

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACEPTACION DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Estudio descriptivo realizado con mujeres indígenas
en edad reproductiva y con vida sexual activa.
Santo Domingo Xenacoj, Sacatepéquez.
Junio-Julio de 1,999

TESIS

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

POR

JOSE MANUEL CHIN XUJUR

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, AGOSTO DE 1,999

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

HACE CONSTAR QUE:

El (la) **BACHILLER: JOSE MANUEL CHIN XUJUR**

Carnet universitario No. **93-10541**

Ha presentado para su **EXAMEN GENERAL PUBLICO**, previo a optar al
título de Médico (a) y Cirujano (a), el trabajo de tesis titulado:


ACEPTACION DE LA PLANIFICACION FAMILIAR

Trabajo asesorado por: **DR. JOEL ELEAZAR SICAL**

Y revisado por: **DR. MARCO TULLIO GARCIA**

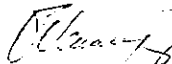
Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, firman y sellan la
presente. **ORDEN DE IMPRESION**

Guatemala,
09 de agosto de 1999.


Coordinador Unidad de Tesis
DR. ANTONIO E. PALACIOS LOPEZ


Director del C.I.C.S.
DR. JORGE MARIO ROSALES A.

IMPRIMASE:


Dr. Romeo A. Vásquez Vásquez
Decano

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DR. ROMEO A. VÁSQUEZ VÁSQUEZ
DECANO



Guatemala, 11 DE AGOSTO de 1999.

E CIENCIAS MEDICAS
Universidad, Zona 12
C.A., Centroamérica

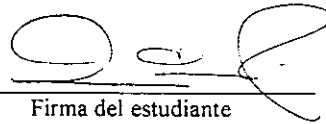
Señores:
Unidad de Tesis
Facultad de Ciencias Médicas
USAC.

Se les informa que El (la) ESTUDIANTE
JOSE MANUEL CHIN XUJUR


Carnet No.: 9310541 ha presentado El Informe Final de su trabajo de tesis titulado:

ACEPTACION DE LA PLANIFICACION FAMILIAR


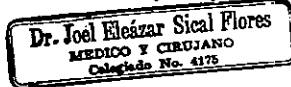
Del cual autor, asesor (es) y revisor nos hacemos responsables por El contenido, metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.



Firma del estudiante



Dr. Joel Eleazar Flores
Firma de Asesor
Nombre completo y sello profesional



Dr. Marco Tulio García E.
Firma del Revisor
Nombre completo y sello profesional
Registro Personal 10,943
Dr. Marco Tulio García Escobar
Médico y Cirujano
Colegiado 2951



Aprobación de Informe Final
Correlativo No 072/99

Guatemala,
09 de agosto de 1,999

Estimado (a) estudiante
JOSE MANUEL CHIN XUJUR
Carnet No. 93-10541
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos

Hago de su conocimiento que EL INFORME FINAL DE
TESIS titulado:

ACEPTACION DE LA PLANIFICACION FAMILIAR

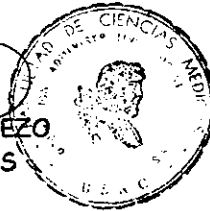
Ha sido **REVISADO**, al establecer que cumple con los requisitos, se
APRUEBA. Se autoriza realizar los trámites correspondientes para continuar el
trámite de graduación.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


DRA. SILVIA CASTAÑEDA CEREZO
DOCENTE UNIDAD DE TESIS



Vo. Bo.


Coordinador Unidad de Tesis

DR. ANTONIO E. PALACIOS LOPEZ

INDICE

I.	Introducción	1
II.	Planteamiento del problema	2
III.	Justificación	3
IV.	Objetivos	4
V.	Revisión bibliográfica	5
VI.	Metodología	13
VII.	Presentación de resultados	17
VIII.	Análisis, comparación y discusión de resultados	27
IX.	Conclusiones	34
X.	Recomendaciones	35
XI.	Resumen	36
XII.	Bibliografía	37
XIII.	Anexos	39



I. INTRODUCCION

La alta tasa de natalidad y fecundidad es uno de los problemas de todas las comunidades indígenas de Guatemala y Santo Domingo Xenacoj, comunidad indígena por excelencia, no puede ser excluido de éste problema.

Teniendo como objetivo principal identificar cuál es el grado de aceptación de la planificación familiar por mujeres indígenas, se realizó el presente estudio para conocer las creencias y actitudes que se tienen hacia la anticoncepción y si aceptan la utilización de la misma.

Se visitaron y entrevistaron 301 mujeres escogidas al azar de las cuales el 52.83 % conocían la planificación familiar y de ellas el 79.74% la aceptan como un método beneficioso para toda la familia.

El resto de la población (20.26 %) que no acepta el uso de los métodos anticonceptivos tiene la desaprobación del esposo, el temor a pecar al no tener los hijos que Dios quiere y el miedo a desarrollar enfermedades secundarias, como las tres principales razones para rechazar su utilización.

Se recomienda el desarrollo de programas que tengan como objetivo principal brindar información detallada de las ventajas y desventajas de la planificación familiar a hombres y mujeres de comunidades rurales, incluyendo jóvenes y señoritas que aún no han iniciado su vida sexual; además se debe brindar la información en las diferentes lenguas o idiomas de cada región.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La planificación familiar es el proceso o técnica utilizada para evitar el embarazo por métodos farmacológicos, instrumentales o que alteran o bloquean uno o más de los procesos reproductivos, de manera que la unión sexual no tenga como consecuencia la fecundación. (5) Es la base para el control de las altas tasas de natalidad y fecundidad en nuestro país, 39 X 1,000 habitantes y 5.8% respectivamente (19); que involucra principalmente a las personas indígenas.

Los beneficios que se obtienen de la planificación familiar son varios, a nivel familiar se tiene mejor disponibilidad de recursos económicos, mejor atención en salud y cuidado para cada uno de los miembros, se brinda una mejor educación a los niños y se disminuye el nivel de tensión de los padres; a nivel nacional se mejoraría la educación y atención a los niños y jóvenes, disminuiría la delincuencia juvenil así como también el índice de niños de la calle.

Observaciones empíricas realizadas en la comunidad indígena de Santo Domingo Xenacoj del departamento de Sacatepéquez, demuestran que son pocas las personas que hacen uso de los métodos de planificación familiar que se encuentran disponibles de forma gratuita en el puesto de salud de ese municipio.

Son dos los métodos de planificación familiar que se ofrecen en el puesto, el condón masculino y las píldoras anticonceptivas pero, como fue mencionado, son pocas las personas que solicitan éstos servicios. Según los registros del puesto de salud únicamente se encuentran tres personas usuarias activas en el uso de los métodos en mención y siete personas al mes asisten a solicitarlos.

El presente estudio da a conocer el grado de aceptación que tienen los métodos de planificación familiar por las mujeres indígenas con vida sexual activa así como otros datos importantes para quienes tienen a su cargo la promoción y ejecución de éste importante programa.

III. JUSTIFICACION

No existe duda alguna de la importancia de la planificación familiar cuando se quiere la salud integral de la familia a través de tener el número de hijos que se desean y cuando se deseen.

La mujer guatemalteca tiene poca práctica de anticoncepción en comparación con otros países latinos siendo las personas indígenas las que menos participan en los programas de planificación familiar.

Según los registros de la municipalidad de Santo Domingo Xenacoj (94% población indígena) el número de hijos por familia varía de uno hasta más de diez, dependiendo de la edad de la madre.

A pesar que desde hace varios años (28 a 30 años) se tienen a disposición métodos de planificación familiar en el puesto de salud del municipio, no se observa una cobertura adecuada ya que únicamente el 1% de la población hace uso de éstos métodos.

Los datos mencionados conducen a la necesidad de indagar sobre los conocimientos de las mujeres indígenas sobre la planificación familiar, así como también el grado de aceptación de esta práctica con lo que se podrían establecer y desarrollar programas en el ámbito comunitario para contribuir a disminuir la alta tasa de crecimiento demográfico de nuestro país (3.48% anual), la cual es mayor al promedio de crecimiento de la población mundial. (19)

IV. OBJETIVOS

A. General:

Identificar cual es el grado de aceptación de la planificación familiar por mujeres indígenas en edad reproductiva, con vida sexual activa del municipio de Santo Domingo Xenacoj.

B. Específicos:

1. Determinar qué porcentaje de las personas indígenas encuestadas tienen conocimiento sobre planificación familiar.
2. Determinar qué porcentaje de las mujeres indígenas acepta la planificación familiar como método seguro para espaciar sus embarazos.
3. Conocer los inconvenientes que encuentran las mujeres indígenas en el uso de la planificación familiar.
4. Determinar qué porcentaje de las mujeres indígenas ha considerado en algún momento la posibilidad de planificar la familia.
5. Determinar el número de hijos deseados en las familias objeto de estudio.
6. Conocer la disposición del cónyuge masculino con respecto a la anticoncepción.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. Planificación familiar:

1. Historia:

Desde la presentación del argumento ecológico de Robert Malthus en 1789, el movimiento de la planificación familiar ha examinado diversos temas y criterios sobre la regulación de la fecundidad. Diez años más tarde Charles Knowlton, médico de Massachusetts, llamó la atención sobre la precaria condición de la salud en la mujer múltipara. (14)

Después de la segunda guerra mundial, en un intento de afrontar el creciente problema de la sobrepoblación (4 mil millones de habitantes en el mundo para 1960) (4,14), que había venido creciendo a pasos agigantados, en los países en desarrollo se inicia la utilización de métodos para que las personas no queden embarazadas, aun satisfaciendo sus necesidades sexuales.

Los antiguos métodos mecánicos de barrera (diafragma, preservativo), sustituyeron a otros más antiguos (abstinencia, casamiento tardío, coito interrumpido y aborto) en los que el hombre jugaba un papel esencial. (10) A su vez, los métodos mecánicos son suplidos por varias formas de anticonceptivos como esteroides orales, esteroides inyectados de larga acción, esteroides vaginales locales y el dispositivo intrauterino (4), y hasta 1,969 es cuando empezó a utilizarse con mayor frecuencia la anticoncepción quirúrgica en mujeres y hasta 1,992 la esterilización quirúrgica en hombres. (5)

2. Consideraciones generales:

Al hablar sobre planificación familiar individual, se tienen que tomar en cuenta dos consideraciones principales: la motivación, que determina quien participará, esto dependiente de la educación, conocimiento de hechos y la comprensión, además la cultura, religión y la forma de vida así como las necesidades individuales específicas. (2,4) Otra consideración importante es la metodología para hacerlo, siendo el médico el encargado del método para alcanzar la motivación de las personas y hacer posible un control voluntario. (4)

3. Beneficios de la planificación familiar:

Son innumerables los beneficios que se obtienen de una buena planificación familiar, pero éstos no se harían evidentes de no señalar las consecuencias que trae una reproducción descontrolada.

Las mujeres en los países más pobres del mundo no solo experimentan el riesgo más alto de morir de un embarazo, debido a su propia salud deficiente y la falta de atención, sino que en razón de una fecundidad descontrolada experimentan este riesgo más frecuentemente y por un periodo más largo de sus vidas. Sin planificación las mujeres se mantienen fértiles por 20-25 años⁽¹³⁾, y que para la población rural el tiempo ideal para que se case la mujer es entre 17 y 18 años⁽¹⁾ y esto implica iniciar a tener niños; también es muy importante reconocer que la mitad de las mujeres pueden quedar embarazadas después de los 50 años⁽⁸⁾, prolongándose aun más este periodo.

Además es bien sabido que durante el embarazo la madre disminuye sus propios recursos biológicos y nutritivos a causa del crecimiento del feto y la posterior lactación del niño⁽¹⁴⁾, por lo que la mujer que tiene sus hijos muy seguidos vive siempre agotada⁽⁹⁾ y conociendo, que el estereotipo de la mujer de baja condición, es aquella con un niño al pecho, embarazada y varios niños alrededor de su falda^(13,15), ya que pueden llegar a tener hasta 14-15 niños⁽¹⁾, no se duda de los beneficios que pueden obtenerse de una buena planificación de las familias.

Para completar lo mencionado anteriormente se señalarán cuáles son los factores de riesgo que afectan de manera adversa la salud de la madre y el niño: embarazo precoz, embarazo tardío, embarazo muy frecuente, embarazo en demasía y embarazo no deseado.⁽¹⁴⁾ De alguna forma los factores aquí mencionados se encuentran relacionados, ya que entre más temprana edad tenga la madre en el momento de que nazca su primer niño y el que continúe teniendo hijos a finales de edad reproductiva, va a dar como consecuencia embarazo en demasía, embarazo frecuente y muchos de ellos serán embarazos no deseados.

El periodo mínimo de seguridad entre cada embarazo es de tres a cuatro años, con este intervalo entre nacimientos, se ha observado menos pérdidas fetales, perinatales y una menor mortalidad infantil.

Además se han visto disminuidos los riesgos de muerte en la infancia y la niñez, ya que estos riesgos son mas altos en los niños que nacen con dos o menos años de diferencia, también se ha observado que estos niños tienen mayor desarrollo intelectual. (14)

Resumiendo se puede decir que los métodos de planificación familiar no solo benefician a la madre en su salud, sino también a los niños que, naciendo con un periodo de seguridad entre cada embarazo, crecen con un mejor desarrollo físico, mental e intelectual.

1. Planificación familiar y la mujer indígena:

Como fue mencionado anteriormente, las mujeres de los países pobres como el nuestro, tendrán que cuidar tres o más niños al mismo tiempo, con riesgo de que sus hijos de menor edad no sobrevivan. Pero, ¿A que se debe este descontrol en el número de hijos?, ¿Cuáles son los factores que influyen positiva o negativamente en este fenómeno?

Para responder a estas interrogantes se tienen que tomar en cuenta varios aspectos, algunos que podrían ser resueltos y otros que por haberse heredado de generación en generación es difícil contrariarlos.

) Condición de la mujer en las sociedades indígenas:

Esta se describe en términos de su ingreso, empleo, educación, salud, fertilidad y el rol que desempeña en la familia y la sociedad. (15)

En los países pobres, los términos mencionados en el párrafo anterior están muy deteriorados; pareciera que la maternidad es el único destino de las mujeres desde su nacimiento, porque en muchas sociedades rurales a las mujeres se les felicita por su condición de multiparidad. (2) Típica es su baja escolaridad, falta de ingreso, falta de empleo, salud inadecuada y resentida por embarazos repetidos, maternidad y el trabajo doméstico agotador. (15)

b) Educación:

El 56% de la población guatemalteca es analfabeta y ésta se encuentra formada en un 94-95% por personas indígenas. (14) A nivel comunitario se observa un mayor interés por la educación de los hijos de sexo masculino mientras las mujeres desde temprana edad son capacitadas para oficios domésticos. Lo anterior es una de las razones principales para que el sexo femenino ocupe dos terceras partes del analfabetismo y por lo tanto no recibe orientación alguna sobre planificación familiar y mucho menos sobre relaciones sexuales, hasta unirse con su esposo y éste le enseñe. (1)

El estado social de las mujeres mencionado en el apartado anterior y en particular su nivel de educación, está relacionado con sus patrones de fecundidad y mortalidad (13), muchas mujeres analfabetas refieren querer un niño lo antes posible. (7) La precocidad y el número de niños que una mujer tendrá declina a medida que aumenta el nivel de escolaridad. (15)

Si se desea mejorar y prevenir el embarazo es necesario tener un concepto holístico de la mujer como individuo productivo y creativo, con necesidades especiales y no solo como madres. La prevención del embarazo se inicia desde que nace la niña con un adecuado crecimiento y desarrollo, buena nutrición, buena educación y programas de salud adecuados. (15) Lo que se quiere transmitir es que la educación de planificar la familia proviene de los mismos padres y éstos la tuvieron que haber recibido de los suyos.

En nuestras sociedades, el tema de la educación sexual colorea las facies de los padres de familia (2), es un tema prohibido, es un "tabú" (11); y estos jóvenes reciben información a través de los vecinos (19), amigos y revistas, si es que pueden leer; o bien, se aprende por instinto en el momento oportuno, que es cuando se casan. (1) Esta información es captada de diferente manera según la escolaridad de los jóvenes, encontrando un buen porcentaje que considera mal usar anticonceptivos y éstos en su mayoría son analfabetas. (19)

c) Religión:

Este es un aspecto ligado fuertemente a la educación. No es difícil encontrar una mujer indígena en el área rural, que mencione que el embarazo es Dios quien lo decide y disminuir el número de hijos es pecado (19); así pues, la mujer analfabeta y arraigada a su religión no entiende nada de la fisiología de la reproducción o cómo controlarla y acepta el embarazo como una voluntad divina. (6,7,15) Además los representantes religiosos están en contra de los métodos anticonceptivos, transmitiendo mensajes al respecto. (1)

d) Influencia del cónyuge masculino:

Lamentablemente en nuestro país, en las comunidades rurales aun prevalece la autoridad del hombre y la sumisión de la mujer, se observa una mujer pasiva, silenciosa y dependiente (7,15); convirtiéndose esta última en un instrumento para la fabricación de hijos. En estas sociedades la mujer que tiene muchos hijos aumenta el prestigio del hombre, probando constantemente su virilidad y así se condena a la mujer por una razón simbólica. Los hombres desempeñan una función dominante en la planificación familiar por su función de proveedor financiero. (14)

Todo lo anterior se puede resumir en una palabra: "machismo", y este influencia el patrón de conducta sexual y el uso de métodos anticonceptivos.

El machismo expresa la negación del derecho de la mujer a la realización sexual, independientemente de la reproducción; refleja un sistema valórico que iguala maternidad con reproducción, condición de mujer con crianza de niños y castidad con femineidad. (1,6,7,15) Entonces en última instancia se debe poner énfasis especial en la información y la educación de los hombres. (14)

e) Lenguaje:

Guatemala es una población con diversidad étnica que se concentra en el altiplano occidental, la mayoría en los departamentos de Huehuetenango, Quiché, Quetzaltenango, Cobán, Chimaltenango y Sacatépequez.

Existen 23 grupos lingüísticos, siendo los mayoritarios el Quiché, Kekch, Kakchiquel y Mam (1); por lo cual el lenguaje representa una barrera muy grande en aquellas mujeres que no hablan español, y se ha observado que son las que tienen mayor número de hijos. (12)

f) Falta de información y acceso:

Muchas personas desean no tener más hijos pero no utilizan ningún método de planificación debido principalmente al acceso inadecuado a los servicios especialmente en áreas rurales y barrios pobres, donde la atención médica se presenta en un ambiente de crisis. (4,14) Además existen miles de personas que no tienen información respecto a los métodos anticonceptivos (2,6,11,19) y es este desconocimiento el principal problema, por lo que si se quiere enfrentar el problema del crecimiento demográfico, se debe iniciar por enfrentar y vencer la barrera de la desinformación. (17)

La información necesaria puede llegar por varias vías, iniciando por el personal que se encuentra en cada puesto de salud, los guardianes de la salud, los promotores de salud y otros, quienes son los encargados de distribuir los diferentes métodos de planificación; estas personas deben de inspirar confianza en la manera de instruir a los que desean utilizar los métodos (13), porque la forma en que se prestan los servicios influye en la manera en que las personas reciben los beneficios; el tiempo de espera prolongado, consultas demasiado cortas, la discriminación de las mujeres indígenas hacen que los programas de planificación familiar no logren sus objetivos. (3) Lo que se quiere transmitir es que los instructores deben tener una preparación intensiva en lo que corresponde a ventajas, desventajas, riesgos y beneficios de los métodos de planificación familiar; deben cubrir todas las demandas posibles (18) y principalmente establecer comunicación de doble vía entre la población y ellos; realizar estudios sencillos de los métodos anticonceptivos más utilizados para mantener una reserva de los mismos. (16)

Lo anterior solo lo lograremos, venciendo la barrera del lenguaje, lenguaje multiétnico como fue mencionado.

Municipio de Santo Domingo
Xenacoj

Información monográfica:

Geografía

A. Territorio:

El municipio de Santo Domingo Xenacoj se encuentra ubicado al norte del departamento de Sacatepéquez, su extensión territorial es de 37 Km cuadrados y se encuentra limitado al norte por San Juan y San Pedro Sacatepéquez, ambos del departamento de Guatemala; al sur por Sumpango y Santiago Sacatepéquez; al este por Santiago Sacatepéquez; y al oeste por El Tejar del departamento de Chimaltenango. La división administrativa del municipio está dada por la región urbana la cual no cuenta con aldeas ni caseríos y está dividida en cantones que son nombrados cantón primero, segundo, tercero, cuarto (actualmente zonas 1, 2, 3 y 4 respectivamente), Cantón Chupila y Cantón Chisente.

B. Vías de Acceso y Comunicación:

El pueblo cuenta con dos vías de acceso, una de las cuales es por San Pedro Sacatepéquez siendo 32 Km desde la ciudad capital, de ellos 9 Km de camino son de terracería y el resto de la carretera se encuentra asfaltada. La otra vía de acceso es por la carretera Panamericana, a 40 Km de la ciudad capital se encuentra la entrada, a partir de allí hay 5 Km hasta el pueblo, esta distancia se encuentra pavimentada. Los medios de transporte son 6 camionetas con horarios y rutas establecidas, así como también se cuenta con varios pick-up los cuales realizan viajes del pueblo a la carretera Panamericana.

La comunidad cuenta con edificio de correos y telégrafos que se encuentra ubicado junto al Instituto de Educación Media; también se cuenta con tres teléfonos comunitarios y un telefax en la municipalidad.

C. Aspectos del suelo y de cultivos:

El suelo es cultivado en su mayoría por productos tradicionales como lo es el maíz y el frijol; además algunos productos no tradicionales como el café, tomate, aguacate y rosas.

Historia

Según lo asentado en un manuscrito Cakchiquel, refiere Jarros que cuando el rey Sican de los Cakchiqueles se sometió a la orden de la Corona de España, varios de los Cakchiqueles no solo se opusieron, sino se revelaron contra él iniciaron a hostigar a los súbditos fieles del rey, robándoles las indias indizuelos guardianes de las milpas, a quienes sacrificaron para ofrecer los corazones a sus dioses. Desesperados del hostigamiento los Cakchiqueles de Sican trataron de atraer a los sublevados ofreciéndoles introducirlos con los amigos españoles, pero aquellos lejos de aceptar tal ofrecimiento se dedicaron a violentar con más saña, obligando a los caciques a pedir ayuda a Don Pedro de Alvarado, quien gustoso cedió y con una fuerza de escopeteros castellanos y de auxiliares indígenas al mando del capitán Antonio Salazar, emprendieron la batalla de Sacatepéquez a principios de enero de 1,525, que prosiguió hasta dejar reducidos a la obediencia a aquellos pueblos sublevados.

Después de este enfrentamiento vino la calma, y los castellanos procedieron a organizar la población y con cuatro postes en el suelo, el techo cubierto de paja, paredes de caña revestidas de lodo, sin puertas ni ventanas que duraba un tiempo de construcción de 4 horas, se fundó Santo Domingo Xenacoj. Xenacoj significa " Debajo del cerro del rugido del león ".

Política

Dentro de la administración del municipio se cuenta con una corporación municipal, la cual está formada por el alcalde, tres síndicos y cuatro consejales, un secretario y un tesorero.

Información demográfica

Población:

Santo Domingo Xenacoj cuenta con una población de 7,137 habitantes (año 1998) y el 49.5% de esta población es de sexo femenino.

Encontramos un total de 3,431 personas en edad fértil de las cuales el 42.5% (1457 personas) son de sexo femenino.

47% de la población es alfabeto. 94% de la población es indígena.

VI. METODOLOGIA

A. Tipo de estudio:

Descriptivo transversal.

3. Sujeto de estudio:

Personas indígenas de sexo femenino en edad reproductiva, con vida sexual activa del municipio de Santo Domingo Xenacoj.

C. Muestra:

Para una población total de 1,457 mujeres en edad fértil, en este estudio se incluyó una población muestral de 301 personas, teniendo como referencia el cuadro titulado TAMAÑO DE LA MUESTRA PARA ESTUDIOS DESCRIPTIVOS del College Outline Series-tables for Statisticians, con límite de confianza del 95%. (ver anexos)

D. Criterios de inclusión y exclusión:

1. Criterios de inclusión:

- Ser mujer indígena.
- Tener entre 15 y 45 años de edad.
- Tener vida sexual activa.

2. Criterios de exclusión:

- Personas con trastornos psicológicos.
- Personas que no desearon participar voluntariamente.

E. Variables:

1. ACEPTACION DE PLANIFICACION FAMILIAR:

- a) Definición conceptual: acción de recibir uno lo que le dan, ofrecen o encargan.
- b) Definición operacional: recibir voluntariamente y con agrado, los métodos de planificación familiar que ofrece el puesto de salud.
- c) Tipo de variable: nominal.
- d) Unidad de medida: sí/no

2. CONOCIMIENTO SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR:
- a) Definición conceptual: estar informado sobre los métodos de planificación familiar disponibles en la actualidad.
 - b) Definición operacional: tener información sobre los métodos que pueden ser utilizados para espaciar los embarazos y que están disponibles en el puesto de salud.
 - c) Tipo de variable: nominal.
 - d) Unidad de medida: si/no/que és.
3. INCONVENIENTE DE LA PLANIFICACION FAMILIAR:
- a) Definición conceptual: obstáculo o impedimento a la utilización de cualquier método de planificación familiar.
 - b) Definición operacional: razones que presentan las mujeres indígenas para no hacer uso de los métodos disponibles para espaciar los embarazos.
 - c) Tipo de variable: nominal.
 - d) Unidad de medida: respuesta abierta.
4. POSIBILIDAD DE PLANIFICAR LA FAMILIA:
- a) Definición conceptual: intención de utilizar algún método de planificación familiar para poder espaciar los embarazos.
 - b) Definición operacional: querer o desear espaciar los embarazos utilizando algún método anticonceptivo.
 - c) Tipo de variable: nominal.
 - d) Unidad de medida: si/no
5. NUMERO DE HIJOS DESEADOS:
- a) Definición conceptual: cantidad de hijos anhelados por los padres.
 - b) Definición operacional: número de hijos que la pareja ha pensado tener en su familiar como fruto de su unión.
 - c) Tipo de variable: numérica.
 - d) Escala de Medición: 1,2,3,4,etc.

6. DISPOSICION DEL CONYUGE:

- a) Definición conceptual: decisión del cónyuge masculino en la planificación familiar.
- b) Definición operacional: aprobación por el cónyuge que su esposa utilice algún método de planificación familiar.
- c) Tipo de variable: nominal.
- d) Unidad de medida: si/no.

F. Procedimiento:

Debido a que en la municipalidad de Santo Domingo Xenacoj no existen registros específicos respecto a la localización de las mujeres en edad fértil, y en vista de que este municipio únicamente cuenta con área urbana, la que a su vez se halla dividida en 68 manzanas de casas o cuadras (ver anexos), se procedió de la siguiente forma para seleccionar a las personas que fueron incluidas en el estudio:

Se visitaron cada una de las viviendas hasta escoger de cada manzana a cuatro (4) personas que reunían las características necesarias (criterios de inclusión) para ser sujetos de estudio, en las primeras 39 manzanas; y de las últimas 29 manzanas se escogieron a 5 personas de cada una de ellas. De esta forma se completó un total de 301 personas (población muestral) las cuales fueron entrevistadas al momento de visitar cada una de las viviendas.

Cuando fue necesario se recurrió a la ayuda de una interprete para realizar la encuesta.

G. Aspectos éticos:

Se comunicó a las autoridades de la comunidad y principalmente a las personas entrevistadas que la participación en esta investigación fué totalmente voluntaria y que la información que se obtuvo es de carácter confidencial y que será utilizada con fines científicos.

H. Recursos:

1. Físicos:

- Bibliotecas de USAC, INCAP, APROFAM y DGSS.

2. Humanos:

- Personal que labora en la municipalidad y puesto de salud local.
- Mujeres indígenas de la comunidad.

3. Económicos:	
- Transporte	Q 80.00
- Papelería y útiles de oficina	Q 50.00
- Fotocopias	Q 75.00
- Impresión	Q 850.00
- Viáticos	Q <u>300.00</u>
Total	Q1355.00

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS



CUADRO # 1

Edad de mujeres en edad fértil y con vida sexual activa entrevistadas en el municipio de Santo Domingo Xenacoj, Sacatepéquez.

Junio-Julio de 1,999

EDAD	#	%
15 – 20 años	11	3.65
21 – 25 años	32	10.63
26 – 30 años	79	26.25
31 – 35 años	74	24.59
36 – 40 años	63	20.93
41 – 45 años	42	13.95
TOTAL	301	100.00

Fuente: boleta de recolección de datos

CUADRO # 2

Conocimiento de la planificación familiar por mujeres indígenas alfabetas vs
analfabetas en el municipio de Santo Domingo Xenacoj. Sacatepéquez.

Junio-Julio de 1,999

CONOCIMIENTO	Alfabetas		Analfabetas		Total	
	#	%	#	%	#	%
Si	106	35.22	53	17.61	159	52.83
No	47	15.61	95	31.56	142	47.17
TOTAL	153	50.83	148	49.17	301	100.00

Fuente: boleta de recolección de datos.

CUADRO # 3

Conceptos de planificación familiar que tienen las mujeres indígenas de Santo Domingo Xenacoj, Sacatepéquez.

Junio-julio de 1,999		
CONCEPTOS	#	%
- No tener muchos hijos	68	22.59
- Ya no tener hijos	42	13.95
- No tener hijos	32	10.63
- Espaciar los embarazos	16	5.32
- No la conocen	143	47.51
TOTAL	301	100.00

Fuente: boleta de recolección de datos.

CUADRO # 4-A

Razones por las que aceptan la planificación familiar las mujeres indígenas con vida sexual activa de Santo Domingo Xenacoj, Sacatepéquez.

Junio-julio de 1,999

RAZONES DE ACEPTACION	#	%
- No alcanza el dinero	63	20.93
- Para criar mejor a los hijos	32	10.63
- No quieren tener mas niños	26	8.64
- Disminuir el sufrimiento de la madre	5	1.66
- Rechazaron la planificación fam.	32	10.63
- No la conocen	143	47.51
TOTAL	301	100.00

Fuente: boleta de recolección de datos.

CUADRO # 4-B

Razones por las que no aceptan la planificación familiar las mujeres indígena con vida sexual activa de Santo Domingo Xenacoj, Sacatepéquez.

Junio-julio de 1,999

RAZONES DE RECHAZO	#	%
- Es pecado	16	5.32
- Temor a enfermedad	16	5.32
- Aceptaron la planificación fam.	126	41.86
- No la conocen	143	47.50
TOTAL	301	20.26

Fuente: boleta de recolección de datos.

CUADRO # 5

Inconvenientes presentados a la aceptación de la planificación familiar por mujeres indígenas en edad fértil y con vida sexual activa del municipio de Santo Domingo Xenacoj, Sacatepéquez.

Junio-Julio de 1,999		
INCONVENIENTES	#	%
- Desaprobación del esposo	63	20.93
- Desaprobado por su religión	32	10.63
- Temor a enfermedad	16	5.32
- No tienen inconvenientes	47	15.61
- No la conocen	143	47.51
TOTAL	301	100.00

Fuente: boleta de recolección de datos.

CUADRO # 6-A

Razones para considerar la planificación de la familia por mujeres indígenas d
Santo Domingo Xenacoj, Sacatepéquez.

Junio-julio de 1,999		
RAZONES	#	%
- Insuficiencia de recursos económicos	105	34.88
- Mejor atención de los niños	5	1.66
- Ya no quiere tener mas hijos	6	1.99
- No han considerado la planificación	42	13.96
- No la conocen	143	47.51
TOTAL	301	100.00

Fuente: boleta de recolección de datos.

CUADRO # 6-B

Razones para no considerar la planificación familiar por mujeres indígenas de
Santo Domingo Xenacoj. Sacatepéquez.

Junio-julio de 1,999		
RAZONES	#	%
- Es pecado	16	5.32
- Temor a enfermedad	16	5.32
- Su esposo quiere muchos hijos (Machismo)	5	1.66
- No les interesa	5	1.66
- Si han considerado la planificación	116	38.53
- No la conocen	143	47.51
TOTAL	301	100.00

Fuente: boleta de recolección de datos.

CUADRO # 7

Número de hijos deseados y número de hijos tenidos por mujeres indígenas y su cónyuge con vida sexual activa en Santo Domingo Xenacoj, Sacatepéquez.

Junio-julio de 1,999

# de hijos	Hijos deseados		Hijos tenidos		Nunca lo han discutido		Disp. A recibir mas		Ya no mas hijos	
	# de fam.	%	# fam.	%	# de fam.	%	# de fam.	%	# de fam.	%
1-2	32	10.63	42	13.95	10	3.32				
3-4	32	10.63	95	31.56	63	20.93	26	8.64	5	1.66
5-6	5	1.66	79	26.25	74	24.59	16	5.32	11	3.65
7-8			53	17.61	53	17.61	6	1.99	16	5.32
9-10			11	3.65	11	3.65				
+ 10			21	6.98	21	6.98	5	1.66		
Total	69	22.92	301	100.00	232	77.08	53	17.61	32	10.63

de fam = número de familias.

Disp. = disposición.

Fuente: boleta de recolección de datos.

CUADRO # 8-A

Razones que impiden que los esposos acepten la utilización de los métodos de planificación familiar según las mujeres indígenas de Santo Domingo Xenacoj, Sacatepéquez.

Junio-julio de 1,999		
RAZONES	#	%
- Es pecado	47	15.62
- Temor a que ella se enferme por utilizarlos	42	13.95
- Quiere tener muchos hijos	11	3.65
- Aceptan la planificación	79	26.25
- No dieron respuesta	122	40.53
TOTAL	301	100.00

Fuente: boleta de recolección de datos.

CUADRO # 8-B

Razones de los esposos para aceptar la utilización de los métodos de planificación familiar según mujeres indígenas de Santo Domingo Xenacoj, Sacatepéquez.

Junio-julio de 1,999		
RAZONES	#	%
- Insuficiencia de recursos económicos	37	12.29
- Ya no quiere mas hijos	16	5.32
- Mantener la salud de la madre	16	5.32
- Mantener la salud de los hijos	10	3.32
- No la aceptan	100	33.22
- No se obtuvo respuesta	122	40.53
TOTAL	301	100.00

Fuente: boleta de recolección de datos.

VIII. ANÁLISIS, COMPARACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

CUADRO #1.

Este cuadro registra la edad de las personas entrevistadas quienes en promedio tienen de 26 a 35 años, edad en la cual aún puede intervenir la educación y orientación para mejorar el bienestar de sus hijos, planificando su familia, sin embargo hay mujeres de 15 a 20 años de edad que ya iniciaron su vida sexual activa sin tener ninguna orientación para la educación y crianza de los niños; esto confirma que aún persiste la idea en las poblaciones rurales que la edad ideal para que se case la mujer e inicie a tener hijos es entre 16 y 18 años, sin saber que lo único que se logra es condenar la salud de la mujer y poner en riesgo la salud, educación e incluso la vida de los niños que nazcan de la misma.

CUADRO # 2:

Conocimiento de la planificación familiar por mujeres indígenas alfabetas y no alfabetas en el municipio de Santo Domingo Xenacoj, Sacatepéquez.

El saber leer y escribir es sin duda uno de los factores esenciales para lograr una amplia cobertura de la planificación familiar, la mitad del número de mujeres entrevistadas son analfabetas y aproximadamente un porcentaje igual no tienen conocimiento sobre planificación familiar.

De esta manera no se llegará a combatir la alta tasa de natalidad y fecundidad de nuestro país; la educación sexual de la mujer se tiene que iniciar desde su niñez, asistiendo a la escuela para recibir una orientación adecuada.

Los resultados obtenidos y registrados en este cuadro no deben ser motivo de sorpresa, porque la niña, en áreas rurales, es educada básicamente para trabajos domésticos y esto se observa con mayor frecuencia en familias numerosas.

La razón de lo anterior no se conoce bien pero es importante mencionar que algunos padres de familia refieren no dar importancia a la educación de las niñas porque en ellas no se logra observar el fruto de la educación, pues al cumplir 18 años de edad contraen matrimonio y ya no son productivas economicamente hablando, mientras que los varones reciben lo mejor en educación ya que ellos dependerán en el futuro los ingresos familiares y por consiguiente el mantenimiento de los padres.

CUADRO # 3:

Conceptos de planificación familiar que tienen las mujeres indígenas de Santo Domingo Xenacoj.

No existe lugar a dudas que la mujer indígena inicia su vida sexual de manera descontrolada, prueba de ello son los dos conceptos de planificación que tienen, "No tener muchos hijos" y "Ya no tener hijos".

Estas dos concepciones reflejan la ignorancia que tienen en planificación familiar y que no se piensa en ella hasta después de tener los primeros hijos cuando los ingresos familiares ya no cubren ni siquiera las necesidades básicas.

Muchos esposos, privilegiados por el hecho de haber asistido a la escuela conocen algunos métodos de planificación familiar, pero nunca se atrevieron a discutirlo con su esposa hasta darse cuenta que tenían muchos herederos y no tenían que heredarles. Tienen culpa las generaciones anteriores, que han transmitido la educación sexual como un tema prohibido, un tema pecaminoso enseñando a los esposos a tener todos los hijos que Dios mande sin discusión alguna.

CUADROS # 4-A y 4-B:

Razones para aceptar o no la planificación familiar por las mujeres indígenas de Santo Domingo Xenacoj.

El aceptar o no la planificación familiar por la mujer indígena encierra dentro de su mente una serie de interrogantes que involucran factores económicos, religiosos y sociales.

No es sorprendente encontrar a mujeres indígenas refiriendo que el dinero que su esposo gana no es suficiente para cubrir las necesidades de los hijos y es por ello que ya no desean tener más. Lamentablemente "planificar", como es conocida la planificación familiar en las comunidades rurales, no se discute antes de iniciar a tener niños, sino hasta que éstos son numerosos recuerdan que existen métodos para "ya no tener más" y poder así "disminuir el sufrimiento de la madre" al tener que cuidar, orientar, alimentar, asear, vestir, educar a 6 ó en ocasiones hasta 10 hijos.

El temor a Dios también influye sobre las decisiones de las parejas, por lo cual habría que ampliar la cobertura de la planificación tratando de llegar a los representantes religiosos que continuamente transmiten mensajes en contra de los anticonceptivos debido a que, según ellos, se comete "asesinato de niños" al utilizar estos métodos y eso representa pecado capital delante de Dios.

Por lo que se ha descrito se puede ver claramente que la mitad de la población entrevistada que conoce la planificación familiar piensan en ella hasta tener problemas económicos (ver cuadro 4-A), es decir no planifican su familia, puede ser por temor a cometer pecado (ver cuadro 4-B) ó bien por temor a romper el silencio transmitido de generación en generación, silencio que envuelve el tema de la reproducción humana.



CUADRO # 5:

Inconvenientes presentadas a la aceptación de la planificación familiar por mujeres indígenas de Santo Domingo Xenacoj.

Las mujeres indígenas guatemaltecas que tienen conocimientos sobre planificación familiar y sus beneficios, aproximadamente 50% de la población muestral, presentan varios inconvenientes para la utilización de éstos métodos.

El cónyuge tendrá que ser educado para aceptar que su esposa planifique el número de hijos que desea, pero lamentablemente quienes menos llegan a las pláticas de orientación son los hombres porque tienen que trabajar o bien piensan que los temas a discutir son cosas de mujeres y que él tiene asuntos más importantes que atender.

Esta es la situación que desafortunadamente se presenta, siempre el hombre y su "machismo" dominando las circunstancias diarias sin tomar en cuenta la consideración a su esposa. Si únicamente se toman en cuenta las mujeres que conocen la planificación familiar, aproximadamente el 40% de ellas que no utilizan métodos anticonceptivos tienen por inconveniente a su esposo.

No debemos olvidar también, como fue mencionado en otros apartados, que la religión (católica, evangélica, mormona, etc) es otro obstáculo que tiene que ser afrontado ya que representan el inconveniente de otro gran número de personas.

El desconocimiento crea temor, indecisión y se observan muchas más afectadas aquellas mujeres quienes entienden la planificación familiar como "y no concebir hijos", para ellas la bendición de Dios está en el número de hijos recibidos y si no cumple la voluntad de El es pecado y por ello la mujer tiende a enfermar y morir.

CUADRO # 6-A y 6-B:

Razones para considerar o no la planificación familiar por mujeres indígenas de Santo Domingo Xenacoj.

Cuando se le pregunta a las mujeres indígenas si ellas planifican o no su familia y cuál es la razón para hacerlo o no, la primera reacción es de asombro y una expresión que transmite cierta timidez como si se tratara de una interrogante demasiado personal ó prohibida.

Esta reacción es comprensible, ya que la sociedad indígena no acepta la anticoncepción y aquellos miembros de la comunidad que la utilizan son rechazados, inclusive por los familiares adquiridos como derecho en su matrimonio; por eso la comunidad no debe enterarse.

Las razones son varias, la mas fuerte es el pecado de la planificación familiar lo que quiere decir que las personas que utilizan éstos métodos están en pecado y no se debe tener relación alguna con ellos; además en el análisis interior fue mencionado que la bendición de Dios se refleja en el número de hijos y aquellas mujeres que no tienen muchos no están siendo bendecidas, seguramente porque están en pecado y tarde o temprano enfermarán porque Dios no esta con ellas.

Muchos hombres aún están arraigados a éstas creencias por lo que desean tener muchos hijos y mejor si es con intervalo no muy prologando para que la sociedad vea que Dios esta con ellos, mas específicamente con él y de esta manera aumentar su prestigio.

Si se toman en cuenta únicamente las mujeres que conocen la planificación familiar, aproximadamente un 73% sí han considerado la posibilidad de planificar su familiar. Pero si se incluye toda la población, este porcentaje se reduce a 38.5, lo que indica que muy pocas personas han podido ver la realidad, una realidad que involucra insuficiencia de recursos económicos e inadecuada atención de los hijos cuando son numerosos.

CUADRO # 7:

Número de hijos deseados y número de hijos tenidos por mujeres indígenas y su cónyuge con vida sexual activa en Santo Domingo Xenacoj.

En las comunidades indígenas, al igual que en el resto de la población del área rural, existen problemas económicos quizás secundarios a la baja escolaridad y no poder adquirir un trabajo bien remunerado, o podría deberse que un buen porcentaje es instruido para trabajar la tierra y vivir de los productos obtenidos de sus siembras.

Sin embargo aún con éstos problemas, el 17.61% de la población, teniendo más de 3 niños en su familia, todavía está dispuesta a recibir más porque Dios quien los concede y no se puede evitar.

En la discusión del cuadro # 4 se hizo notar que la pareja no planifica su familia, nunca piensan antes del matrimonio cuántos hijos van a tener, cuántos pueden mantener según sus ingresos; en vez de esto inician deliberadamente procrear niños sin pensar en su futuro y esto se dice teniendo como base los datos obtenidos, 77.08 % de la población nunca han discutido el número de niños que traeran al mundo.

Lamentablemente esta es la realidad, quizás sea por falta de madurez y que hay parejas que se casan por compromiso teniendo 16-18 años de edad. Otra razón podría ser, y quizás sea ésta la de mayor influencia, que los jóvenes nunca han recibido orientación de sus padres sobre sexo seguro, sino se dejan llevar por sus instintos e influencia de los amigos y cuando menos lo esperan la "niña" esta embarazada y no hay otra opción que contraer matrimonio con ella y después viviendo juntos es más difícil detener la procreación de los hijos, si antes no se tuvo ninguna orientación al respecto.

CUADRO # 8-A y 8-B:

Razones de los esposos para aceptar o no el uso de la planificación familiar por su esposa, según mujeres indígenas de Santo Domingo Xenacoj.

Como se ha venido discutiendo, uno de los obstáculos que tienen las mujeres indígenas para utilizar métodos anticonceptivos es su esposo.

La pregunta a plantearse es, ¿porqué el esposo no quiere que "su mujer" utilice éstos métodos?, la respuesta quizás se pueda resumir en una palabra, MIEDO.

Miedo a ser pecador por no tener todos los hijos que Dios desea. Para las personas fieles a su religión no hay lugar a dudas de su fe, pero hay personas que solo buscan mantener su prestigio y virilidad, pues si su esposa utiliza algún método de planificación, él ya no tendrá control sobre los embarazos y esto significa menos autoridad y disminución de su autoestima. El decir es pecado en muchas ocasiones significa que él no autoriza la utilización de anticonceptivos y no necesariamente tiene que ver con algún acto devoto.

Lo anterior es solo una forma de disfrazar la situación, pudiendo existir otras como el miedo a que su esposa se enferme por utilizar anticonceptivos. Claro está, que en ningún momento se dice que todos los hombres tratan de ocultar su opinión ya que las respuestas obtenidas son de mujeres indígenas, sus esposas.

No se debe olvidar que una cuarta parte de la población respondió que su esposo esta de acuerdo con la planificación por la insuficiencia de recursos económicos que conlleva a una mala educación, alimentación y una precaria situación de salud para cada uno de los miembros.

IX. CONCLUSIONES

- La alfabetización juega un papel esencial en el conocimiento de los métodos de planificación familiar. Mientras menos índice de alfabetización se tenga en una comunidad mayores serán las tasas de natalidad y fecundidad.
- Aproximadamente el 50% de las mujeres indígenas conocen la planificación familiar pero no todas la aceptan; el esposo y la religión son los principales inconvenientes, pues muchas han considerado planificar la familiar pero al momento de consultar a su esposo éste no lo aprueba porque tiene miedo de caer en pecado, porque no quiere disminuir su prestigio ó bien porque sencillamente quiere demostrar su virilidad al tener un gran número de hijos (machismo).
- Tres cuartas partes de las parejas que se unen para iniciar una familia nunca han discutido el número de hijos que desean tener, lo cual lleva a una reproducción descontrolada y buscan la planificación familiar cuando ya tienen muchos hijos.

X. RECOMENDACIONES

- Desarrollar programas que tengan como objetivo principal el informar a toda la población indígena sobre los beneficios que se obtienen al utilizar cualquiera de los métodos de planificación familiar para espaciar los embarazos.
- Instruir a los trabajadores de la salud que laboran en los puestos y centros de salud para que desarrollen actividades creativas y establecer una comunicación de doble vía con la comunidad para comprender las inquietudes de las personas indígenas de ambos sexos con respecto a la planificación y brindar orientación adecuada, aunque esto implique utilizar cualquiera de los idiomas o lenguas nativas.
- Establecer y desarrollar programas de planificación familiar en el nivel básico y preparatoria de educación para iniciar tempranamente la orientación de los futuros padres de familia responsables.
- Desarrollar programas a nivel comunitario que tengan como finalidad la educación de los padres de familia en lo correspondiente a la educación de los hijos y hacerles de su conocimiento que la niña tienen tanto derecho a ser educada como el varón.

XI. RESUMEN

Estudio descriptivo-transversal que identifica cuál es el grado de aceptación de la planificación familiar por mujeres indígenas en edad reproductiva con vida sexual activa en el municipio de Santo Domingo Xenacoj del departamento de Sacatepéquez durante los meses de Junio y Julio de 1999.

Fueron visitadas 301 mujeres escogidas al azar quienes fueron entrevistadas previa aceptación voluntaria.

De todas las mujeres entrevistadas únicamente el 52.83% tiene conocimientos sobre la planificación familiar y de ellas el 79.74% la acepta como método que beneficia a todas las familias al no tener muchos hijos y poder mantener adecuadamente a los que se tienen.

Para las mujeres que conocen la planificación familiar, la desaprobación del esposo, el miedo a ofender a Dios teniendo pocos hijos y el temor a sufrir alguna enfermedad como consecuencia de la utilización de los métodos anticonceptivos, representan el 39.87%, 20.25% y 10.13% respectivamente, de las razones de rechazo.

Conociendo la aceptación que tiene la planificación familiar en las comunidades indígenas de Guatemala pueden desarrollarse programas a nivel comunitario y así reducir la alta tasa de crecimiento demográfico que tiene nuestro país.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. APROFAM. Comportamiento Sexual y Aceptación de la Planificación Familiar en la Población Maya Quiché de Guatemala. Guatemala: 1,994. 102p.
2. Center for Communication Programs. Una Intervención Para Salvar la Vida de la Mujer. Population Reports. Florida 1,997;25(1). 31p.
3. Colectivo Sol. VIH, Sexo Seguro y Saludable. Boletín acción en SIDA. Mexico, D. F.: oct. 97- mar 98;34(35). 20p.
4. Colston W., Anne et al. Anticoncepción y Planificación Familiar. En: Tratado de Ginecología de Novak. 12 ed. México: Interamericana, 1995. (pp 181-210).
5. Conningham, F. Gary et al. Planificación Familiar. En: Obstetricia de Williams. 4ed. Barcelona:Masson, S. A., 1,996. (pp 1,297-317).
6. Echevería Nova, Alma Nivia. Influencia del Cónyuge Masculino en la Aceptación o Rechazo de la Planificación Familiar. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1,997. 41p.
7. Escobar Corado, Juan Pablo. Influencia del Cónyuge en la Planificación Familiar de Pacientes en Post-parto Atendidas en Maternidad del Hospital Roosevelt. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1,997. 41p.
8. Family Healt International. Beneficios de la Planificación Familiar. Network en Español. Florida: 1, 998; 18(1). 39p.
9. Family Healt International. La Planificación Familiar y la Vida de las Mujeres. Network en Español. Florida: 1,998;18(4). 36p.
10. Family Healt International. Los Hombres y la Salud de la Reproducción. Network en Español. Florida: 1,998;18(3). 30p.
11. Ministerio de Salud de Costa Rica. Maternidad Saludable. Boletín Promoción de la Salud. San José:1,998 mar-abr; año3(7). 8p.

12. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Demanda Total y Necesidad no Satisfecha de Planificación Familiar en Guatemala y su Diferenciación étnica. Documento Elaborado en el Marco del Taller de Planificación Familiar: Necesidades Actuales y Perspectivas Futuras, realizado en Chile, Marzo de 1,992. Guatemala: 1,994 abr. 41p.
13. OMS. Maternidad sin riesgos. Discurso del Dr. Mahler. Washington, EUA: 1,997. 41p.
14. OPS. Planificación Familiar y Salud en las Américas. En: Salud Reproductiva en las Américas. OMS Washington, EUA: 1,992. (pp 58- 79).
15. OPS. Prevención del Embarazo en la Adolescencia. En: Manual de Medicina de la Adolescencia. OMS Washington: 1,992. (pp 501-18). (Publicación Científica OPS No. 20).
16. Rizo, Alberto Et al. Anticonceptivos para los Clientes. En su: Manual del Administrador de la Planificación Familiar. Santiago de Chile: 1,996. (pp 235-42).
17. Tilson P., Phyllis et al. Public Health, Family Planning in Communication. In: Lesson From Family Planning in Reproductive Health. London: Praeger 1,997. (pp 1-15).
18. Toro O., Horacio. Servicios de Planificación Familiar; e Información, Educación y Planificación Familiar. En: Centros Docentes-Asistenciales Para la Planificación Familiar. Santiago de Chile: 1,996. (pp 15-18, 61-69).
19. Vásquez Quiñonez, Alicia del Carmen. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el uso de Métodos Anticonceptivos para la Planificación Familiar en el Area Rural. Tesis (Médico y Cirujano)- Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1,996. 38p.

XIII. ANEXOS

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Unidad de Tesis
Responsable: P.C. José Manuel Chin Xujur

ACEPTACION DE LA PLANIFICACION FAMILIAR
Boleta de recolección de datos

Edad: _____ Sabe leer S ___ N ___ Sabe escribir S ___ N ___

1. Sabe usted que es planificación familiar?:

SI _____ NO _____

Que es: _____

2. Acepta usted el uso de la planificación familiar?:

SI _____ NO _____

Porqué: _____

3. Que inconveniente encuentra usted a la planificación familiar?

4. Usted ha considerado la posibilidad de planificar su familia?

SI _____ NO _____

5. Cuántos hijos desean tener usted y su esposo?

6. Cree que su esposo aprobaría el que usted utilizara un método anticonceptivo?

SI _____ NO _____

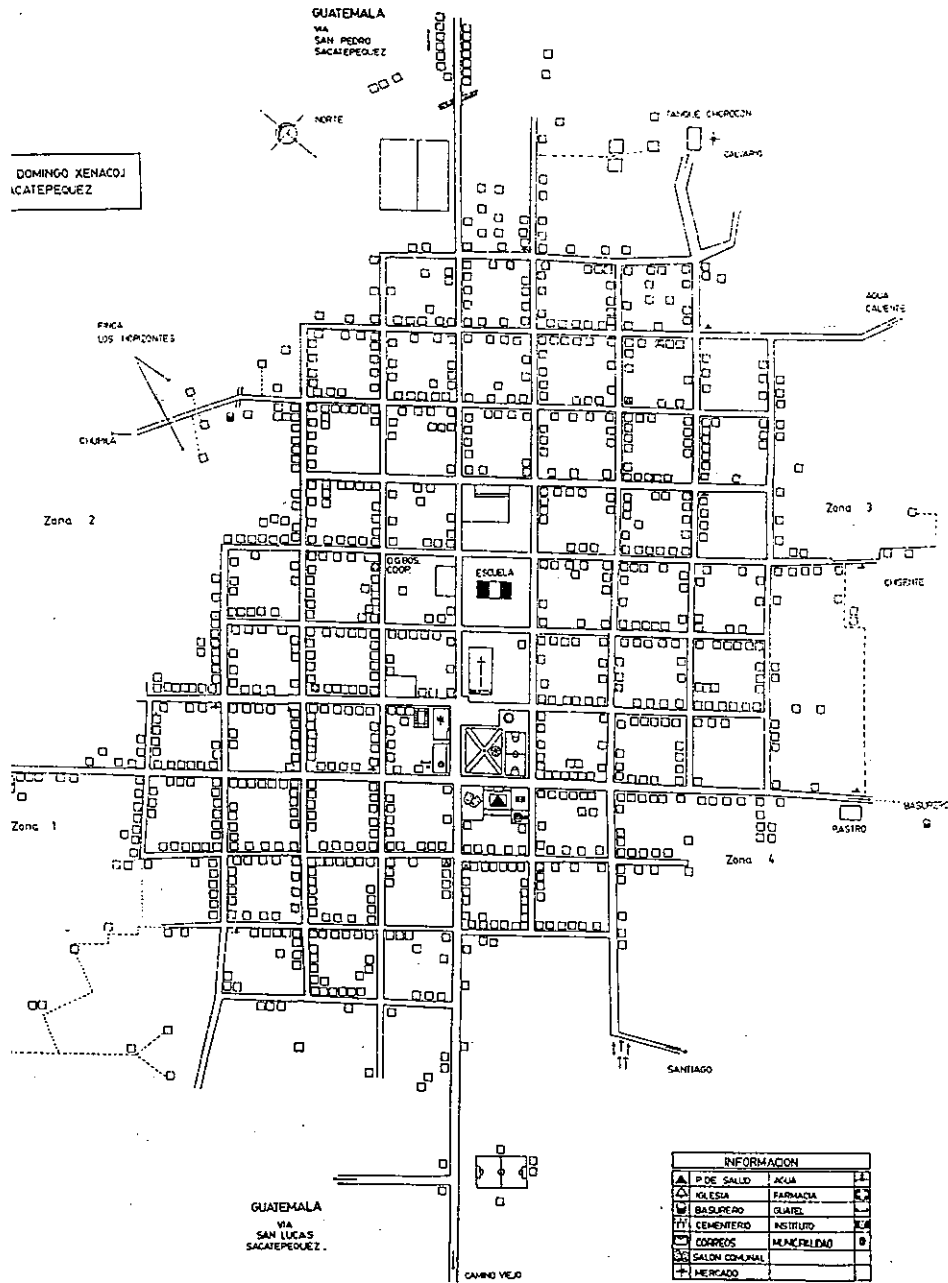
TAMAÑO DE LA MUESTRA PARA ESTUDIOS DESCRIPTIVOS

95% límite de confianza

$p = 0.50$

Población	Tamaño de la muestra para seguridad de:					
	+1%	+2%	+3%	+4%	+5%	+10%
500					222	83
1,000				385	286	91
1,500			638	441	316	94
2,000			714	476	333	95
2,500		1,250	769	500	345	96
3,000		1,364	811	517	353	97
3,500		1,458	843	530	359	97
4,000		1,538	870	541	364	98
4,500		1,607	891	549	367	98
5,000		1,667	909	556	370	98
6,000		1,765	938	566	375	98
7,000		1,842	959	574	378	99
8,000		1,905	976	580	381	99
9,000		1,657	989	584	383	99
10,000	5,000	2,000	1,000	588	385	99
15,000	6,000	2,143	1,034	600	390	99
20,000	6,667	2,222	1,053	606	392	100
25,000	7,143	2,273	1,064	610	394	100
50,000	8,333	2,281	1,087	617	397	100
100,000	9,001	2,439	1,099	621	398	100
>	10,000	2,500	1,111	625	400	100

Tomado de College Outline Series-tables for Statisticians.
 Publicado en el Taller de Investigación aplicado a Servicios de Salud,
 Universidad de Boston. Cópia 1,989. (p 114).



Municipio de Santo Domingo Xenacoj

