que afectan a la mujer en Guatemala tienen su raíz en la estructura socio-económica reforzada por aspectos culturales y de género. Ello se reflejan en altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, analfabetismo, desnutrición, marginación, maternidad precoz, periodos intergenésicos muy reducidos y por lo tanto altas tasas de fecundidad (24). Con respecto a la situación sobre salud materna para la República la tasa de mortalidad materna fue de 1.06 por cada 1,000 nacidos vivos, para el área Metropolitana la tasa de mortalidad materna en 1,990 fue de 0.63 por 1,000 nacidos vivos. La atención del parto en más del 70% es atendido institucionalmente, el 14% por el sector privado, el 8% es atendido por comadrona tradicional capacitada y el resto por comadrona empírica, en las zonas urbanas y marginales de la región 83% de las mujeres embarazadas recibieron atención prenatal y en el área rural la cobertura alcanzó el 42% que fue proporcionada por comadronas empíricas(23). Las mujeres que tienen hijos a temprana o tarde edad, durante su vida

III JUSTIFICACION

La distribución de la población de la región Metropolitana muestra una tendencia a la concentración en los municipios de Guatemala, Mixco, Villa Nueva, San Juan Sacatepéquez y Chinautla, todos ellos funcionalmente articulados y altamente dependientes de la capital (23).

Los problemas que afectan a la mujer en Guatemala tienen su raíz en la estructura socio-económica reforzada por aspectos culturales y de género. Ello se reflejan en altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, analfabetismo, desnutrición, marginación, maternidad precoz, periodos intergenésicos muy reducidos y por lo tanto altas tasas de fecundidad (24). Con respecto a la situación sobre salud materna para la República la tasa de mortalidad materna fue de 1.06 por cada 1,000 nacidos vivos, para el área Metropolitana la tasa de mortalidad materna en 1,990 fue de 0.63 por 1,000 nacidos vivos. La atención del parto en más del 70% es atendido institucionalmente, el 14% por el sector privado, el 8% es atendido por comadrona tradicional capacitada y el resto por comadrona empírica, en las zonas urbanas y marginales de la región 83% de las mujeres embarazadas recibieron atención prenatal y en el área rural la cobertura alcanzó el 42% que fue proporcionada por comadronas empíricas(23). Las mujeres que tienen hijos a temprana o tarde edad, durante su vida

reproductiva, las que tienen un número excesivo de ellos y las que tienen muy seguido, se colocan y ponen a sus hijos en situaciones de peligro. (6,10,14), 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 y el siguiente. A pesar de la intenciones manifiestas, una importante proporción de estas mujeres no están practicando la planificación (12). Así mismo las diferencias relativas al uso de anticonceptivos varían entre las zonas rurales y las urbanas parece derivar tanto de las diferencias entre las características de las mujeres como del acceso a servicios de planificación (16).

Por lo anteriormente expuesto se considera de importancia 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 no se ha realizado ninguna investigación sobre dicha problemática y tomando en cuenta que con dichos datos podría luego orientarse por diversos medios a la población para aminorar el crecimiento acelerado de estas a través de un comportamiento reproductivo racional con pleno respeto a la dignidad humana dentro de un esquema de paternidad responsable, ~~colocando así a la mujer en mejores condiciones de~~ participación en la sociedad civil.

IV OBJETIVOS

A. GENERAL

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

V REVISION BIBLIOGRAFICA

A. LA MUJER Y LA PROCREACION

a) Fecundidad Acumulada:

Las mujeres que han estado casadas o unidas diez 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 treinta años o más, tienen un promedio de ocho hijos. Esto se debe a que han tenido mayor tiempo de exposición durante los años más fértiles. En efecto se estima que el periodo de mayor fecundidad de la mujer se da entre los 20-28 años de edad. A partir de los 30 años las probabilidades de quedar embarazada disminuye gradualmente hasta llegar al estado de infertilidad secundaria, es decir al estado en el 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 de las ciudades, aproximadamente entre uno a dos años de diferencia (14).

b) Edad al Nacimiento del primer hijo:

La edad en la que las mujeres comienzan a tener hijos constituyen un factor demográfico importante, esta 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 cuatro mujeres tiene su primer hijo antes de los 18 años de edad y el 44% antes de los 20 años. La edad 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 área y también a las de residencia en áreas urbanas (19).

c) El Deseo de Tener Mas 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 otros 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 un grupo de riesgo por razones relacionadas con condiciones económicas, sociales y culturales que inciden en la 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 (8,24).

e) Salud de la Mujer Indígena

De la población Guatemalteca estimada en 9.2 millones de habitantes en 1,990, más de 4 millones son mujeres, de ellas el 51% son indígenas, un 60% de estas últimas viven en caseríos dispersos en 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 la planificación y programación del sistema de prestación de servicios de salud, a pesar de que el atraso y la marginalidad de las mujeres indígenas se evidencia en altas tasas de fecundidad (siete 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 los Jóvenes:

El embarazo en mujeres muy jóvenes, aún cuando sea deseado, es más peligroso, tanto para la madre como para el niño, que el embarazo en una edad tardía, enfrentan mayores riesgos de complicaciones obstétricas y tienen mas posibilidades de morir durante el embarazo y el parto, que las mujeres que ya han cumplido los 20 años. Las principales complicaciones que pueden poner en peligro la vida de las madres muy jóvenes son; hipertensión, anemia por deficiencia de hierro y problemas debidos a la desproporción cefalopélvica (14).

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, desempleo o trabajos mal remunerados, estar separada o divorciada de su pareja (14).

h) Consecuencias del Matrimonio Prematuro en la Fecundidad:

Las mujeres que contraen matrimonio muy jóvenes, tienen familia más numerosas, 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 elevada, al mismo tiempo, las mujeres que se casan más jóvenes tienden a usar menos los métodos anticonceptivos, todos estos factores están asociados con el derecho 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 nacimiento precoces. En los países en desarrollo el uso de anticonceptivos no tienen un papel importante en la reducción de la fecundidad en los primeros años de vida reproductiva, aun cuando hay cada vez más hechos que demuestran que la maternidad tardía y el mayor espaciamiento de los nacimientos, podría traer consigo importantes beneficios para la salud de las madres jóvenes (14).

A. CONOCIMIENTO Y USO DE ANTICONCEPTIVOS:

El conocimiento de anticonceptivos entre las mujeres

Guatemaltecas es moderado si se le compara con el que se ha observado en otros países de América Latina. El 70% del total de mujeres dice conocer o enterarse por los distintos medios de comunicación de alguno de estos métodos. Entre las mujeres que conocen métodos, casi todas están informadas de algún método moderno. Las mujeres que conocen algún método tradicional y que desconocen los métodos modernos constituyen únicamente 0.2%.

Los métodos más conocidos son las píldoras y 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 vaginales, diafragma, la espuma, las jaleas, y 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, además, estimar preferencias y prejuicios personales (27).

1. Método Reversible:

a) Naturales:

Coitus Interruptus: El método estaba muy difundido en los últimos siglos en Europa, se estima que actualmente recurren al

método del retiro 35 millones de parejas, los que emplean este método realizan el coito hasta momentos antes de producirse la eyaculación, esta tiene que llegar completamente fuera de la vagina y de los órganos genitales externos. Ventajas: se tiene al alcance en cualquier situación y no tiene costo, no requiere de asistencia personal de salud. Desventajas: Ineficacia elevada en comparación con otros métodos, embarazos involuntarios al haber espermatozoides vivos en el líquido preeyaculatorio, (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 (15,17).

Método 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 hasta 3 días, el óvulo de 6 a 12 y hasta 24 horas.

Los días se basan cuando son seguros en los ciclos mínimo 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 estímulos psicogénicos, enfermedades agudas, fiebre, medicación y viajes, debido a lo anterior debe tomarse muy en cuenta todas las variantes, manteniendo abstinencia en los ciclos expuestos a tales factores (17).

Método del Moco Cervical o de Billings: Consiste en observar las características del moco cervical formado en los diferentes periodos del ciclo hormonal menstrual (9). El moco viscoso que se presenta durante fases pre y post ovulatoria del ciclo menstrual es una descarga limpia, resbalosa, parecida a la clara del huevo, como resultado de un bajo contenido de estrógeno, éste funciona como depósito para espermatozoides les suministra nutrientes y protege del medio ácido de la vagina; facilitado así su penetración y migración.

En el periodo preovulatorio temprano y después de la ovulación el moco es de tipo progestacional, este moco bloquea el paso de los espermatozoides. La mujer debe diferenciar entre sensación de sequedad y humedad de la vagina, al aumentar los niveles de estrógenos aumenta la sensación de lubricación (19).

El periodo 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 indeseados. **Desventajas:** La paciente debe estar orientada sobre las características del moco cervical, presenta un índice de

ineficiencia de 24%, en Guatemala su uso no esta muy difundido ya que alcanza un porcentaje de usuarias del 5% del total de usuarias de métodos anticonceptivos (4,7,27).

Lactancia Materna: En muchos países en vías de desarrollo es uno de los principales factores de espaciamento de los embarazos, protegiendo así la salud de la madre y los hijos, no se ha estudiado 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 estaban lactando, menstruaron 4 meses después del parto, y las que estaban amamantando la menstruación se reanudó mucho después. Las mujeres que están lactando son menos fértiles, debido a que la ovulación es irregular (15)

Abstinencia: Método poco utilizado ya que consiste en abstenerse completamente de tener relaciones sexuales por un largo periodo de tiempo, su mayor inconveniencia es la incapacidad para llevar a cabo la resolución de abstenerse versus conflictos sentimentales ó deseos reprimidos.(15)

b) Artificiales:

Contraceptivos Hormonales: La idea anticoncepcional a base de hormonas se remonta hacia los años 20, pero fue hasta la década de los años 40 y 50, que se dispuso de hormonas de bajo costo que resultaron eficaces por via oral. Pueden dividirse en diferentes categorías:

Terapéutica Esteroide: Es una pildora combinada, con un

contenido de 5-100 mgs. de estrógeno y 1-10 mgs. progestágeno. Suele tomarse 20 días cada mes empezando el quinto día del ciclo, seguido de un progestágeno durante 15 días. Debido que la frecuencia de embarazos es de 4% anual y de complicaciones como el carcinoma (Silverberg y Makowski), su venta se prohibió a partir de 1975 en USA (27).

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

Mecanismo 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, folículo estimulante y luteinizante, también se menciona su efecto contraceptivo al producir alteración de la maduración del endometrio, que lo lleva a una situación no adecuada para que ocurra implantación del blastocito, produce un moco cervical hostil a la penetración del esperma.

Ventajas: Presentan 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 a mujeres que están en buen estado de salud, tiempo y costo, 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:** Pueden presentar enfermedad

tromboembólica, hipertensión arterial, trastornos en el metabolismo de los hidratos de carbono, cambios en los líquidos sanguíneos, acelerando así el proceso de arteriosclerosis en mujeres predispuestas. Efectos Secundarios: Pueden aparecer irregularidades menstruales, retención de líquidos, trastornos gástricos, aumento de varicosidades, irritabilidad o depresión, cambios de la libido, cefaleas y jaquecas.

Estos efectos no presentan gravedad pero si influyen para que un 40% de usuarias dejen de tomarlos. (27).

Esteroides Inyectables de acción Prolongada: Es utilizado el acetato de Medroxiprogesterona cada cierto tiempo. Los mecanismos de acción parecen ser múltiples, 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.

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

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

DIU: Dispositivo Intrauterino.

Su mecanismo de acción se basa en la estimulación de una respuesta inflamatoria, que a su vez causa cambios celulares y bioquímicos en el endometrio y fluidos uterinos, que son responsables del efecto anticonceptivo. Se considera también que la presencia de leucocitos polimorfonucleares, seguidos de células gigantes de cuerpo extraño, mononucleares, plasmocitos y macrófagos consuman al espermatozoide ó al óvulo fecundado por el proceso de fagocitosis. Se considera también un efecto del cobre sobre el endometrio que no permite la implantación del óvulo. (27)

MÉTODOS LOCALES O DE BARRERA:

Espermaticidas: Son agentes químicos que inactivan los espermatozoides en la vagina antes de que estos puedan ascender al tracto genital 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, octoxinol-g y mentegol. 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 mentegol agente utilizado en las tabletas espumantes Neo-Sampón nunca se ha comercializado en los Estado Unidos, pues se les considera una

preparación farmacéutica nueva 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 periodo de tiempo prescrito antes del coito para que se distribuya en forma adecuada, se utiliza una aplicación adicional de espermaticida cada vez se repita el coito y no se debe irrigar la vagina por lo menos 6 horas después de este, la eficacia de los espermaticidas es de 18-22% de falla en el año inicial de uso (20).

Ventajas: Es una alternativa útil en mujeres que no desean utilizar anticonceptivos orales o DIU.

Desventajas: Son menos efectivos que otros anticonceptivos ciertos espermaticidas presentan el inconveniente de que es necesario esperar entre 5 a 30 minutos después de la inserción, para que se difunda en la vagina.

El uso de espermaticidas en Guatemala presenta un porcentaje de 4.4% del total de mujeres que utilizan métodos anticonceptivos. (25)

Diafragmas: Son copas de caucho delgadas y poco profundas con borde flexible y firme que se ajustan entre la pared vaginal posterior (forniz 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 a diafragma, jaleas o cremas espermaticidas.

Existen 3 clases de diafragma:

- Diafragma de Resorte Plano
- Diafragma de Resorte espiral
- Diafragma plegables en forma de Arco

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

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

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

Desventajas: Necesidad de tocarse genitales durante la inserción y el retiro, además necesidad de dejárselo colocado por lo menos 6 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 usuarias 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 mantienen en su lugar por succión.

Ventajas: Es posible dejar la copa cervical colocada por un periodo mayor de 24 horas, utilizando un mínimo de espermaticida las mujeres que no pueden utilizar el diafragma por cistocele,

rectocele u otra anomalia, con frecuencia puede utilizar la copa cervical.

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

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

Esponjas Anticonceptivas: La esponja anticonceptiva es un nuevo método vaginal que se vende sin receta y cuyo uso no requiere supervisión médica, esta fabricada de poliuretano y un gramo de espermaticida monoxino-9, diseñado para cubrir el cérvix.

Según su fabricante tiene 3 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 solo es utilizado en países Europeos, E.U.A. y algunos países Latinoamericanos como Colombia.

Ventajas: Proporciona protección continua durante 24 horas cualquiera que sea la frecuencia de 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 o irritaciones vaginales, sensación de sequedad (25).

El Condón: Tiene forma de funda lubricada, la palabra condón es probable que provenga del latín, condux que significa

receptáculo o recipiente, presenta varias ventajas: Son de utilización sencilla, ayudan a prevenir enfermedades sexualmente transmitidas, incluida la infección del SIDA, no requiere supervisión médica y su costo es bajo (9).

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

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

En Guatemala se observan que el uso de 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 consistiendo básicamente en remover una parte del sistema reproductor del hombre o de la mujer impidiendo así la unión de espermatozoo y óvulo.

Estos métodos que prácticamente son definitivos deben responder a una decisión voluntaria, consciente y de mutuo acuerdo con la pareja así; como una amplia información y conocimiento de lo que significan estos métodos.

Esterilización Femenina:

Existen varios tipos de esterilización femenina que se pueden

efectuar por vía vaginal o abdominal realizándose principalmente oclusión tubárica por medio de distintas técnicas las cuales pueden ser: ligadura simple, ligadura y recesión, ligadura recesión ocultamiento (20).

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

Existen distintas técnicas quirúrgicas de esterilización tubárica siendo las más utilizadas la técnica de Pomeroy, Irving, Molener, Vehida, Kroner y Resección del cuerpo.

Actualmente se utilizan disps, grapas, bandas de material elástico, o anillos de Young a través del laparoscopio.

Anteriormente se utilizaba el electrocauterio pero presentaba complicaciones como quemaduras accidentales de intestino (20,22). Las complicaciones que pueden presentar estos métodos dependen de la habilidad del cirujano y de la técnica utilizada, entre las más importantes tenemos: desgarros mesosalpigeos, infección de la herida, daño de la vejiga, 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).

Esterilización Masculina:

La esterilización masculina se basa en la vasectomía. Es un

procedimiento que se puede realizar con anestesia local en 5-15 minutos. Se hace una incisión en el escroto seccionando 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 1 o 2 horas. Se producen espermatozoides, pero no son eyaculados al estar bloqueados los conductos (13).

Las desventajas que se presenta 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. 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 1000), por lo tanto la vasectomía debe ser considerada un método anticonceptivo permanente (9,13).

C. EL MEDIO RURAL Y METODOS ANTICÓNCEPTIVOS:

Recientes encuestas realizadas a hombres en el Caribe, India, E.U.A. y América Latina revelan que alrededor del 80% expresan razones como: Temor de perder la autoridad como jefes de familia, contribuyen a fomentar la infidelidad entre las esposas, algunos temen a los efectos perjudiciales, de la vasectomía como la esterilidad e impotencia y menor prestigio en la comunidad, otros manifiestan que es importante tener familia numerosa ya que estos

significan mas ayuda en las tareas del campo y una especie de seguro de vida 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 frecuentemente a la separación o divorcio y se le explica por mala suerte, costumbres sexuales inapropiadas y brujerías (5).

Las diferencias entre la zona rural y urbana se explica en parte si se tiene en cuenta que las mujeres rurales tienen en promedio menos educación que las mujeres urbanas; también la falta de acceso a servicios de planificación familiar es una razón importante con respecto al uso de anticonceptivos.

Aunque muchos de la población urbana conserva valores culturales de su lugar de origen en lo que se refiere a anticoncepción se ven influenciados por los medios de comunicación de masas y con diversa información adecuada e inadecuada sobre los mismos (10).

D. CRECIMIENTO DE LA POBLACION:

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

Conforme dicho aumento se va dando a través del tiempo 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 las necesidades básicas aunque sea a un nivel mínimo, por lo que se ha ido creando una serie de déficit cada vez más difíciles 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 cosas separadas ya que tienen repercusiones sobre el nivel y tendencia de las variables demográficas y por consiguiente sobre el crecimiento de la población (1).

Tasa 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 en edad fértil, 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 zona urbana y ladina 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 la salud de la familia. Las mujeres con una fecundidad tan alta están expuestas a un riesgo mayor de mortalidad materna. Sus hijos también pueden sufrir diferencias en el desarrollo físico, intelectual y mala salud. Por tanto estas mujeres necesitan de 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 mas frecuentemente con la mortalidad materna son la toxemia, hemorragia y sepsis. Las pruebas existentes demuestran que la alta fecundidad esta asociada con problemas ginecológicos como prolapso, ruptura de útero, inflamación del cuello uterino, erosión 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 como base la población femenina de 15 a 44 años una muestra de 356 personas de edad residentes en el Municipio de San Juan Sacatepéquez, departamento de Guatemala.

Descripción del Area de Estudio: El Municipio de San Juan Sacatepéquez, se encuentra ubicado al norte del departamento de Guatemala, a 32 Kms de la ciudad Capital, su extensión territorial es de 242 Km², su altura sobre el nivel del mar es de 1845 pies, en una hondonada llamada Pajúl. Cuenta con 13 aldeas y aproximadamente 73 caseríos, 8 fincas y 20 lotificaciones. Su origen es Precolonial, fue conquistado por los Españoles en el año de 1525 siendo uno de los pueblos más importantes que formaron el Reino CACKCHIQUEL. El nombre del municipio fue definido así: "San Juan" "en honor al patrono San Juan Bautista" y "Sacatepéquez" deriva de dos voces cackchiqueles, sacat=hierba y tepet=cerro, es decir cerro de hierba. En 1923 según acuerdo Gubernativo del 8 de Marzo fue ascendido a Villa considerando su crecimiento y desarrollo agrícola, comercial, social y cultural.

La mayoría de su población es indígena, el idioma oficial es el Castellano y su dialecto el cackchiquel, la religión predominante es la Católica.

Tamaño de la Muestra: Para este estudio se realizó una investigación del 22% de la población de mujeres en edad fértil, para el tamaño de dicha muestra se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N pq}{2} + \frac{(LE)^2 pq}{4(N-1)}$$

Donde:

n= Tamaño de la Muestra

N= Tamaño de la Población

p= Frecuencia del Fenómeno (aceptación)

q= 1-p (no aceptación)

LE= Limite de Error de Estimación

En el presente estudio se dará una estimación de error del 8% (0.08), un intervalo de confianza del 92% y al no existir un dato sobre la declaración del deseo de procreación, se inferirá que el 50% (0.50), no desean procrear mas hijos y el otro 50% si desean.

Sustituyendo:

$$n = \frac{33,000 (0.50) (0.50)}{2} + \frac{(0.08)^2 (0.50) (0.50)}{4(33,000-1)} = 356$$

Criterios de Inclusión: Se seleccionó y se incluyó en el estudio a las pacientes que cumplieran con los siguientes criterios:

- Mujeres casadas y/o unidas comprendidas entre los 15 y 44 años;
- Por lo menos un hijo vivo;
- Originarias y residentes de dicho lugar.

Criterios de Exclusión:

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

INSTRUMENTO DE MEDICION

DE VARIABLES

Dependientes	Definición Teórica.	Definición Operacional	Escala de Medición
Edad	Tiempo que una persona a vivido a contar desde que nació.	Edad de la mujer en base a fecha nacimiento	Cualitativa.
Años de Union yugal.	Tiempo transcurrido de estar juntos marido y mujer	que tiempo tenía de estar viviendo junto a su marido.	Cualitativa
Paridad.	Número de hijos concebidos.	cuántos hijos tenía vivos.	Cualitativa.

Independientes.

Escolaridad	Conjunto - de Cursos que un es- diente si- que en una escuela.	Sabe leer y escribir úl- timo grado que curso.	Cualita- tiva.
Religián	Conjunto Ciencias y dogmas acerca de la di- vinidad.	a que igle- sia Asiste.	Cualita- tiva.
Estado Civil.	Situa - ción en que se - halla una persona respecto a dere- chos y deberes como ciu- dadano.	Estado civil. Ca- sada ó uni- da.	Cualita- tiva.

Conocimien to.	Tener	- Conoce sobre idea ó - planificación noción - familiar. de algu- na cosa.	Cualita- tivo.
-------------------	-------	--	-------------------

Grupo Etnico:	Conjunto de per- sonas - pertene- cientes a una - raza.	Pertenece a los indige- nas o no Indí- genas.	Cualita- tivo.
------------------	---	--	-------------------

TRATAMIENTO OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.

Cada variable será evaluada en la boleta de encuesta por una pregunta específica (anexo 1).

RECURSOS**MATERIALES:****Físicos**

Viviendas del municipio de San Juan Sacatepéquez;
Centro de salud del Municipio de San Juan Sacatepéquez;
Unidad Asistencial del Municipio de San Juan Sacatepéquez;
Guía de entrevistas elaborada para los fines de la investigación;
Equipo de oficina.

Humano:

- Asesor: Dr. J.M. Gramajo.
- Revisor: Dr. E.R. Reyes.
- Investigador.

EJECUCION DE LA INVESTIGACION

Técnicas de Recolección de Datos:

El estudio se desarrolló en cada uno de los hogares de mujeres que deseaban participar en el estudio, también en el Centro de Salud y la Unidad Asistencial de Salud de la Comunidad, cada boleta de encuesta se llenó únicamente por el estudiante investigador, durante los meses de Mayo a Julio de 1,993. La localización de los encuestados se circunscribe a la comunidad investigada en base al porcentaje representativo de mujeres comprendido en la edad de 15-44 años.

Procesamiento de la Información:

Posterior a las entrevistas realizadas, se procedió a ordenar, clasificar, y procesar la información recolectada en base a la boleta elaborada para tal efecto.

ACTIVIDADES

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

PRESENTACION DE LOS RESULTADOS Y TRATAMIENTO ESTADISTICO

Al recolectar la información en su totalidad y cubriendo el tamaño de la muestra (356) mujeres de 15-44 años de edad), se procedió a la clasificación y ordenamiento de acuerdo a los objetivos establecidos, se tabuló y presentó en cuadros estadísticos para realizar un análisis de los resultados, de los cuales se obtuvo las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

VII PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO 1

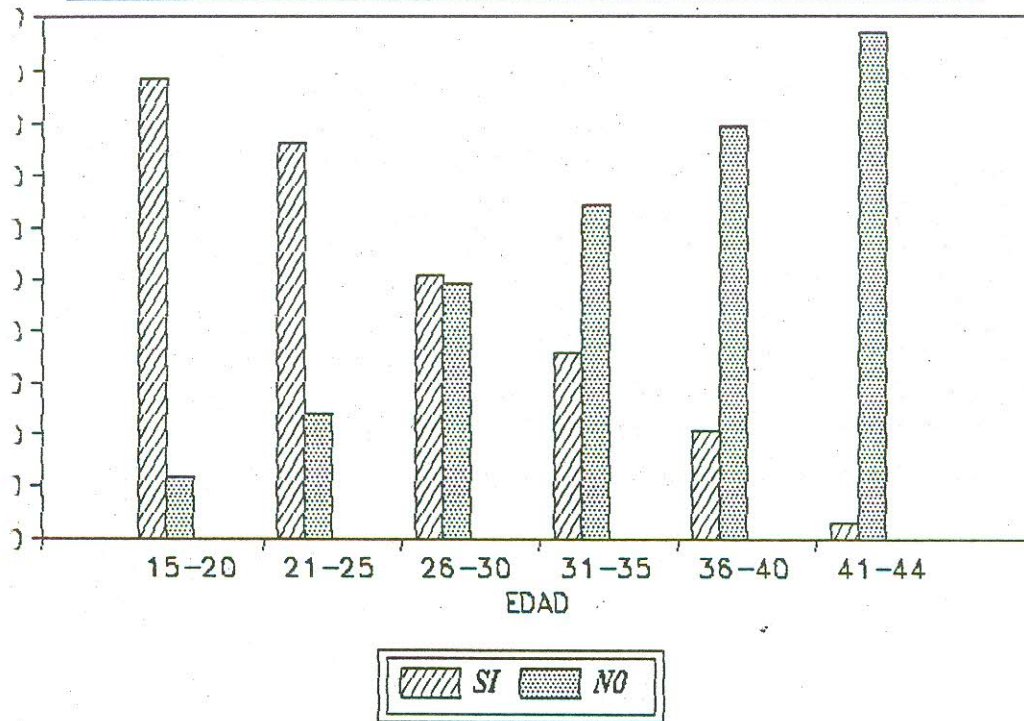
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES CON DESEO
DE TENER OTRO HIJO SEGUN EDAD.

SAN JUAN SACATEPEQUEZ
DEPARTAMENTO DE GUATEMALA
MAYO A JULIO DE 1993

EDAD	DESEO DE TENER OTRO HIJO				TOTAL
	SI	%	NO	%	%
15-20	88	30	12	4	100
21-25	76	78	24	24	100
26-30	51	50	49	49	100
31-35	36	22	64	39	100
36-40	21	6	79	23	100
41-44	3	1	97	30	100
TOTAL	187	53	169	47	

Fuente: Guía de Entrevista (anexo 1)

DISTRIBUCION % DE MUJERES POR DESEO
DE TENER OTRO HIJO, SEGUN EDAD



UENTE: Guía de entrevista (anexo 1)

CUADRO 2

DISTRIBUCION DE MUJERES EVALUADAS POR
AÑOS DE UNION CONYUGAL Y CON DESEO DE
TENER OTRO HIJO SEGUN EDAD.

SAN JUAN SACATEPEQUEZ
DEPARTAMENTO DE GUATEMALA
MAYO A JULIO DE 1993

AÑOS UNION CONYUGAL	DESEO DE TENER OTRO HIJO												TOTAL		
	1		4		5		8		9		12			13 Y MAS	
EDAD	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
15-20	28	3	2	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38
21-25	40	7	32	13	-	-	5	-	5	-	-	-	-	-	97
26-30	7	2	23	24	17	17	17	17	6	6	6	6	6	6	102
31-35	1	-	6	5	5	10	5	10	9	9	9	9	9	9	61
36-40	-	-	-	-	-	2	-	2	-	-	5	5	5	5	25
41-44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	33
TOTALES	76	12	63	47	27	29	27	29	21	21	81	81	81	81	356
				110		56		102							

Fuente: Guía de Entrevista (Anexo 1)

CUADRO 3

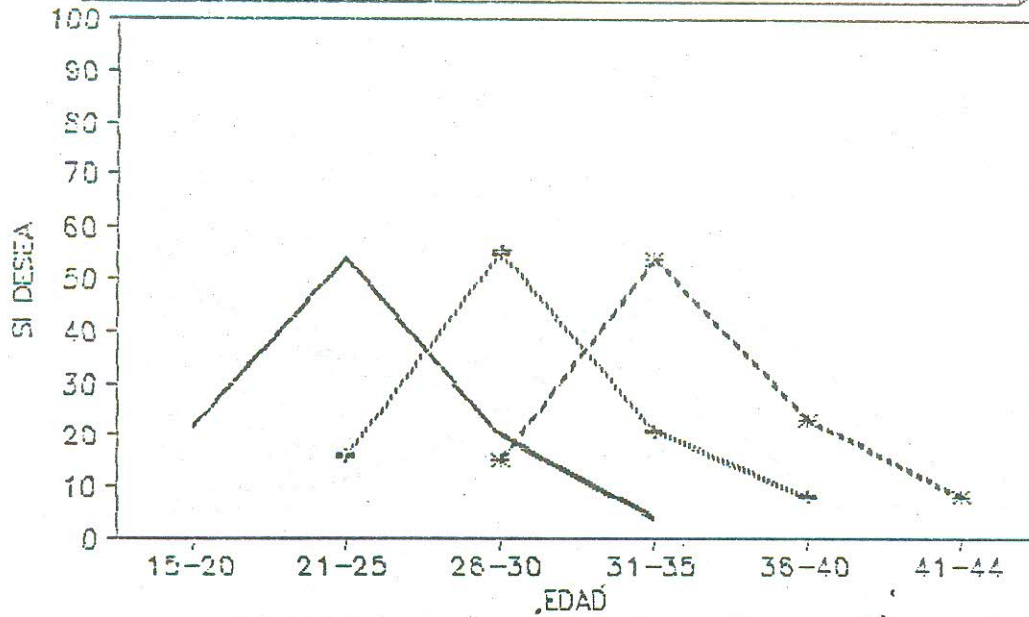
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES POR
NUMERO DE HIJOS VIVOS Y CON DESEO DE
TENER OTRO HIJO SEGUN EDAD.

SAN JUAN SACATEPEQUEZ
DEPARTAMENTO DE GUATEMALA
MAYO A JULIO DE 1993

NUMERO DE HIJOS VIVOS EDAD	DESEO DE TENER OTRO HIJO													
	1		3		4		6		7		9		10 Y MAS	
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%	SI	%
15-20	30	22	4	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
21-25	73	54	18	32	6	16	5	6	-	-	-	-	-	-
26-30	27	20	23	41	21	55	29	37	2	15	-	-	-	-
31-35	6	4	8	14	8	21	22	28	7	54	8	20	-	1
36-40	-	-	2	4	3	8	8	11	3	23	9	29	-	1
41-44	-	-	1	2	-	-	14	18	1	8	14	45	-	2
TOTALES	136	100	56	100	38	100	78	100	13	100	31	100	0	4

Fuente: Guía de Entrevista (Anexo 1)

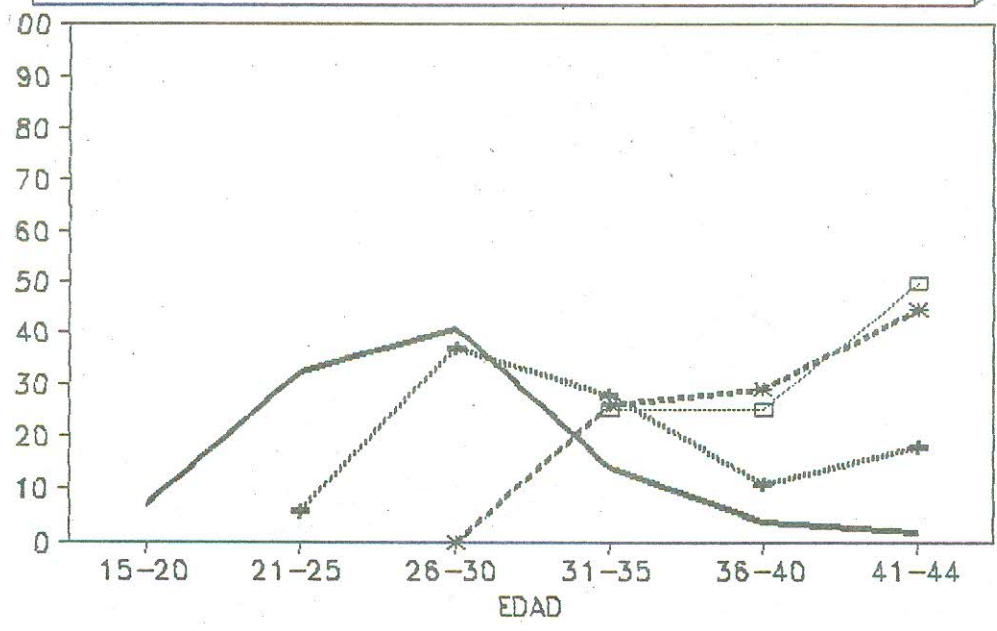
DISTRIBUCION % DE MUJERES POR # HIJOS VIVOS Y DESEO DE OTRO, SEGUN EDAD



— 1-3 - - - - 4-6 * * * * 7-9 = = = = 10 Y MAS

FUENTE: Guía de entrevista (anexo 1) .

DISTRIBUCION % DE MUJERES POR # HIJOS VIVOS Y DESEO DE OTRO, SEGUN EDAD



— 1-3 * 4-6 - - - * 7-9 - - - □ 10 Y MAS

UENTE: Guía de entrevista (anexo 1)

CUADRO 4

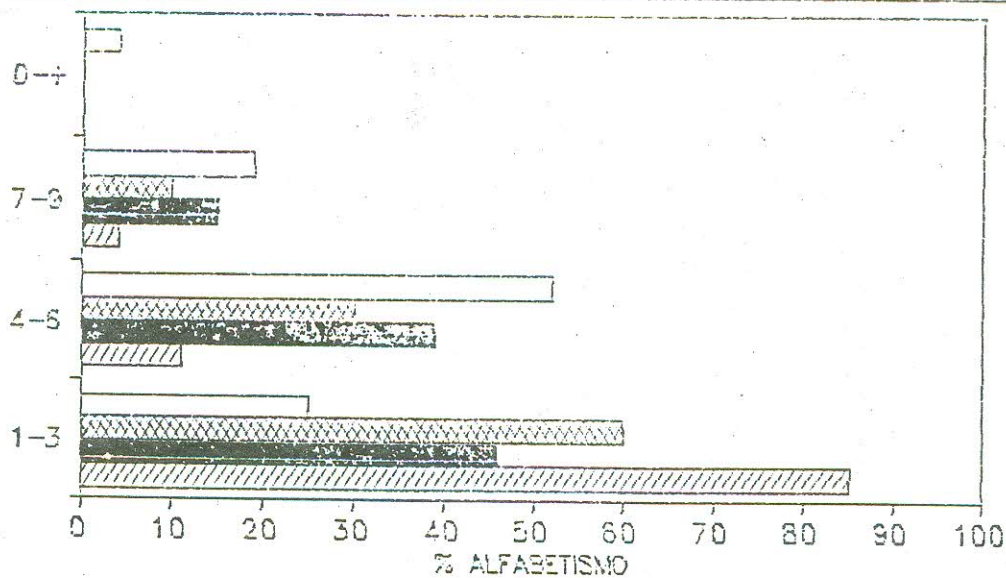
DISTRIBUCION PORCENTUAL POR ALFABETISMO
Y DESEO DE PROCREAR SEGUN NUMERO
DE HIJOS VIVOS.

SAN JUAN SACATEPEQUEZ
DEPARTAMENTO DE GUATEMALA
MAYO A JULIO DE 1993

DESEO DE OTRO HIJO	ALFABETAS			ANALFABETAS		
	SI	%	NO	SI	%	NO
NO. DE HIJOS VIVOS						
1-3	83	85	33	46	60	24
4-6	11	11	29	39	30	49
7-9	4	4	11	15	10	19
10 Y MAS	-	-	-	-	-	4
TOTAL %	98	100	73	100	100	96
						100

Fuente: Guía de Entrevista (Anexo 1)

DISTRIBUCION % POR ALFABETISMO Y DESEO DE PROCREAR, SEGUN # HIJOS VIVOS



ALFABET SI
 ALFABET NO
 ANALFAB SI
 ANALFAB NO

FUENTE: Guía de entrevista (anexo 1)

CUADRO 5

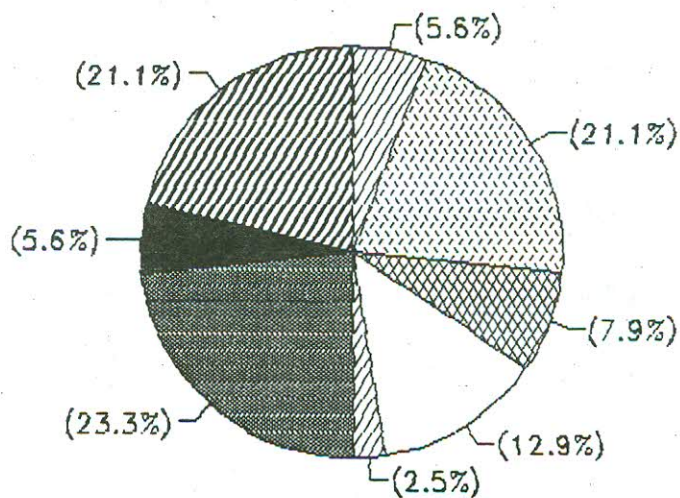
DISTRIBUCION PORCENTUAL POR ALFABETISMO
Y DESEO DE TENER OTRO HIJO SEGUN USO
DE ANTICONCEPTIVOS.

SAN JUAN SACATEPEQUEZ
DEPARTAMENTO DE GUATEMALA
MAYO A JULIO 1993

DESEO DE OTRO HIJO	ALFABETAS		ANALFABETAS		TOTAL
	SI	%	NO	%	
USO DE ANTICONCEPTIVOS					
SI USA	20	5.6	28	7.9	9
NO USA	75	21.1	46	12.9	83
TOTAL %	95	26.7	74	20.8	92
					25.8
					95
					26.7
					100

Fuente: Guía de Entrevista (Anexo 1)

DISTRIBUCION % POR ALFABETISMO Y DESEO DE OTRO HIJO S/USO DE ANTICONCEPTIVOS



UENTE: Guía de entrevista (anexo 1)

CUADRO 6

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES
POR ALFABETISMO Y DESEO DE TENER
UN HIJO SEGUN GRUPO ETNICO.

SAN JUAN SACATEPEQUEZ
DEPARTAMENTO DE GUATEMALA
MAYO A JULIO 1993

DESEO DE TENER OTRO HIJO	ALFABETAS			ANALFABETAS		
	SI	NO	%	SI	NO	%
GRUPO ETNICO INDIGENA	61	35	50	89	82	97
NO INDIGENA	34	35	50	3	17	3
TOTAL	95	70	100	92	99	100

Fuente: Guia de Entrevista (Anexo 1)

CUADRO 7

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES
EVALUADAS CON DESEO DE TENER
OTRO HIJO SEGUN RELIGION.

SAN JUAN SACATEPEQUEZ
DEPARTAMENTO DE GUATEMALA
MAYO A JULIO 1993

RELIGION	DESEO DE TENER OTRO HIJO				TOTAL
	SI	%	NO	%	%
CATOLICA	136	53	120	47	100
PROTESTANTE	51	51	49	49	100
TOTAL	187		169		356

Fuente: Guía de Entrevista (Anexo 1)

CUADRO 8

DISTRIBUCION PORCENTUAL POR ALFABETISMO
Y DESEO DE TENER OTRO HIJO SEGUN AREA
URBANA Y RURAL.

SAN JUAN SACATEPEQUEZ
DEPARTAMENTO DE GUATEMALA
MAYO A JULIO 1993

AREA	DESEO DE TENER OTRO HIJO				TOTAL
	SI	%	NO	%	%
URBANA	68	52	63	48	100
RURAL	119	53	106	47	100
TOTAL	187		169		356

Fuente: Guía de Entrevista (Anexo 1)

VIII ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

CUADRO 1, GRAFICA 1.

En el grupo encuestado de mujeres de 15 a 44 años de edad, al analizar su actitud, según deseo de tener otro hijo, se observa que el grupo de edad de 15 a 20 años es el que manifestó mayor predisposición a la procreación 88%, lo que se confirma que el 12% de dicho grupo no desea procrear, analizando el comportamiento de esta actitud de las mujeres que si desean procrear a medida que aumenta la edad el deseo disminuye, siendo que el grupo de 41 a 44 años correspondió el 3%.

El anterior análisis al revisar la actitud de no desear procrear, es completamente contrario a lo anterior porque las mujeres de menos edad mostraron menor predisposición; a medida que crece la edad este comportamiento es mayor, el mismo grupo de edad 41 a 44 años manifestó en un 97% ya no desear tener más hijos.

Sin tomar otros ingredientes de análisis se concluye que la edad si influye en el deseo de tener otro hijo según manifestó la mayoría es por el temor de no ver a sus hijos en edad que puedan enfrentar la vida por si solos.

CUADRO 2.

El tiempo de convivencia en forma conyugal al relacionarlo con la edad de las madres, pudo revelar que el grupo de edad de 21 a 25 años de edad y de 1 a 4 años de convivencia conyugal se manifestó en un 53% el deseo de tener otro hijo, mientras que el grupo de 15 a 20 años que se suponía hubiera tenido ese propósito resultó ser del 37%; las causas de este comportamiento están fuera del propósito del estudio .

Puede observarse nuevamente que el grupo de edad de 21 a 25 años se muestra consistente con un 50% del deseo de tener otro hijo cuando tienen un tiempo de 5 a 8 años de convivencia con la pareja, aventajando a las que tienen la edad de 26 a 30 años que representaron el 36% dentro del mismo deseo, pero que a su vez este mismo grupo se mostró negativo con un 51% en el mismo periodo. En términos generales puede apreciarse que las mujeres entre las edades de 21 a 25 años son las que mejor predisposición mostraron a tener otro hijo.

La relación porcentual para que pudiera tener representación se obtuvo en forma vertical sobre los totales de cada actitud y años de unión conyugal, por lo que el 58% que aparece en el grupo de edad de 21 a 25 años no es significativo porque representó a 7 mujeres, mientras que las que contestaron afirmativamente fueron 40. A medida que la edad avanza el deseo de tener otro hijo es cada vez menor.

CUADRO 2, GRAFICA 3.

Se observó que el grupo de edad de 21 a 25 años nuevamente mostró interés en tener otro hijo 54% por estar comprendidos entre 1 a 3 hijos vivos que tienen en su hogar.

La edad influye en el propósito de tener más hijos, lo que se revela en el siguiente grupo de edad de 26 a 30 años que en un 41% declararon no desear tener otro hijo dentro del rango de 1 a 3; así como a partir de 4 y más hijos, las mujeres evaluadas tuvieron poca representación en cifras absolutas, por lo que el análisis hechos sobre sus respectivos totales aunque parezcan importantes, carecen de interés porque se observó el no deseo de tener otro hijo; pues en su mayoría manifestaron problemas con el vestuario y la alimentación.

CUADRO 4, GRAFICA 4.

Uno de los parámetros que sirve para medir el desarrollo de los pueblos, es el analfabetismo porque incide en lo económico y demás aspectos colaterales importantes como la salud, etc.; es por ello que comparar la predisposición de la mujer, según sea alfabetada o no, y su deseo de tener otro hijo es importante principalmente en el caso de San Juan Sacatepéquez que la población en su mayoría étnicamente es indígena transculturada.

En la muestra se manifestó que del total, el 52% son analfabeta; y de este grupo el 48% si desean tener otro hijo;

dentro de la variable comparada con la misma actitud pero en un 60%. Al relacionar lo anterior con las alfabetas 48%, en el mismo rango se obtuvo que el 85% si desean tener otro hijo. que puede ser consecuencia que en este estudio el 75% de mujeres son indigenas que aprobaron en su mayoria únicamente el primer grado de primaria.

A partir de tener 4 hijos vivos se manifestó en la muestra que es mayor la cantidad de personas que no desean tener otro hijo en las alfabetas del grupo de 4 a 6 hijos vivos; el 32% contestaron negativamente, mientras que dentro de las analfabetas fue el 52%; en el siguiente grupo el comportamiento fue de 15% para las alfabetas y el 19% para analfabetas. Este comportamiento puede observarse es muy diferente para cuando se tiene de 1 a 3 hijos vivos, para alfabetas que represento el 46% el 25% para analfabetas.

Comparando el grupo analfabeta y alfabetas en términos generales, se puede observar que el deseo de tener otro hijo más se da entre el grupo de 1 a 3 y que disminuye conforme aumenta el número de hijos; puesto que la mayoría enfrentan problemas económicos con familias numerosas.

CUADRO 5, GRAFICA 5.

Siendo uno de los propósitos de la investigación obtener el comportamiento de las mujeres en cuanto al uso de anticonceptivos se consideró importante cruzar el análisis con el alfabetismo por

considerar que esta variable podría influir en la actitud de tener otro hijo y el uso de anticonceptivos, desprendiéndose que el mayor número de mujeres se agruparon en la acepción de no usar ningún método y fueron las mujeres analfabetas en un 23% en relación al gran total de la muestra las que si manifestaron el deseo de tener otro hijo y las alfabetas en un 21%.

Esto muestra la predisposición a continuar teniendo más hijos, lo que incide en la alta tasa de crecimiento vegetativo.

Las personas que si usan anticonceptivos y si desean otro hijo alcanzaron un 6% para las alfabetas y un 4% para las analfabetas. Lo que confirma que hasta el momento el uso de anticonceptivos no a penetrado en la población indígena y que el alfabetismo en esa región no puede considerarse que haya influido, indudablemente por el nivel alcanzado.

CUADRO 6, GRAFICA 6.

Cuando se relaciona el alfabetismo con el grupo étnico, el deseo de tener otro hijo revela que del total general el mayor porcentaje 75% son mujeres indígenas y de ellas el 64% analfabetas ; siendo el 52% de las mismas que si desean tener otro hijo, comparando esta situación con las analfabetas no indígenas, respondieron en un 15% positivamente.

El sector alfabeta obtuvo el comportamiento siguiente desglosado: indígenas en un 64% si desean tener otro hijo y las no indígenas en 36%, las analfabetas indígenas en un 97% contestaron

positivamente comparadas con las no indígenas, en la misma actitud que fue del 3%.

CUADRO 7, GRAFICA 7.

Es interesante conocer las respuestas del deseo de tener otro hijo según la religión; las mujeres católicas respondieron afirmativo en un 59%, mientras que el sector protestante lo hizo en un 51%. Siendo el universo de las primeras que representa el 73% de esta variable total, puede perfectamente inferirse que su actitud es positiva a procrear; considerándose que la religión influye muy poco.

CUADRO 8, GRAFICA 8.

No menos importante es detenerse en el análisis cuando vemos que la mayor parte de mujeres viven en el área rural 63% y de ellas el 53% si desean tener otro hijo, representando el 33% del total de la muestra lo que es ligeramente significativo porque el 30% dijo no desear otro hijo.

Al relacionar el total de mujeres que desean tener otro hijo en el sector rural el 53% si lo desean y el 47% no, para el área urbana el 52% si lo desean y el 48% no, es ligeramente significativo que las acepciones sean casi iguales el no urbano y rural, lo que es un indicador que tanto las mujeres del área urbana como rural impulsan en forma constante y detenida el crecimiento demográfico.

IX CONCLUSIONES

- 1.- Fue revelado el comportamiento que el deseo de tener otro hijo está muy relacionado con la edad, es así como las mujeres jóvenes en mayor proporción fueron positivas en este aspecto, pero que a medida que avanza la edad crece la actitud de no desear otro hijo.
- 2.- El grupo de mujeres de 21 a 25 años de edad con 1 a 4 años de unión conyugal fueron en mayoría las que dijeron desear otro hijo, lo que confirma el deseo, mientras que en el siguiente grupo de 26 a 30 años manifestaron no desear más en un 41% en el rango de 1 a 3 hijos vivos.
- 3.- El municipio de San Juan Sacatepéquez, según la muestra el 75% de mujeres son indígenas y su predisposición es que a partir de tener 4 hijos no desean tener más, por aspectos económicos relacionados con la salud, educación, alimentación y vestuario.
- 4.- El uso de anticonceptivos cruzando la investigación con el alfabetismo, obtuvo que el mayor número de personas dijo no usar y estar dispuestas a tener otro hijo, determinando que el alfabetismo no influyo.

5.- El mismo aspecto social, alfabetismo en este caso al compararlo con el grupo étnico y deseo de tener otro hijo, casi la totalidad de mujeres analfabetas indígenas y la mayoría de alfabetas, si desea otro hijo.

6.- La religión analíticamente interpretando el resultado, no tuvo influencia, puede inferirse que son patrones ancestrales que gobiernan ese deseo. También en el área rural fue mayor el número de mujeres que manifestaron deseo de tener otro hijo.

X RECOMENDACIONES

1.- Es impostergable la responsabilidad del Estado de intervenir a través de las Instituciones Públicas y Sector Privado a efecto de que por medio de la educación adecuada, se logre ir cambiando los patrones que intervienen en la actitud a tener hijos y sus limitaciones.

Puede llevarse a cabo por medio de:

1.1.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: En hospitales, centros de salud, puestos de salud y programas esperados de campos.

1.2.- Ministerio de Educación: Modificar los programas educativos en todos los niveles.

1.3.- Otros Ministerios, Instituciones y Organismos en forma coordinada conlleva el mismo propósito para no diluir esfuerzos financieros, personales, etc., en el tiempo.

2.- Crear comités activos para que sirvan de avanzada en la participación comunitaria.

3.- Que la Universidad de San Carlos de Guatemala participe activamente con personal capacitado en el campo de la salud, en el desarrollo de esos programas, al unificar criterios con todas las instituciones.

4.- Por razones culturales de las diferentes etnias es recomendable que cualquier orientación se haga con sutileza y veracidad, para evitar cualquier tipo de resistencia.

XI RESUMEN

La encuesta Dinámica Poblacional y Salud Reproductiva fue realizada durante los meses de mayo a julio de 1,993 en el Municipio de San Juan Sacatepéquez, tuvo como objetivo obtener información del comportamiento de las mujeres en edad fértil, si deseaban tener otro hijo a partir de un número determinado de hijos vivos, años de unión conyugal y la edad relacionada con el uso de método anticonceptivos al momento de la encuesta; para lo cual se diseñó una muestra suficientemente representativa sobre el 22% de mujeres en edad fértil del municipio cubriendo el estudio a 356 personas a quienes se les realizó una entrevista personal obteniéndose los resultados siguientes: las mujeres de 15 a 20 años en un 88% si deseaban tener otro hijo y las de 41 a 44 años en un 3%, con relación al tiempo de convivencia conyugal las que tenían de 1 a 4 años y estaban en el rango de 21 a 25 años deseaban otro hijo en un 52%, así las que tenían de 1 a 3 hijos vivos en el mismo rango de edad anterior deseaban otro hijo en un 54%. Con respecto al uso de anticonceptivos el 23% no utilizan ningún método; son analfabetas y si desean tener otro hijo al igual que las alfabetas en un 21%, se determinó que del total de la muestra el 75% son indígenas y de estas el 97% son analfabetas con deseo de tener otro hijo y las alfabetas en un 64%, relacionando la religión se obtuvo

el 72% del total son católicas y de estas 53% si desean otro hijo y además se observo que el 63% residen en el área rural y el 53% de estas desean tener otro hijo. Concluyendo en que la edad, número de hijos vivos y años de unión conyugal si influyen en el deseo de tener otro hijo; no siendo el caso de la religión, el alfabetismo y el área de residencia. Con el respecto al uso de métodos anticonceptivos en la población son aceptados en su gran mayoría por distintas barreras ideológicas. Se recomienda al Estado que por medio del Ministerio de Salud y de Educación implementar información sobre la Fecundidad y la Planificación Familiar en los distintos sectores y niveles que los comprenden, de tal manera que se pueda promover y divulgar a la población.

XII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ARIAS DE BLOIR, JORGE, "El Crecimiento de la población de Guatemala y sus implicaciones" APROFAM 1987. PP5-41
2. ASOCIACION GUATEMALTECA DE EDUCACION SEXUAL. "Metodología Anticonceptiva" Guatemala, 1981. PP 1-8
3. ASOCIACION PRO-BIENESTAR DE LA FAMILIA. "Calendario demográfico Relaciones Publicas" APROFAM Guatemala, 1983 PP 1-12.
4. ASOCIACION PROBIENESTAR DE LA FAMILIA. " Encuesta Nacional de la Fecundidad, Planificación Familiar y Salud Materno-Infantil de la República de Guatemala" 1983 pp 33-37
5. DE LEON ESTRADA, M.S. "Creencias a cerca de la Reproducción Humana en el Keckchi" Tesis (antropólogo) Universidad de San Carlos de Guatemala. 1988 pp 29-31
6. ECKHOLM, ERIC ET AL "La planificación Familiar como Factor de Salud" population reports. Baltimore, USA 1986 enero pp 1-5
7. ELIAS SOLIS. LUIS ARMANDO, "Conocimientos Actitudes de Métodos Anticonceptivos en Sanarate. Tesis Médico Cirujano, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1991 pp 15-22
8. ESTUDIOS BASICOS, Castañeda de Alvarez Silvia. "La Mujer en

Guatemala" . Enero 1991

9. GALEW, MARRA "El Hombre" Nuevo Enfoque de los programas de Planificación Familiar. Population Reports. The John Hopkins university, Baltimore, USA noviembre, 1987 pp 1-30
 10. GIL BOBADILLA, MAYRA DELFINA, "Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos naturales y artificiales asociado al espaciamiento de los embarazos en una área rural de Guatemala" Tesis Médico Cirujano. Universidad de San Carlos de Guatemala, octubre 1, 1989 pp 1-6
 11. INSTITUTO DE NUTRICION DE CENTROAMERICA Y PANAMA. "Encuesta Nacional de Salud Materno- Infantil. Guatemala 1987 pp 41-53
 12. INTERNATIONAL PROGRAMS. "Fecundidad y planificación Familiar en América Latina retos para la Década de 1990" Washington, D.C. 2009 USA junio 1992 pp 12-13
 13. KELLY, J. R. "Numbers vrs. Principe Family Planning Prospectives" 19 marzo, 1987 pp 122-124
 14. LISKIN LAURIE, ET AL "La Juventud de la Década de 1980 Aspectos Sociales y de Salud" Population reports. The John Hopkins University, Baltimore, USA enero 1987 pp 1-10
 15. LISKIN, LAURIE, ET AL "Al Desiper Rumores Negativos sobre Fecundidad después de uso de Anticonceptivos" Population Reports The John Hopkins University, Baltimore, USA, 1985 oct. pp 1-31.
-
16. LONDON, KATHY A. et al " Actualización de las Encuestas de Fecundidad y Planificación Familiar" population reports,

The John Hopkins University, Baltimore, USA, octubre 1986,
pp 1-42

17. MCGAVLER. M. "Planificación Familiar Natural" en Teachers 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 Julio, pp 1-11
19. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. "Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil 1987" Guatemala, C.A. 1987, pp 33-57
20. MONTANA, EDUARDO. "Tecnología de Contracepción" 2a. Edición en Español, México Irvington Publishers 1982 pp 180-182
21. OMRAN, ABDEL R. "Fecundidad y Salud la Experiencia Latinoamericana" OPS 1981 pp 2-37
22. OSORIO ALONZO, LUIS, "Actitudes y conocimientos sobre los Métodos Anticonceptivos. Nivel Rural" Tesis Médico Cirujano. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, agosto 1989, pp 10-15
23. PUBLICACIONES CIENTIFICAS Y TECNICAS DE LA OFICINA PANAMERICANA DE LA SALUD. "Análisis de la Situación de Salud por Regiones" Guatemala 1992
24. PUBLICACIONES CIENTIFICAS Y TECNICAS DE LA OFICINA PANAMERICANA DE LA SALUD. "Estudios Básicos del Sector de la Salud" vol. 4 Guatemala, 1991 pp 1-26

25. SHERRIS, Jackeline. D. et al. "Actualización, Recientes Adelantos en la Anticoncepción Vaginal" Population Reports. The John Hopkins University, Baltimore, USA febrero 1985 pp 1-28
26. WHORTON, CHRIS Y BLACKBONS, M. "Las Píldoras de Dosis Reducida" Population Reports. John Hopkins University, Baltimore, USA. vol. 16 (3) noviembre 1988. pp 1-22
27. WILLIAMS, HELMA L. Y PRITCHARD J. Planificación Familiar. "En su Obstetricia" cap. 39 2a edición México, Salvat, 1980. pp 826-850.

XIII ANEXO

Departamento: _____ Municipio: _____

Fecha: _____ Ficha: _____

Guía de entrevista para determinar características de la mujer, el deseo de procreación y la utilización de anticonceptivos.

1. AÑOS: 15-20 _____ 21-25 _____ 26-30 _____ 31-35 _____
36-40 _____ 41-44 _____

2. GRUPO ETNICO: Indígena _____ No Indígena _____

3. ESTADO CIVIL: Casada _____ Soltera _____ Unida _____ Divorciada _____
Viuda _____

4. RELIGION: Católica _____ Evangélica _____ Mormona _____ Luterana _____
Otra _____

5. EDUCACION ESCOLAR: Primaria _____ Secundaria _____ Diversificado _____
Universitaria _____ Analfabeta _____

6. OCUPACION: _____

7. AÑOS 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. DESEA TENER OTRO HIJO:

Si _____ No _____

11. CUANTOS HIJOS DESEARIA TENER?

12. CUANTOS HIJOS CONSIDERA QUE DEBE TENER UNA FAMILIA?

13. CONOCE UD. LA PLANIFICACION FAMILIAR?

Si _____ No _____

14. QUE OPINA DE LA PLANIFICACION FAMILIAR?

15. UTILIZA ALGUN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR

Si _____ No _____

16. SI SU RESPUESTA FUE SI, INDIQUE CUAL DE ELLOS Y PORQUE

- | | |
|-------------------------|---------------------------|
| 1. Lactancia Materna | 1. Anticonceptivos Orales |
| 2. Método del Ritmo | 2. Diafragma Vaginal |
| 3. Método Térmico | 3. Espuma Vaginal |
| 4. Método sinto-Térmico | 4. Tableta Vaginal |
| 5. Coito Interrumptus | 5. Jalea Espermicida |
| 6. Método de Billings | 6. Condón |

7. DIU
8. Implantes
9. Minilaparotomia
10. Pomeroy

Porque: _____

17. A DONDE ACUDE PARA UTILIZAR LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION?

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| a) Centro de Salud _____ | b) APROFAM _____ |
| b) Clínica Privada _____ | d) Curandero _____ |
| c) Farmacia _____ | f) Promotor de Salud _____ |
| g) Comadrona _____ | |