

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

“FACTORES CONDICIONANTES DEL EMBARAZO NO DESEADO”

**Estudio cualitativo realizado en mujeres de 10 a 55 años de edad
en un departamento del occidente de Guatemala
marzo – abril 2010**

TESIS

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

POR

Linda Esther Chu´mil-Kaj Ortiz Castro

MÉDICO Y CIRUJANO

Guatemala, septiembre de 2010

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

Linda Esther Chumil-Kaj Ortiz Castro 200310269

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

"FACTORES CONDICIONANTES DEL EMBARAZO NO DESEADO"

Estudio cualitativo realizado en mujeres de 10 a 55 años de edad
en un departamento del occidente de Guatemala
marzo – abril 2010

Trabajo asesorado por la Dra. Luisa María Chamaud Cruz y revisado por el Dr. Luis Manuel López Dávila, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, 7 de septiembre de dos mil diez


DR. JESÚS ARNULFO OLIVA LEÓN
DECANO



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

La estudiante:

Linda Esther Chu'mil-Kaj Criz Castro 200310269

ha presentado el trabajo de graduación titulado:

"FACTORES CONDICIONANTES DEL EMBARAZO NO DESEADO"

Estudio cualitativo realizado en mujeres de 18 a 55 años de edad
en un departamento del occidente de Guatemala
marzo - abril 2010

El cual ha sido revisado y corregido, y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se le autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público Dado en la Ciudad de Guatemala, el siete de septiembre del dos mil diez.

"DÉ Y ENSEÑAD A TODOS"



Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas
Coordinador
Unidad de Trabajos de Graduación

Guatemala, 7 de septiembre 2010

Doctor
Edgar de León Barillas
Unidad de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. De León:

Le informo que la estudiante abajo firmante

Linda Esther Chu'mil-Kaj Ortiz Castro



Presentó el informe final de Trabajo de Graduación titulado:

"FACTORES CONDICIONANTES DEL EMBARAZO NO DESEADO"

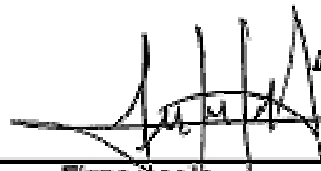
Estudio cualitativo realizado en mujeres de 10 a 55 años de edad
en un departamento del occidente de Guatemala
marzo - abril 2010

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



Firma y sello
Asesora

Dr. Luis María Ramos Escobar
Médico y Cirujano
Céd. 2007



Firma y sello
Revisor

Dr. Luis Manuel López Dávila
Médico y Cirujano
Colegiado No. 7976

No. De Reg. de Personal 930530

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar los factores condicionantes de los embarazos no deseados en las mujeres comprendidas en las edades de 10 a 55 años en un departamento del occidente del país de Guatemala en el período marzo-abril 2010. **Metodología:** A través del estudio cualitativo se realizaron entrevistas abiertas, la información fue transcrita, de acuerdo al contenido se elaboraron las subcategorías de las cuales se hizo un análisis por objetivo, la información fue categorizada, se generaron códigos que fueron divididos de acuerdo a características del grupo, esto permitió hacer diferencias y comparaciones de cada categoría, la información se agrupó en cuadros, se analizaron formando textos, estos se redactaron para plantear los resultados. **Resultados:** Una base económica poco estable se vinculó con el rechazo de la mujer y la pareja frente a un embarazo, hubo carencia de educación sexual principalmente sobre planificación familiar, acceso limitado a métodos de planificación familiar por creencias de la familia y pareja, abuso sexual por parte de la pareja; el aborto fue una medida necesaria para culminar con el embarazo no deseado por diferente naturaleza. **Conclusiones:** El embarazo no previsto predispuso a un desequilibrio económico, la educación sexual debió ser impartida en base a la equidad de género, la planificación familiar brindó un mejor nivel de vida a las mujeres que la utilizaron, el abuso sexual fue una condición que desencadenó embarazos involuntarios, cuando el embarazo no fue aceptado el aborto fue una alternativa.

Palabras clave: embarazo no deseado, planificación familiar, aborto, educación sexual.

ÍNDICE

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	3
3. MARCO TEÓRICO	4
3.1 Contextualización del área de estudio	4
3.2 Embarazo	4
3.3 Fecundidad en Guatemala	11
3.4 Aborto	12
3.5 Planificación familiar	14
3.6 Necesidad Insatisfecha de anticoncepción	15
3.7 Violencia sexual	16
3.8 Pobreza en Guatemala	17
4. METODOLOGÍA	20
4.1 Tipo y diseño de la investigación	20
4.2 Unidad de análisis	20
4.3 Población o universo	20
4.4 Selección de los sujetos de estudio	20
4.5 Definición y operacionalización de categorías	20
4.6 Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos	29
4.7 Procesamiento y análisis de datos	30
4.8 Alcances y límites	32
4.9 Aspectos éticos de la investigación	32
5. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	34
6. CONCLUSIONES	93
7. RECOMENDACIONES	95
8. APORTES	98
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
10. ANEXOS	104

1. INTRODUCCIÓN

Guatemala es un país con una de las tasas más altas de fecundidad, pero en contraste, es uno de los países con mayor morbilidad y mortalidad de mujeres y de niños. También el país registra los más bajos niveles de educación, con mayor pobreza en Latinoamérica y con menos atención en salud pública, entre ellos el embarazo no deseado. Por algunos estudios que en el país se han hecho sobre el tema se estima que de diez embarazos tres son no deseados. A este indicador en particular, concurren una infinidad de aspectos sociales, económicos y políticos.

Se sabe que en todo el país se produce el mismo esquema respecto de los embarazos no planificados o no deseados, este estudio no es la excepción. La cotidianidad, en los diferentes entornos socioculturales ofrece el mismo problema y el mismo drama para las mujeres. La mortalidad materna por este problema es evidente a consecuencia de los abortos mal practicados y por supuesto, la mortalidad infantil, el abandono de los niños y niñas o el tráfico de los mismos que con frecuencia son temas de discusión y de nuevos enfoques legales.

El presente estudio revela que el embarazo no deseado provocó, entre otras dificultades, poco acceso al alimento de toda una familia, poca o ninguna educación para los hijos e hijas, condiciones de vida que han sido poco favorables, aumento de la precariedad y falta de oportunidades.

Por todo lo anterior es importante identificar los factores condicionantes que provocan este problema para mejorar programas y servicios en cuanto a planificación familiar ya que la anticoncepción y la educación son las herramientas ideales para que las mujeres y hombres puedan elegir el momento en que deciden tener hijos, el número de hijos y el espaciamiento de los embarazos.

En este estudio se hizo una revisión y análisis de otras investigaciones realizadas con el tema de los embarazos no deseados a nivel de América Latina incluyendo Guatemala que, indudablemente sirvieron de soporte.

En el estudio se realizaron entrevistas abiertas utilizando equipo de audio y anotaciones de las observaciones importantes en cada una de ellas, se establecieron códigos por medio de la clasificación de categorías y subcategorías y se realizó el método de triangulación para el análisis cualitativo de la población.

Se determinó que los factores condicionantes del embarazo no deseado fueron: inestabilidad económica, limitada educación sexual, falta de acceso a los servicios de planificación familiar, desacuerdos entre la pareja, intervención de terceras personas en las decisiones de pareja de parte de la familia cercana y el abuso sexual.

Lamentablemente se pudo establecer que para resolver el embarazo no deseado, el aborto fue la alternativa única para muchas mujeres, determinación que trajo consigo una secuela de daños y de malas relaciones de pareja, sin mencionar las psicológicas y morales vinculadas a las creencias o religiones de las personas. De allí la importancia de implementar acciones para erradicar este problema de salud pública, involucrando a todas las entidades del estado y la cooperación internacional, capacitando al personal de salud para mejorar los programas ya existentes y estableciendo programas a nivel local en el idioma de las mujeres.

Para finalizar se puede decir que un estudio como el presente, deja en la investigadora y en los diferentes actores sociales involucrados, una magnífica experiencia y una serie de conclusiones y recomendaciones que pueden servir en un futuro no solo para mejorar las relaciones de género sino para eliminar las desigualdades de género que impiden que tanto mujeres como hombres puedan tomar las decisiones más favorables para ellos y para sus hijos.

2. OBJETIVOS

2.1 GENERAL:

Caracterizar los factores condicionantes de los embarazos no deseados en las mujeres comprendidas en las edades de 10 a 55 años en un departamento del occidente de Guatemala en el período marzo-abril 2010.

2.2 ESPECÍFICOS

- 2.2.1** Identificar si el factor económico fue un determinante para que un embarazo sea no deseado.
- 2.2.2** Identificar si la educación fue un factor que tuvo relación para evitar los embarazos no deseados.
- 2.2.3** Identificar si el embarazo no deseado tuvo relación con el acceso a métodos anticonceptivos.
- 2.2.4** Identificar si la falla de métodos anticonceptivos tuvo relación con el embarazo no deseado.
- 2.2.5** Identificar si el embarazo no deseado tuvo origen por violencia sexual.
- 2.2.6** Analizar si el aborto fue un medio para culminar con el embarazo no deseado en el grupo de estudio.
- 2.2.7** Analizar si la edad de las mujeres fue un factor condicionante para tener un embarazo no deseado.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Contextualización del área de estudio

El área geográfica de estudio cuenta con una extensión territorial de 1,979 kilómetros cuadrados, con una densidad poblacional de 284 habitantes por kilómetro cuadrado; sin embargo en la cabecera departamental donde se realizó el estudio tiene una extensión territorial de 212 kilómetros cuadrados. El clima es frío. Los idiomas que se hablan en este municipio son el idioma local y el español. La población en la cabecera departamental es de 74,077 habitantes, donde el 49.09% corresponde al sexo masculino y 50.91% al sexo femenino. (1)

El 79.11% de la población es indígena y el 20.89% no indígena; en lo concerniente al índice de pobreza es de 59.40% que es superior al índice nacional, el índice de pobreza extrema es de 13.50% debajo del promedio nacional. Otro factor importante es que únicamente el 31% de la población es económicamente activa, ya que se carece de empleo y recursos económicos suficientes para solventar las necesidades básicas. Este lugar posee una tasa de analfabetismo de 23.40% ligeramente por encima del promedio del país. La red de servicios de este lugar para dar atención de salud a la población está integrada por 12 Centros de Salud, 3 Centros de Atención Permanente (CAP), 55 Puestos de Salud y 18 Jurisdicciones de Extensión de Cobertura. El 75% de la Población tiene acceso a los servicios de salud, de los cuales el 42% lo cubre El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el 31% de Extensión de Cobertura y el 2% está cubierta por otras instituciones como: Instituto Guatemalteco de Seguro Social (IGSS), sanatorios, clínicas particulares y terapeutas tradicionales. Sin embargo el 25% de la población no tiene acceso a los servicios de salud, conformando un grupo postergado y de alto riesgo por la mala situación económica del departamento. (1, 2)

3.2 Embarazo

Se denomina así al período de tiempo que transcurre entre la fecundación del óvulo por el espermatozoide y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto,

como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. (3)

En 2007 el Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) definió al embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del blastocisto¹ en la mujer. El embarazo se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto. (4)

La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocisto a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación). El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación. En la especie humana, las mujeres atraviesan un proceso que dura aproximadamente 40 semanas a partir del primer día de la última menstruación o 38 semanas a partir del día de la fecundación, lo que equivale a unos 9 meses. (3)

3.2.1 Embarazo no deseado

Son embarazos que ocurren en un momento poco favorable, inoportuno o que se dan en una persona que ya no quiere reproducirse y en el peor de los casos secundarios a violencia sexual. (5, 6)

Aproximadamente 40% de los 182 millones de embarazos que ocurren anualmente a nivel mundial son no deseados o inoportunos. Cada año, 46 millones de embarazos no deseados terminan en aborto, de los cuales 20 millones se realizan en condiciones de riesgo. (7)

Entre las causas del embarazo no deseado están: no uso de anticonceptivos, por falta de información, acceso limitado a servicios, carencia de métodos, limitación de recursos económicos, creencias personales, objeciones familiares o temores por la salud. (8) En relación a la información errónea acerca de la reproducción, las adolescentes son particularmente susceptibles al embarazo no deseado y a los riesgos de una actividad sexual temprana y sin protección debido a la falta de información y servicios. Entre un 20% a

¹ Estructura embrionaria presente en las etapas tempranas del desarrollo durante el embarazo.

50% de las mujeres en América Latina reportan haber sufrido violencia sexual, dando como resultado un embarazo. La falla anticonceptiva es otra causa y se estima que es responsable de 8 a 30 millones de embarazos no deseados cada año a nivel mundial. (8, 9)

3.2.2 Consecuencias del embarazo no deseado

Ante un embarazo no deseado, las mujeres y las parejas enfrentan decisiones difíciles. Las opciones que se abren son básicamente dos: intentar interrumpir el embarazo a través de un aborto inducido, con todos los riesgos y consecuencias que este procedimiento conlleva en sociedades en las que está legalmente restringido, o continuar con el embarazo no deseado. (5)

3.2.2.1 Consecuencias sobre la salud

Las consecuencias sobre la salud de las mujeres son directas: las más graves se derivan del aborto inducido al que las mujeres recurren para tratar de interrumpir el embarazo no deseado, y que se realiza en condiciones de clandestinidad e inseguridad. La continuación de los embarazos no deseados también tiene consecuencias sobre la salud de la madre y del hijo, ya que estos ocurren con mayor frecuencia en mujeres en ambos extremos de la edad reproductiva, períodos durante los cuales los riesgos son mayores. Los embarazos no deseados tienen consecuencias que van más allá del individuo y afectan a toda la sociedad. (5, 10)

Las consecuencias más graves del embarazo no deseado se dan durante y posteriormente a un aborto inseguro. En los Estados Unidos de América (EE.UU.) se sabe que aproximadamente la mitad de los embarazos no deseados terminan en aborto. (5)

El aborto inducido es una de las principales causas de complicaciones, enfermedad y muerte para las mujeres de América Latina y el Caribe. El aborto que se realiza en condiciones inseguras se acompaña con frecuencia de complicaciones secundarias al procedimiento utilizado. Por ejemplo, cuando se introducen objetos no estériles o punzantes en el útero, los riesgos que enfrenta la mujer son enormes, y se agravan cuando esta no cuenta con información que le permita identificar los

signos de las complicaciones, cuando retrasa la búsqueda de atención por temor, vergüenza o desconocimiento de dónde acudir, o cuando la calidad de la atención es deficiente. (5)

En un estudio realizado en Brasil se estimó que el 20% de los abortos clandestinos eran realizados por médicos en clínicas y el 50% eran efectuados en casas particulares por la propia mujer o por personal sin entrenamiento. Estos datos contrastan con los provenientes de países donde el aborto es legal y se realiza en buenas condiciones, donde solo el 5% de las mujeres que interrumpen su embarazo sufre algún problema. Las complicaciones inmediatas más frecuentes del aborto inseguro son la perforación del útero, la hemorragia y la infección. A medio plazo, la infertilidad es una secuela frecuente. Lamentablemente, no se cuenta con datos sistemáticos y precisos para cuantificar la morbilidad que ocurre como consecuencia del aborto inducido, excepto en los casos en los que la mujer acude a un centro hospitalario. (3,5)

En el Instituto Mexicano del Seguro Social se realizó un estudio que muestra que el 63% de los internamientos de pacientes con problemas relacionados con el embarazo corresponden a complicaciones secundarias a un aborto. Esta proporción es altísima y está muy por encima de la causa de internamiento que le sigue en frecuencia, la hemorragia (19%). Todas las mujeres que, bien o mal, resuelven su problema en el hogar o en la comunidad (fuera de los hospitales) no quedan registradas en ninguna estadística oficial. Cuando se acompaña de sentimientos de culpa y se lleva a cabo en condiciones traumáticas, el aborto inducido también tiene consecuencias psicológicas como depresión, ansiedad y miedo. No obstante, es importante señalar que la continuación de un embarazo no deseado y la experiencia de ser madre contra su voluntad también suele tener consecuencias emocionales graves, por ahora no existen cifras que permitan estimar la frecuencia de las complicaciones emocionales del aborto inducido. (9, 10)

3.2.2.2 Embarazo en adolescentes

Las madres muy jóvenes (especialmente las menores de 15 años) muestran una tasa de mortalidad materna 2,5 veces mayor que las de 20 a 24 años. (11) Las adolescentes corren mayor riesgo de ganar poco peso durante el embarazo, sufrir hipertensión inducida por el embarazo, anemia, infecciones de transmisión sexual y desproporción cefalopélvica. Las adolescentes corren mayor riesgo de sufrir violencia y abuso sexual. (5, 11)

Ante un embarazo que la adolescente no está en condiciones de llevar a término, la joven suele carecer de conocimientos, recursos y orientación para resolver su situación. Sola y vulnerable, recurre a los métodos más peligrosos con el fin de interrumpir el embarazo. Asimismo, el miedo a la censura la lleva a retrasar la asistencia a los servicios de salud para buscar ayuda frente a las complicaciones derivadas de un aborto incompleto. Esta cadena de acontecimientos coloca a la joven en alto riesgo de enfermedad y muerte. (5)

Los hijos de madres menores de 15 años corren un riesgo dos veces mayor de tener bajo peso al nacer (< 2,500 g) y tres veces mayor de morir en los primeros 28 días de vida que los niños de madres de mayor edad. (5, 10) La incidencia de muerte súbita es mayor entre los hijos de adolescentes y más adelante, estos niños también sufren con mayor frecuencia enfermedades y accidentes. Los hijos de madres adolescentes corren mayor riesgo de morir durante sus primeros 5 años de vida. Un estudio comparativo para el que se usaron datos de encuestas de demografía y salud de 20 países muestra que este riesgo es un 28% mayor para los hijos de adolescentes que para los de madres de 20 a 29 años. Esta mayor mortalidad es consecuencia de las condiciones en las que se crían estos niños, caracterizadas por la pobreza, los cuidados deficientes y una utilización menor y más tardía de los servicios de salud. En general, este conjunto de problemas resulta de una combinación de factores: el bajo nivel socioeconómico, la inmadurez física de la madre, la falta de atención prenatal, los

hábitos inadecuados relacionados con la salud (nutrición y tabaquismo, por ejemplo) y la inmadurez emocional. (3,5)

El embarazo también tiene consecuencias sobre las oportunidades de desarrollo de las jóvenes. Se ha observado repetidamente que las adolescentes embarazadas abandonan la escuela con mayor frecuencia que el resto, tienen mayor probabilidad de ser madres solteras o solas, van a tener un número mayor de hijos al final de su vida reproductiva y sus oportunidades de alcanzar un trabajo remunerado son menores. (3,5)

En un estudio realizado en el departamento de Petén en 2002 sobre el perfil clínico y epidemiológico de la adolescente con embarazo no deseado, se obtuvieron resultados de 580 personas entrevistadas de las cuales 242 no deseaban el embarazo, las circunstancias que condujeron al embarazo, fueron: la aventura 61%, la ignorancia 60%, el amor 40%, deseo del conyugue 32%, violación y abuso 19%, falla de método anticonceptivo 18%, engaño 12%. De las 242 participantes solo 10% usaba métodos anticonceptivos antes de quedar embarazada. Los motivos por los cuales las adolescentes no deseaban el embarazo, fueron: porque eran muy jóvenes 67%, pobreza 59%, rechazo de los padres 29%, no deseaban ser madres solteras 26%, maltrato de la pareja 22%, por ser producto de violación 11% y deseo de superación 9%. (12)

En el Hospital Nacional del lugar de investigación, en el año 2002 se realizó un estudio sobre control prenatal, parto y post-parto en adolescentes donde se contó con la participación de 123 personas, de estas el 56.10% indicó que no habían planificado o deseado el embarazo, ya que dijeron que hubieran preferido esperar más tiempo para la gestación. El porcentaje de abortos previos de las participantes fue de 4.88%. De estas participantes el 29.27% habían recibido orientación sobre educación sexual y de este grupo solo el 4.07% la recibió de sus padres, el resto la recibieron por personal de salud pública o maestros. (13)

3.2.2.3 Embarazo en mujeres mayores

Hacia el final de la vida reproductiva las mujeres generalmente ya han tenido los hijos que deseaban o aún más de los que habían previsto en su juventud. Sin embargo, todavía son fértiles y pueden quedar embarazadas sin desearlo. Si una mujer de esta edad decide llevar adelante su gestación, los riesgos que enfrenta son mayores que en etapas más tempranas de la vida. (5) Así, por ejemplo, la mortalidad y morbilidad maternas en madres mayores de 40 años son varias veces mayores que entre las más jóvenes. Además, en esta etapa de la vida los problemas crónicos, tales como la diabetes y la hipertensión, son más comunes y pueden agravarse como resultado del embarazo. Los riesgos para el feto (defectos cromosómicos como el síndrome de Down, malformaciones congénitas, sufrimiento fetal y bajo peso al nacer) también son mayores que cuando la embarazada es más joven. (14) Esta mayor vulnerabilidad añade dramatismo a las alternativas que una mujer en esta etapa de la vida debe considerar ante un embarazo no deseado: la interrupción de la gestación y sus consecuencias, o su continuación, con los riesgos que conlleva. Ello sin mencionar los problemas que representa agregar un hijo más a una familia que a esas alturas probablemente ya sea numerosa. (5, 15)

3.2.2.4 Niños producto de embarazo no deseado

Diversos investigadores han intentado identificar las circunstancias de la vida o los factores que contribuyen a la delincuencia juvenil. Dos importantes estudios han demostrado que el rechazo materno, el trato rudo o errático y la falta de supervisión por parte de los padres son factores que contribuyen a que los hijos participen en actividades delictivas durante la juventud. En el mismo sentido, autores finlandeses encontraron que, en orden decreciente, el bajo nivel educativo de la madre, el hecho de ser madre adolescente, la crianza por solo uno de los padres, el que la madre no haya deseado el embarazo y el tabaquismo durante el mismo son factores que incrementan el riesgo de que el hijo sea un delincuente juvenil. Estas y otras investigaciones ofrecen pruebas sólidas para sustentar que los hijos que no fueron deseados y que crecieron en un ambiente desfavorable (bajo el

cuidado de madres inexpertas, solas, con problemas que probablemente les impedían dar una atención adecuada a sus hijos) son más susceptibles a involucrarse en actividades criminales durante la juventud. Otros problemas sociales gravísimos, como la violencia doméstica y los niños viviendo en condición de calle, también están fuertemente asociados con la maternidad no deseada. (5, 16)

Se estima que en toda Guatemala existen alrededor de 3,500 a 5,000 niños, niñas y adolescentes que dependen de la calle para sobrevivir; sin embargo, se desconoce su cantidad y ubicación exacta. En un principio eran un fenómeno del centro de la capital que se fue extendiendo a otras zonas, y en la actualidad, se ha hecho presente en cabeceras departamentales y municipales, donde aparecen nuevos grupos o los ya existentes aumentan con la llegada de nuevos compañeros y compañeras. Entre las causas que originan la salida de estos niños, niñas y adolescentes de sus hogares, se encuentran: el maltrato, en cualquiera de sus formas, la pobreza prevaleciente en el 56.19% de los hogares guatemaltecos, el abandono de parte de sus encargados, el abuso sexual y la orfandad entre otros aspectos. (17, 18)

3.3 Fecundidad en Guatemala

La fecundidad es resultado de la actividad reproductiva de una persona, de una pareja, de un grupo o de una población. A nivel nacional la tasa global de fecundidad es de 4.4 hijos por mujer; lo que significa que se esperaría que una mujer tenga en promedio 4.4 hijos al final de su vida reproductiva; entre los grupos poblacionales con niveles elevados de fecundidad están las mujeres sin educación y del grupo indígena. El promedio de las mujeres sin educación supera en 1.7 hijos los 4.7 hijos en promedio de las mujeres con educación primaria y es superior en 2.6 hijos al promedio de las mujeres que tienen estudios secundarios o superiores. (19)

El 68.3% de mujeres guatemaltecas en la encuesta nacional de salud materno infantil 2002 dijo que el embarazo fue planeado, 16.5% dijo que el embarazo fue deseado pero no planeado; el porcentaje de no deseado es mayor en los grupos de menor educación, la variación de no deseado es de 12.1% para región metropolitana en

comparación con 20% para Petén. Los embarazos no planeados o no previstos son más probables en mujeres de menor edad al momento del nacimiento y entre mujeres que tienen menor educación. (20)

3.4 Aborto

La palabra aborto es un término latino (abortus) y deriva de la composición de un prefijo y una raíz: Ab: privación y ortus: es decir interrupción del desarrollo del feto durante el embarazo. (11)

3.4.1 Contexto del aborto

Antiguamente la práctica del aborto era usada para el control de natalidad. En el siglo XIX, el aborto sólo estaba permitido en casos en los que peligraba la vida de la madre, luego en el siglo XX la legalización del aborto permitió la interrupción de los embarazos no deseados en diferentes situaciones médicas, sociales o particulares. (11)

Los abortos por voluntad expresa de la madre fueron legalizados primero en Rusia (1920); después se permitieron en Japón y algunos países de Europa. En 1960 la despenalización del aborto se extendió a muchos países de Europa y América, los motivos y los argumentos con los que se logró su aprobación fueron legales y son de tres tipos:

- El infanticidio y la mortalidad materna asociada a la práctica de abortos ilegales.
- La sobrepoblación mundial.
- El auge del movimiento feminista que defendió el derecho de las mujeres a decidir sobre el momento y número de hijos que desea y puede tener. (11)

3.4.2 Clasificación de los abortos

De acuerdo con Salas Villagómez, según la intención de producir o no la conducta delictiva y según los motivos por el que se recurre a él, el aborto inducido puede a su vez identificarse como:

- Aborto imprudencial o culposo
- Aborto sufrido y aborto sufrido con violencia
- Aborto procurado o consentido

- Aborto honoris causa
- Aborto inducido por violación, o en el ejercicio de un derecho
- Aborto necesario, terapéutico, o para salvar la vida de la mujer
- Aborto por alteraciones genéticas o congénitas
- Aborto por razones económicas. (11)

3.4.3 Aborto en Guatemala

Entre el año 2003 y 2008 62,420 mujeres sufrieron complicaciones posaborto, y en la mitad de los casos el aborto fue inducido. En Guatemala cada año más de un tercio (36%) de los embarazos no planeados se resuelven a través de un aborto inducido. (7)

Las dos regiones de Guatemala que tienen más altas tasas de aborto son la metropolitana y suroccidente, ya que son las dos regiones más populosas del país. (8)

De acuerdo al estudio realizado por el instituto Guttmacher en Guatemala se analizó que motivó a las mujeres a realizarse un aborto haciendo énfasis en la región metropolitana y suroccidente de este grupo 31% ya no deseaba tener más hijos, 21% no podía sostener otro hijo, serían rechazadas por sus padres 15%, porque eran solteras un 15%. (8)

Se estima que en Guatemala el 49% de los abortos son realizados por comadronas tradicionales, médicos 16%, enfermeras y parteras certificadas 14%, las propias mujeres 11%, y farmaceutas 10%. (7)

Los dos factores que influyen en la probabilidad de que se presenten complicaciones posaborto son: a dónde acude la mujer para que se le practique un aborto y la seguridad del procedimiento lo cual depende en gran medida del nivel socioeconómico de la mujer y de su sitio de residencia. (14) Se estima que dos quintas partes de las mujeres de Guatemala que tienen un aborto clandestino, serán hospitalizadas para tratamiento de las complicaciones del aborto. Según los profesionales de salud las complicaciones relacionadas con un aborto inseguro que se presentan con más frecuencia son: la hemorragia, la sepsis, la infección, la perforación del útero y el aborto incompleto. Las mujeres

no pobres y las mujeres de las áreas urbanas tienen más probabilidad de obtener tratamiento en una institución de salud en comparación con las mujeres pobres, las del área rural e indígenas. (21, 22)

3.5 Planificación familiar

La planificación familiar es la definición realizada por un hombre y una mujer proyectados como familia, en la que determinan responsablemente el número de hijos que tendrán considerando las necesidades que ellos implicarán, y qué proyecto de vida aspiran a tener como familia. También se habla del tema en la actualidad haciendo referencia al “control de la natalidad”. (23, 24)

Para la planificación familiar hay dos tipos de métodos que son los modernos y los tradicionales. Entre los métodos modernos están: la píldora, el dispositivo intrauterino (DIU), inyección, condón femenino, condón masculino, esterilización femenina y masculina, Norplant (Implante hormonal). Entre los métodos tradicionales están: la abstinencia, retiro, método de amenorrea de la lactancia (MELA). (23)

3.5.1 Planificación familiar en Guatemala

En Guatemala las mujeres con una vida sexualmente activa tienen los niveles de conocimiento más elevados sobre cualquier método moderno, el grupo etario que conoce más sobre métodos anticonceptivos es el que se encuentra entre 35 y 39 años. (19) Entre las mujeres casadas o unidas el más conocido es la píldora, le sigue la inyección y por último la esterilización femenina. El nivel de conocimiento en este grupo es de 93% sin embargo solo el 57.8 % ha usado alguno de estos métodos. (20)

En 1995 el mayor proveedor de métodos anticonceptivos era el sector privado representando un 70% sin embargo conforme los años la situación se revierte ya que en la actualidad el sector público provee el 44.1% de todos los métodos, el sector privado disminuyó un 14.82%. (19)

Muchas mujeres que han utilizado anticonceptivos han descontinuado estos métodos, entre los argumentos, están: por la falla del método, por efectos colaterales y por intención de un próximo embarazo. (20)

En un estudio realizado por el Programa de Atención Primaria en Salud (PAPS), “La participación de la mujer en decisiones relacionadas con salud reproductiva

en 2004", llevado a cabo en el área geográfica del presente estudio; se constató que las personas entendían como salud reproductiva lo que era planificación familiar y aunque conocían los nombres y existencia de métodos, no podían explicar su funcionamiento ni su uso. En muchos casos, los y las participantes expresaron su interés de entender más sobre cómo funcionan los métodos y que tipos de métodos existen, por otro lado los métodos naturales eran más aceptados que los artificiales; sin embargo, expresaron que, quien tenía derecho para tomar las decisiones sobre salud reproductiva en su mayoría era el hombre, porque ellos son los que ganan dinero, saben más y por eso tienen derecho a decidir, también indicaron que los hombres mandan en cuanto a tener relaciones sexuales. (25)

Con respecto a la comunicación entre pareja y de familia, de acuerdo a la salud reproductiva, no hablaban nada de ese tema. (25)

3.6 Necesidad Insatisfecha de anticoncepción

Es la proporción de mujeres sexualmente activas que son fértiles, que no quieren quedar embarazadas en los próximos dos años, y que sin embargo, no usan un método moderno. (8)

La necesidad insatisfecha de anticoncepción en el mundo, entre 120 y 150 millones de mujeres casadas y hasta 15 millones de mujeres solteras que desean limitar o espaciar sus futuros embarazos no usa métodos anticonceptivos. (26)

La necesidad insatisfecha incluye tres componentes que son: las mujeres con necesidad insatisfecha de planificación familiar, las mujeres que actualmente usan métodos anticonceptivos (necesidad satisfecha) y las mujeres embarazadas o en amenorrea que quedaron embarazadas mientras usaban un método (falla de método). (26)

En Guatemala la demanda de planificación correspondiente a las mujeres en unión de 15 a 49 años estimada es de 70.9% en 2002 superior a 62.2% en 1998. Las mujeres del área urbana y del grupo ladino tienen una demanda total más elevada que las mujeres del área rural y del grupo indígena. En cuanto a educación, las mujeres sin educación tienen menor demanda, comparada con 79.6% en las mujeres más educadas. (19)

3.7 Violencia sexual

La violencia sexual se define en el Informe mundial sobre la violencia y la salud como "todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo". (27)

También se expresa en otras definiciones, que: la violencia sexual abarca el sexo bajo coacción de cualquier tipo incluyendo el uso de fuerza física, las tentativas de obtener sexo bajo coacción, la agresión mediante órganos sexuales, el acoso sexual incluyendo la humillación sexual, el matrimonio o cohabitación forzados incluyendo el matrimonio de menores, la prostitución forzada y comercialización de mujeres, el aborto forzado, la denegación del derecho a hacer uso de la anticoncepción o adoptar medidas de protección contra enfermedades, y los actos de violencia que afecten a la integridad sexual de las mujeres tales como la mutilación genital femenina y las inspecciones para comprobar la virginidad. (27)

3.7.1 Violencia sexual en Guatemala

A mediados del 2009, el Fondo de la Población de las Naciones Unidas para Guatemala (UNFPA) publicó el informe "Repudiamos la violencia sexual contra las mujeres", el cual da cuenta de que en un período de seis años se reportaron ante la Policía Nacional Civil y al Ministerio Público, 13 mil 895 casos de violación o abusos sexuales contra mujeres, niñas y adultas mayores, de manera contradictoria en los centros de salud y hospitales se reportaron solo 50 casos. Esto evidencia, según el informe que hay un subregistro de los casos. (28)

La organización humanitaria de Médicos Sin Fronteras desde 2007 implementó un servicio humanitario para víctimas de violencia sexual en las áreas precarias de la ciudad de Guatemala, presentó en junio de 2009, un informe que da cuenta de la magnitud de este tipo de violencia. Reportaron que en 2008 atendieron 408 casos y solo en los primeros meses de 2009 llevaban 275 casos. Las/los sobrevivientes oscilan entre 12 y 18 años, solo el 5% era de sexo masculino y un 25% fueron agredidos por un pariente cercano. (28)

En base a la dimensión de este problema en el área geográfica de estudio las/los pobladores saben que existen casos de violaciones, sin embargo no se denuncian porque “la mujer tiene que hacer caso al hombre”. Las mujeres entrevistadas afirmaron que en el interior de las comunidades se sabe quiénes son los violadores, pero no lo dicen porque pertenecen a familias que se destacan por violentos o tienen vínculos con las maras. Se constató que a nivel de las comunidades se tiende a ver como normal que las mujeres se sujeten a los patrones de género establecidos por el sistema patriarcal. Por ello, una mujer que ejerce una actitud distinta a lo acostumbrado, se le señala, se le juzga y si se puede se le castiga. Esta situación ubica a las mujeres víctimas de maltrato y miedo de recurrir a instancias que las puedan ayudar. (28, 29)

De mayo a diciembre 2008, a partir de la vigencia de la Ley contra el Femicidio y otras Formas de Violencia contra la Mujer, el Organismo Judicial recibió un total de 126 denuncias por delito de violencia contra las mujeres en el lugar de estudio. (29)

3.8 Pobreza en Guatemala

La pobreza y la falta de cumplimiento de los derechos humanos están condicionados a la resolución de aspectos de carácter estructural como de vulnerabilidad del modelo económico nacional a las oscilaciones y determinaciones del mercado internacional, así como a la dependencia externa para la reactivación económica y generación de procesos sociales. En el caso guatemalteco y de muchos países subdesarrollados el agotamiento y colapso del modelo agrario exportador (crisis de café en el 2001) y más recientemente los efectos de la crisis económica mundial, da muestra de tales condiciones. (30)

La riqueza que se genera en el país no se distribuye equitativamente (bajos salarios, gasto social limitado y baja carga tributaria para los grupos de altos ingresos), así como una profunda distribución desigual de los medios de producción (por ejemplo la alta concentración de tierra). (30)

Según la última Encuesta Empresarial en abril de 2009, entre enero 2008 y 2009 se perdieron 55,000 empleos formales. Coincidentemente entre diciembre 2007 y diciembre 2008 el número de inscritos en el Instituto Guatemalteco de Seguro Social (IGSS) bajo un 0.63% hasta 1, 066, 694 afiliados, cayendo la cobertura a menos del 25% de la Población Económicamente Activa (PEA). Según la Cámara de Industria, la

pérdida de empleo provocada por la crisis a finales de 2009 se elevaría a más de 150, 000 puestos de trabajo. (30)

Según calificadoras de riesgo del país, Guatemala se mantiene estable gracias a sus bajos niveles de deuda pública y estabilidad macroeconómica, pero se resalta como debilidades el bajo ingreso por impuestos, el alto nivel de pobreza, desigualdad y los malos indicadores sociales y gobernabilidad. (30)

Mientras los niveles de pobreza moderada han mejorado en el período 2000-2006, lo mismo no ha ocurrido con la pobreza extrema. Esto se debe principalmente al alza de los precios de los alimentos, que ha sido mayor que el incremento general de los precios. Este efecto ha sido particularmente pronunciado en las áreas urbanas, donde la pobreza extrema ha aumentado. Además, la disminución de la pobreza no ha sido pareja entre los grupos sociales o entre regiones. Las poblaciones no indígenas experimentaron una disminución de la pobreza, la población indígena aún no. (30)

Según el informe de desarrollo humano del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Guatemala se ubica en las últimas cuatro posiciones entre los países de América Latina en el índice de desarrollo humano general. Los resultados precarios de Guatemala en las comparaciones internacionales son producto de las decisiones tomadas en el pasado acerca de las prioridades de inversión, dado que el nivel de inversión en el ámbito social estaba muy por debajo de otros países, aproximadamente la mitad de lo que gastaban otros países de América Latina. (30)

En Guatemala aún se observa el trabajo forzoso y no remunerado, habiendo barrera de entrada al mercado laboral, con base en género, ubicación geográfica, etnicidad, nivel de educación y otros. (31)

El empleo femenino parece reflejar una expansión de la libertad para trabajar pues las mujeres cuentan ahora con más opciones de empleo. Entre 1989 y 2006 las mujeres pasaron a representar un cuarto de la población ocupada² total (25.2%). En estos años, el número total de mujeres ocupadas casi se triplicó contabilizándose más de dos millones de ocupadas en 2006. Además la tasa de participación femenina casi se duplicó situándose en 42.2 %. (31)

Algunas mujeres forman parte del grupo de empleos informales, los cuales son definidos como la informalidad laboral y ausencia de ciertas garantías laborales.

² Toda la población que realiza una actividad económica.

También hay mujeres que conforman el grupo de trabajo familiar no remunerado lo que limita la libertad de obtener empleo fuera del hogar, limitar las posibilidades de educación y recreación en el caso de las menores de edad, minimizar las posibilidades de negociación y participación política, también viola el precepto de la igualdad de género. (31)

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo y diseño de la investigación

Estudio Cualitativo.

4.2 Unidad de análisis

Mujeres del departamento de Chimaltenango que tuvieron un embarazo no deseado en los últimos diez años, comprendidas en las edades de 10 a 55 años, indígenas y no indígenas.

4.3 Población o universo

Mujeres indígenas y no indígenas de 10 a 55 años de edad.

4.4 Selección de los sujetos de estudio

Por medio de la técnica de bola de nieve (o multiplicador) se localizó a informantes, quienes identificaron a mujeres que tuvieron un embarazo no deseado en los últimos diez años.

4.5 Definición y operacionalización de categorías

- La categoría principal de análisis es: el embarazo no deseado. Y se define como el embarazo que ocurre en un momento poco favorable, inoportuno o que se dan en una persona que ya no quiere reproducirse.
- Factores económicos: elementos que contribuyen a la adquisición de bienes y servicios para consumo de la sociedad.
- La salud reproductiva en la mujer: la salud reproductiva no es la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos, sino que se trata de garantizar a las personas la posibilidad de disfrutar una vida sexual sana y satisfactoria, con

libertad de decidir las mejores condiciones de cuándo y con qué frecuencia procrear.

- Acceso a métodos anticonceptivos: posibilidad de adquirir método que impide o reduce significativamente la fecundación o un embarazo.
- Violencia sexual: tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.
- Aborto: es la interrupción del embarazo, pudiendo ser espontáneo o provocado.
- Edad: tiempo que lleva existiendo una persona desde su nacimiento. Adolescentes de 10 a 19 años de edad cumplidos. Mujer adulta, edad mayor de 19 años.

Problema de Investigación	Pregunta de Investigación	Objetivo General	Objetivos Específicos	Categorías	Subcategorías
En la actualidad los embarazos no deseados constituyen un problema frecuente para muchas mujeres, esto se puede inferir por la alta mortalidad materna secundaria a abortos inseguros, así como el abandono, maltrato de niños y niñas y la oferta de infantes para darlos en adopción a cambio de dinero.	¿Cuáles son los factores condicionantes del embarazo no deseado?	Caracterizar los factores condicionantes de los embarazos no deseados en las mujeres comprendidas en las edades de 10 a 55 años en un departamento del occidente de Guatemala en el período marzo-abril 2010.	1. Identificar si el factor económico fue un determinante para que un embarazo sea no deseado.	Factores económicos.	<ul style="list-style-type: none"> -Impacto económico del embarazo no deseado en la mujer. -Impacto económico en la relación familiar. -Relación de dependencia con la familia. -Deseos reprimidos por limitaciones económicas.

			2. Identificar si la educación fue un factor que tuvo relación para evitar los embarazos no deseados.	La salud reproductiva en la mujer.	<ul style="list-style-type: none"> -Definición de la educación sexual. -Acceso a la educación sexual y persona responsable. -Valoración del impacto de la educación sexual. -La planificación familiar en pareja. -La educación sexual y la religión.
			3. Identificar si el embarazo no deseado tuvo relación con el acceso a métodos anticonceptivos.	Acceso a métodos Anticonceptivos.	<ul style="list-style-type: none"> -Definición de planificación familiar. -Definición de métodos anticonceptivos.

					<ul style="list-style-type: none">-Elección de uso de métodos anticonceptivos. -Disyunción en la pareja frente al uso de métodos anticonceptivos. -Uso de métodos de planificación familiar. -medio para el acceso de información sobre planificación familiar. -Efectividad de los métodos anticonceptivos.
--	--	--	--	--	--

			4. Identificar si el embarazo no deseado tuvo origen por violencia sexual.	Violencia sexual.	<ul style="list-style-type: none"> -Definición de abuso sexual. -Circunstancias del abuso sexual. -Consecuencias del abuso sexual. -Impacto del abuso sexual.
			5. Analizar si el aborto fue un medio para culminar con el embarazo no deseado en el grupo de estudio.	Aborto.	<ul style="list-style-type: none"> -Definición de aborto. -El aborto como medio para resolver el embarazo no deseado. -Motivos y red de apoyo para el aborto. -El aborto como alternativa efectiva o no.

			6. Analizar si la edad de las mujeres fue un factor condicionante del embarazo no deseado.	Edad.	-Información que suministra una mujer en su edad de adolescencia o su vida adulta.
--	--	--	--	-------	--

Subcategoría	Preguntas de la guía de la entrevista
1. Impacto económico del embarazo no deseado en la mujer.	¿Al estar embarazada o al tener sus hijos mejoró o empeoró su situación económica? ¿Por qué?
2. Impacto económico en la relación familiar.	¿En ese momento de quién dependía usted económicamente? ¿Cómo se sentía?
3. Relación de dependencia con la familia.	¿Su pareja o su familia le recriminaban por los gastos económicos que hicieron durante su embarazo y manutención de su hijo/a? ¿Por qué?
4. Deseos reprimidos por limitaciones económicas.	¿Cree que hubiera sido mejor no tener alguno de sus hijos porque la falta de dinero le perjudicaba a usted, su familia y su pareja?
5. Definición de la educación sexual.	¿Qué es para usted educación sexual?
6. Acceso a la educación sexual y persona responsable.	¿Cree que hubiera sido importante saber información sobre este tema antes de quedar embarazada? ¿Por qué? ¿Qué persona le hubiera gustado que hablara con usted sobre este tema?
7. Valoración del impacto de la educación sexual.	Si hubiera sabido cómo cuidarse usted y su pareja, ¿cree que hubiera quedado embarazada?
8. La planificación familiar en pareja.	¿Habla usted con su pareja sobre métodos anticonceptivos, cuándo tener relaciones y el embarazo? ¿Cómo se siente al respecto?
9. La educación sexual y la religión.	¿La religión que profesa le permite el uso o no uso de métodos anticonceptivos? ¿Por qué?
10. Definición de planificación familiar.	¿Qué es para usted planificación familiar?
11. Definición de métodos anticonceptivos.	¿Qué sabe usted sobre métodos anticonceptivos? ¿Dónde obtuvo esa información?

12. Elección de uso de métodos anticonceptivos.	¿Está de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos? ¿Por qué?
13. Disyunción en la pareja frente al uso de métodos anticonceptivos.	¿Cree que hay una diferencia entre usted y su pareja para aceptar el uso de métodos anticonceptivos? ¿Por qué?
14. Uso de métodos de planificación familiar.	¿Ha usado algún método de planificación Familiar?
15. Medio para el acceso de información sobre planificación familiar.	¿Quién se lo recomendó y por qué? ¿En dónde lo obtuvo?
16. Efectividad de los métodos anticonceptivos.	¿Si ha usado algún método, este alguna vez le ha fallado dando como resultado un embarazo? si fue así, ¿cómo se sintió usted?
17. Definición de abuso sexual.	¿Qué es para usted abuso sexual?
18. Circunstancias del abuso sexual.	¿Ha sido usted abusada sexualmente por su pareja u otra persona?
19. Consecuencias del abuso sexual.	¿Ha quedado embarazada por ser abusada sexualmente?
20. Impacto del abuso sexual.	Si usted quedó embarazada, ¿qué pensó hacer con su embarazo y cómo se sintió?
21. Definición de aborto.	¿Qué es para usted el aborto?
22. El aborto como medio para resolver el embarazo no deseado.	Si usted tuvo un embarazo difícil o no lo quería, ¿pensó en abortar o abortó? ¿Por qué?
23. Motivos y red de apoyo para el aborto.	Si usted abortó, ¿qué la impulsó a abortar y quién la apoyó?
24. El aborto como alternativa efectiva o no.	¿Mejoraron o empeoraron sus problemas después del aborto?

4.6 Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos

4.6.1 Técnica

Se elaboró una entrevista abierta, que se registró mediante equipo de audio en casos especiales se hicieron anotaciones de la información proporcionada por la participante.

4.6.2 Procedimientos

Primero se brindó a cada participante una explicación breve sobre el estudio también se indicó en qué consistía la carta de consentimiento informado para que la persona pudiera autorizar su participación.

Luego se procedió a realizar la entrevista abierta de manera individual en un lugar adecuado para privacidad de la participante, en el caso de que esta persona hablara su idioma local o prefiriera hacer la entrevista en ese idioma a pesar de ser bilingüe; se le indicó que habría otra persona más participando en la entrevista que sería el traductor/a.

Al recabar todos los datos en las entrevistas estos se transcribieron y se procedió a realizar el análisis de forma manual de tipo cualitativo interpretativo.

4.6.3 Instrumentos

Entrevista abierta, la cual constó de siete partes.

- Primera: datos generales
- Segunda: preguntas para generar empatía con la entrevistada
- Tercera: factor económico
- Cuarta: salud reproductiva de la mujer
- Quinta: acceso a métodos anticonceptivos
- Sexta: violencia sexual
- Séptima: aborto

4.7 Procesamiento y análisis de datos

Para llegar a un análisis se realizaron los siguientes pasos:

Primero:

Dado que la información fue recabada con base a una guía la cual presentó un orden en la forma de hacer la entrevista, la información fue grabada y posteriormente transcrita de acuerdo a su contenido con respecto a las subcategorías.

Segundo:

De acuerdo a las subcategorías se hizo un análisis por objetivo de la siguiente manera:

Objetivo	Subcategoría
1. Identificar si el factor económico fue un determinante para que un embarazo sea no deseado.	-Impacto económico del embarazo no deseado en la mujer. -Impacto económico en la relación familiar. -Relación de dependencia con la familia. -Deseos reprimidos por limitaciones económicas.
2. Identificar si la educación fue un factor que tuvo relación para evitar los embarazos no deseados.	-Definición de la educación sexual. -Acceso a la educación sexual y persona responsable. -Valoración del impacto de la educación sexual. -La planificación familiar en pareja. -La educación sexual y la religión.
3. Identificar si el embarazo no deseado tuvo relación con el acceso a métodos anticonceptivos.	-Definición de planificación familiar. -Definición de métodos anticonceptivos. -Elección de uso de métodos anticonceptivos. -Disyunción en la pareja frente al uso de métodos anticonceptivos.

	<ul style="list-style-type: none"> -Uso de métodos de planificación familiar. -Medio para el acceso de información sobre planificación familiar. -Efectividad de los métodos anticonceptivos.
4. Identificar si el embarazo no deseado tuvo origen por violencia sexual.	<ul style="list-style-type: none"> -Definición de abuso sexual. -Circunstancias del abuso sexual. -Impacto del abuso sexual. -Consecuencias del abuso sexual.
5. Analizar si el aborto fue un medio para culminar con el embarazo no deseado en el grupo de estudio.	<ul style="list-style-type: none"> -Definición de aborto. -El aborto como medio para resolver el embarazo no deseado. -Motivos y red de apoyo para el aborto. -El aborto como alternativa efectiva o no.
6. Analizar si la edad de las mujeres fue un factor condicionante del embarazo no deseado.	<ul style="list-style-type: none"> -Información que suministra una mujer en su edad de adolescencia o su vida adulta.

Tercero:

Con la información clasificada se dividieron de acuerdo a los dos grupos de edad que se consideraron.

Cuarto:

La información de las respuestas fue categorizada de acuerdo a la tendencia de las respuestas que las entrevistadas propusieron para lo cual se generaron códigos los cuales permitieron hacer la clasificación.

Quinto:

La información dividida en grupos en base a sus características permitió hacer diferencias y comparaciones de acuerdo a cada categoría. Esta información fue

presentada en cuadros en donde se agruparon las respuestas que de una manera más explícita dieron cuenta de la tendencia que dio origen a la clasificación.

Sexto:

Se realizaron gráficas de los códigos más importantes de acuerdo a las características y subcategorías establecidas, de manera que en base a las gráficas se hizo un mapeo en interpretación por medio de textos.

Séptimo:

Las gráficas se utilizaron también para definir conceptos entre los temas con el fin de obtener explicaciones sobre los hallazgos, con esta información se procedió a redactar los resultados.

Octavo:

En base a los resultados se utilizó el método de triangulación de la información confrontándolos con el marco teórico y la bitácora de trabajo de campo para la discusión de resultados, como patrón de convergencia para corroborar los resultados encontrados.

4.8 Alcances y límites

4.8.1 Alcances

Interpretar y comprender las respuestas de las participantes a pesar de la barrera del idioma local de la región.

4.8.2 Límites

Participantes que no quisieron responder a todas las preguntas o que dudaron en las respuestas que dieron.

4.9 Aspectos éticos de la investigación

A todas las personas entrevistadas se les indicó en qué consistía la entrevista y si querían ser parte de ella, también se les hizo saber acerca de la carta de consentimiento informado para autorizar su participación. Para este tipo de estudio por ser de mínimo riesgo, los posibles daños que el principio de maleficencia protege al participante se dieron a través de la confidencialidad de la información. El principio de justicia estuvo resguardado dado que no se trabajó con poblaciones vulnerables, la

autonomía la ejerció la participante toda vez se respetara su voluntad de participar o no en el estudio a través de un consentimiento informado. Advirtiéndole que sería con total confidencialidad y privacidad, que la entrevista se realizaría sin que pudiera generar algún tipo de relación entre los hallazgos de la investigación y los participantes. Existió la posibilidad de la excepción de la firma a la carta de consentimiento informado, ya que al firmar el documento cualquier participante estaría revelando su identidad por lo que no estaría de acuerdo en hacerlo, de manera que se consentiría su participación de manera oral sin la necesidad de firmar y ser parte del estudio. Pero este no fue el caso de la investigación ya que todas las mujeres consintieron su participación por medio del documento.

5. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1 Descripción de la realización del estudio

El trabajo de campo fue realizado en un período de seis semanas, las participantes se contactaron dos o tres días previos para realizar la entrevista y elegir el lugar, el día y la hora, por lo que se anticipó una explicación detallada de los objetivos del estudio y el contenido del consentimiento informado.

La realización del estudio presentó dos variantes, con respecto al lugar donde se llevaron a cabo las entrevistas, la primera fue en el domicilio de la participante y la otra en el lugar de trabajo.

Las dificultades que se enfrentaron cuando las entrevistas se realizaron en el domicilio fueron: presencia de los hijos los cuales interrumpían y distraían a la participante, por lo que a veces se tuvo que detener el curso de la entrevista. La estrategia que se tomó para disminuir este problema fue otorgarles golosinas a los niños o bien un juguete para entretenerlos y poder tener menos interrupciones, efectivamente esto ayudo en la mayoría de los casos.

La otra dificultad que se presentó fue la presencia de algunos familiares en la casa (madre, pareja, suegra y cuñadas) porque al ver a un persona extraña tuvieron curiosidad y se mantenían cerca del lugar de la entrevista e incluso hubo personas que se sentaron a la par de la entrevistada, para ver de qué se trataba la actividad, por lo que se detenía la entrevista y se le pedía a estas personas muy educadamente permitimos realizar la entrevista únicamente con la participante. La estrategia que se tomó en los siguientes casos fue, buscar un horario más conveniente en el cual no se encontraran familiares y si los había buscar en la misma casa un lugar más privado y realizar la entrevista para mejor comodidad y confidencialidad, además para resguardo de la información, después de tomar esta medida las siguientes entrevistas se superaron.

Respecto al lugar de trabajo, los motivos por los cuales ellas decidieron llevar a cabo la entrevista fueron: relación inestable con la pareja, conflictos con los familiares, presencia de la suegra, presencia de los hijos, por cansancio al terminar el horario de trabajo y por ser un tema reservado o tabú.

Sin embargo el hecho de hacer la entrevista en el lugar de trabajo también representó dificultades como lo fueron las interrupciones ya que la mayoría de las mujeres que

trabajan lo hacen por medio de ventas de comida, hortalizas, y tejidos en la calle por lo que hubieron múltiples distractores por la clientela, en algunos casos parte de estas mujeres contaban con la ayuda de alguien más por lo que dejaron a cargo a esas personas de las ventas, para poder atender la entrevista y no hubo disgusto por parte de ellas ante esta situación, sin embargo la medida que se tomó en este caso fue hacer las entrevistas a una hora más adecuada sugerida por ellas. En el caso de las mujeres que trabajan con patronos se habló con ellos para autorizar mi presencia en el área de trabajo, todos accedieron haciendo la salvedad de buscar el horario de descanso de las trabajadoras, la ventaja en este caso fue que no hubo interrupción de ningún tipo.

Con respecto al consentimiento informado se informó ampliamente de los objetivos del estudio en un lenguaje apropiado. En el caso de algunas mujeres analfabetas se leyó el documento en presencia de una persona de confianza para ellas. Se enfatizó la confidencialidad de la información así como el anonimato de los datos, por ser un tema sensible a la vida privada de las participantes, garantizando que no habría forma de poder vincular los datos expuestos en el informe de investigación con ellas. Todas las participantes accedieron a firmarla o colocar la huella digital y ser parte del grupo de investigación. Ninguna de las participantes manifestó su derecho de retirarse del estudio.

De acuerdo al horario de entrevistas, esta se hizo en base a las actividades y comodidad de las participantes de manera que el horario fue muy variable, se decidió hacer una entrevista por día porque en un principio se determinó que algunas de las entrevistadas cambiaban el horario que se había acordado por las diversas ocupaciones del hogar.

En relación al uso del equipo de audio la mayoría de participantes no tuvo inconvenientes para llevar a cabo la entrevista, sin embargo un pequeño grupo manifestó temor por creencia de que reconocerían su voz, de manera que se tuvo que recordar el propósito de la grabación como la plena seguridad y confidencialidad de la información, después de esto ellas prosiguieron con la entrevistas con más confianza, pero aún se notó que después de ser apagada la grabadora ellas contaron más experiencias libremente de los diferentes temas abordados para lo cual se hicieron anotaciones de los aspectos más importantes.

Con respecto al idioma se les explico a las participantes que hablan el idioma local si deseaban hacer la entrevista en este idioma, pero que se contaría con la presencia de

una traductora, sin embargo todas decidieron hacerlo en español porque comentaron que se sentirían incómodas con la presencia de otra persona extraña o que tal vez esa persona por hablar el idioma local las reconocería y divulgaría las respuestas, de manera que se llevó a cabo la entrevista en español, pero la única dificultad que se presentó fue en la formulación de las preguntas, por lo que se halló una solución para hacerlas más comprensibles, se notó en el transcurso de la entrevista que todas las preguntas fueron comprendidas y las respuestas fueron claras y concisas.

Se observó el cambio de actitud de muchas participantes cuando se llegaba al apartado de aborto y abuso sexual ya que muchas de ellas enfrentaron este tipo de situación por lo que se manifestaron dos variantes. La primera fue que algunas mujeres tuvieron la plena confianza de hablar sobre su experiencia resaltando que querían ser un espejo y un ejemplo para ayudar a muchas mujeres que enfrentan circunstancias similares. La otra fue que las mujeres sintieron mucha nostalgia y se mostraron muy emotivas al tocar estos temas por lo que en varias ocasiones se interrumpía la entrevista para comodidad de las participantes, ninguna quiso suspender la entrevista a pesar de revivir esas aflicciones, por otro lado algunas manifestaron que era la primera vez que contaban su experiencia y lo sentían como un alivio por el sufrimiento conllevado.

De todas las participantes que accedieron para ser parte de la investigación, la entrevista no fue motivo de rechazo, desinterés, o desconfianza de hablar con una persona extraña al contrario todas las mujeres accedieron sin manifestar ningún descontento o problema.

5.2 Resultados

Objetivo 2.2.1 Identificar si el factor económico fue un determinante para que un embarazo sea no deseado.

- **Impacto económico del embarazo no deseado**

La mayoría de las mujeres resaltaron tener una economía inestable o caótica que aumentó con el embarazo no planificado, entre los factores más importantes que hacían que la economía se viera afectada citaron:

- a) Falta de apoyo y mala relación con la pareja.
- b) Deterioro de la salud.
- c) Aumento de miembros de la familia.
- d) Inversión en educación de los hijos.

Por lo anterior la investigación reveló que algunas de estas mujeres se vieron afectadas en la economía del hogar desde el momento de la preñez, por lo que decidieron buscar trabajo fuera del hogar; también una parte de este grupo mencionó que tuvieron buenas oportunidades de encontrar trabajo por contar con un aceptable nivel de escolaridad, de manera que tuvieron mejores ingresos y proveyeron mejores recursos a sus hijos.

Sin embargo para otras mujeres la situación se tornó más difícil por no contar con el apoyo de la pareja, también el nivel de escolaridad era bajo, por lo que comentaron que no encontraron trabajo. Alguna variante se dio en cuanto a que ellas encontraron apoyo económico por parte de sus hermanos y de sus hijos/as, pero no fue fácil porque esto también las afectó ya que en algunos casos recibieron humillaciones de parte de los familiares y cuando el apoyo económico fue de los hijos/as ellos tuvieron la necesidad de suspender los estudios porque el horario de trabajo no se los permitió.

Un caso muy particular revela el estudio en cuanto al grupo conformado por mujeres solteras y separadas quienes relataron que ante la economía deteriorada que les afectaba tuvieron la necesidad de buscar trabajo para subsistir y mejorar la economía del hogar por lo que se vieron en el apuro de dejar a los hijos a cargo de otras personas.

Las mujeres que trabajan mencionaron que buscaron trabajo por falta de apoyo del varón o porque el aporte no era suficiente. Aunque esta situación las llevó a convertirlas en mujeres independientes también tuvo sus efectos negativos o riesgosos, pues algunas trabajaron durante el puerperio y además tuvieron que sacrificar la convivencia y afecto hacia sus hijos dejándolos en las guarderías o al cuidado de otras personas para que ellas pudieran trabajar, ante esta situación

más tarde se vieron obligadas a renunciar al trabajo por la impotencia de no poder estar con sus hijos y enfrentarse a una vida llena de limitaciones.

- **Impacto económico en la relación familiar**

El estudio reveló que fueron tres las fuentes principales de ayuda para las mujeres: la pareja, la familia, los hijos mayores o menores de edad.

No toda esta ayuda fue grata para las que recibieron ayuda de su familia porque tuvieron que tolerar humillaciones en algunas ocasiones y de alguna manera se sintieron presionadas para buscar como sufragar ellas mismas sus gastos de parto y posparto y otros gastos propios de la vida del nuevo infante.

En cuanto al apoyo de sus hijos/as expusieron que sentían impotencia por no ser ellas las que dieran el aporte económico además de obstaculizar los estudios de sus hijos tuvieron que buscarles empleo a los menores de edad o bien exigirle a los mayores trabajar para participar en la economía del hogar.

En el caso del apoyo por parte del varón, el autoritarismo de éste no permitió que la mujer ejerciera su profesión (contadora, secretaria) en algunos casos, por lo que ellas buscaron otras opciones, como trabajo informal propio de la región (venta de atoles, golosinas, artesanías, etc.).

Algunas mujeres principalmente las solteras no vieron afectada su relación familiar porque mencionaron que, cuando ellas trabajaban y no dependían de la familia no había conflicto.

- **Relación de dependencia con la familia**

Algunas de las mujeres entrevistadas expusieron que recibieron apoyo económico pero recibieron recriminaciones por parte de: su familia, la familia de la pareja, la pareja y de sus propios hermanos.

Cuando ellas fueron recriminadas por su propia familia y la de la pareja mencionaron que eran juzgadas por:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">a) El número de hijos.b) Falta de cuidados hacia los hijos. |
|--|

c) El sexo de los hijos.

d) Por las ayudas económicas brindadas durante los controles prenatales como la manutención de los hijos.

En cuanto a la relación con los hermanos ellas indicaron que el factor más importante fue porque no contaban con una vivienda propia, por lo que vivían en casa de los padres, creando así un ambiente de hacinamiento por la familia numerosa sin contar con privacidad, lo que ocasionaba una mala relación familiar, ellas relataron que los hermanos mencionaban que al vivir ellas con su pareja en la casa de los padres no era un derecho sino un abuso; lo que culminaba con humillaciones constantes, por lo que las mujeres ante tales recriminaciones decidieron buscar otro lugar donde pudieran vivir dignamente.

En relación con la pareja algunas mencionaron que tenían una relación inestable por irresponsabilidad e infidelidad del hombre, en algunos casos ellos pusieron condiciones para apoyar económicamente a las mujeres llevándolas a un estado de sumisión total, como lo fueron las relaciones sexuales en contra de la voluntad de la mujer.

Sin embargo otras por falta de soporte económico de la pareja deciden buscar no solo uno sino varios trabajos a la vez para mantener a sus hijos; lamentablemente ante tal esfuerzo hubo convivientes que se aprovecharon de la situación no queriendo trabajar volviéndose dependientes de las mujeres.

A pesar de los malos tratos que sufrieron algunas entrevistadas, otras expresaron que recibían el soporte económico de parte de su pareja y familia, de manera que tanto el afecto como apoyo hacia ellas no cambió.

- **Deseos reprimidos por limitaciones económicas**

Algunas mujeres resaltaron que el hecho de estar embarazadas inoportunamente las perjudicó en los siguientes aspectos:

- a) Deseaban una vivienda antes de tener a sus hijos.
- b) No les pudieron brindar una alimentación adecuada a los hijos.
- c) En algunos casos no les dieron educación a sus hijos.
- d) Vieron frustrados sus anhelos.
- e) La mala economía desencadenó una relación inestable con su pareja.
- f) Se vieron en la necesidad de trabajar para costear el acceso a controles prenatales y atención del parto.
- g) Trabajaron para satisfacer algunas necesidades de los hijos.
- h) Algunas tuvieron problemas de salud.
- i) Sintieron tristezas y frustraciones.
- j) Fueron abandonadas por sus parejas.
- k) Terminaron con deudas.
- l) No dieron una crianza apropiada a los hijos.

Por estas situaciones ellas comentaron que esto se debió a la falta de planificación familiar y la falta de orientación de sus padres. Ante la inestabilidad económica del hogar los hijos de las mujeres reprocharon la situación en la que vivían. Un pequeño grupo de estas mujeres no deseaban tener a sus hijos por lo que tomaron la decisión de abortarlos.

En el caso de algunas mujeres solteras fue evidente el rechazo ante su embarazo por no tener una economía adecuada, de manera que durante su embarazo como la crianza de sus hijos ellas vieron reprimidas sus necesidades básicas por lo que tuvieron que trabajar para poder mantenerlos. Por no contar con el apoyo de la pareja para la crianza tuvieron que desempeñar ambos roles (ser padre y madre), además de ser humilladas por su propia familia por su condición de madres solteras y por la incapacidad de costear los gastos económicos. Por otro lado parte de este grupo optó por abortar para no enfrentar este tipo de situación.

Otro grupo de mujeres mencionó que en un principio rechazaron el embarazo por la mala situación económica que enfrentaban pero después recibieron el apoyo no solo emocional sino que también económico de su familia, amigas, compañeras de trabajo y sobre todo de su pareja, lo que les hizo cambiar de actitud aceptando el embarazo.

Objetivo 2.2.2 Identificar si la educación fue un factor que tuvo relación para evitar los embarazos no deseados.

- **Definición de educación sexual**

Las mujeres comentaron que la información sobre educación sexual debería ser un contenido amplio. Ellas agregaron que la mujer debe tener autoridad ante su cuerpo como la decisión de hacer uso de la planificación familiar, de manera que esto permite valorarse y apreciarse a sí mismas no dañando su integridad. También indicaron que este es un tema que abarca información sobre enfermedades de transmisión sexual y cuidados para protegerse, ya que algunas de ellas han enfrentado este tipo de problemas, el SIDA fue la enfermedad de transmisión sexual más conocida por ellas.

En cuanto al acceso de la información sobre educación sexual y la decisión de hacer uso de la planificación familiar, estos se han visto imposibilitados por el autoritarismo del hombre, por lo que ellas indicaron que es necesaria la participación de la pareja cuando se lleven a cabo talleres informativos en los centros asistenciales para que llegue la información al hombre y pueda reflexionar sobre este tema, permitiéndoles así no tener más hijos de lo que ellas desearían.

Algunas mujeres mencionaron que las enseñanzas sobre educación sexual debieron ser impartidas por los padres, quienes eran los responsables ante el hecho que algunas de ellas fueran madres solteras por la falta de orientación sobre el noviazgo y las amistades. También indicaron que entre otras de las causas por las cuales no tuvieron información sobre la educación sexual era porque antes no había tanta información sobre este tema, pero que actualmente es un tema que consideran que está en auge y al que se tiene acceso por cualquier medio. Las mujeres reconocieron que en la actualidad, en los centros educativos se imparte información sobre educación sexual, sin embargo en la época que ellas estudiaron jamás recibieron talleres o capacitaciones al respecto.

Entre las mujeres que sí tuvieron acceso a la educación sexual, mencionaron que la información se recibió en centros asistenciales que prestan este servicio por lo que saben que es un tema que abarca aspectos como lo son: la menstruación, el embarazo, violencia sexual, relaciones sexuales, cuidados higiénicos, cuidados de los hijos, desnutrición, economía del hogar, entre otros.

- **Acceso a la información y persona responsable**

El acceso a la información sobre educación sexual es valorada de forma positiva por las mujeres ya que indicaron que al no tener esta información vieron imposibilitadas muchas necesidades como lo fueron: el inicio de una vida sexual temprana dando como resultado embarazos no planificados, el uso de la planificación familiar que les hubiera permitido tener menos hijos, espaciar adecuadamente los embarazos, mejorar la economía del hogar y por lo tanto mejorar la calidad de vida y prevenir enfermedades de transmisión sexual. De manera que no hubieran sido rechazadas por la familia ni la sociedad por el embarazo fuera del matrimonio, lo que en conjunto les hubiera permitido brindarles una mejor autoestima.

Como medios de acceso a la información sobre educación sexual mencionaron instancias de salud públicas y privadas, prefiriendo que la información sea impartida por personal de salud de sexo femenino. Las mujeres comentaron también que los centros educativos proporcionan esta información a sus hijos sin embargo las mujeres analfabetas sintieron frustración por no haber tenido la oportunidad de estudiar, comentando que esto les hubiera permitido orientar de mejor manera a sus hijos.

Algunas mujeres consideraron que los padres debieron ser las personas que les hubieran impartido esta información sin embargo no fue así, entre los factores que no permitieron la comunicación sobre este tema estaban: la religión que profesaban los padres, porque éstos eran conservadores y no manifestaban afecto hacia ellas, señalándolos como culpables de las condiciones de vida precarias de ellas y de sus hijos por falta de información. Pero otras mujeres relataron que la información debió ser dada por personas ajenas a la familia, porque cuando ellas pidieron a sus padres información sobre educación sexual se sintieron cuestionadas desencadenando desconfianza de los padres hacia ellas.

Algunas de las mujeres que recibieron información sobre educación sexual no tuvieron la oportunidad de poner en práctica la planificación familiar por la falta de apoyo y comprensión de la pareja creando en ellas tristeza y frustraciones.

Actualmente las mujeres indígenas mencionan que sus hijos tienen mejor y mayor información sobre educación sexual que ellas, a través de los centros educativos, por lo que son rechazadas por sus hijos/as, creando en ellas impotencia para poder orientarlos más sobre aspectos que abarcan la educación sexual.

- **Valoración del impacto de la educación sexual**

La información sobre educación sexual es considerada como imprescindible por las mujeres, argumentando, que si ellas como su pareja hubieran tenido información de esta naturaleza no hubieran enfrentado el embarazo no planificado y hubieran tenido una vida sexual más responsable. Entre otros aspectos que se vieron afectados por la falta de información estaban:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">a) Trabajar antes de un embarazo para tener una mejor economía.b) Disfrutar el matrimonio.c) Espaciar los embarazos.d) Tener menos hijos.e) Brindarles una vida más satisfactoria a sus hijos. |
|--|

Las mujeres que tampoco tuvieron acceso a la información no sabían si hacer uso o no de los métodos de planificación familiar ya que no sabían los riesgos ni los beneficios que estos ofrecen, por lo que algunas aún se encuentran en un estado de incertidumbre en base a rumores o creencias que no permite hacer uso de los mismos.

Por otro lado las mujeres que han tenido acceso a la educación sexual, señalaron que a pesar de hacer uso de métodos anticonceptivos siempre se corre el riesgo de quedar embarazada.

- **La planificación familiar en pareja**

En cuanto al apoyo del hombre para hacer uso de la planificación familiar algunas mujeres indicaron que no tuvieron comunicación con sus parejas ya que estaban bajo el dominio de ellos por tanto no se sentían apoyadas, en algunos casos tuvieron que ocultar la planificación familiar, al insistir con el uso de métodos de planificación fueron acusadas de infidelidad, algunas fueron abusadas dando como resultado un embarazo no deseado. Ante tales situaciones las mujeres consideraron que los hombres no respetaron sus derechos como mujeres, por lo que algunas de ellas se vieron en la necesidad de separarse de su pareja.

Contrario a las mujeres que tuvieron el apoyo del hombre para hacer uso de la planificación familiar porque ambos llegaron a un acuerdo mutuo logrando así sus expectativas de vida, las mujeres mencionaron que cuando hay comunicación con su pareja se sienten seguras y a la vez esto crea confianza y permite que el hombre las valore más, en algunos casos fue el hombre quien tomó la iniciativa de hacer uso de la planificación familiar buscando medios de acceso a la información como de los recursos para llevarla a cabo. Algunas mujeres relataron que hicieron uso de la planificación familiar con el apoyo de su pareja luego de ver afectada su salud durante el embarazo o parto.

En otros casos las mujeres contaron con el apoyo de la pareja para hacer uso de la planificación familiar sin embargo no la llevaron a cabo porque sintieron que eran rechazadas por la sociedad y la familia de la pareja.

Las mujeres solteras refirieron que la decisión de hacer uso de la planificación fue de ellas ya que no tomaron en cuenta a la pareja, o nunca hablaron con ellos sobre este tema, ejerciendo así su autonomía, en algunos casos vieron al hombre como un medio para tener hijos pero en otros casos el embarazo no fue previsto.

- **La religión y la educación sexual**

En cuanto a la prohibición de las religiones para tener acceso a la educación sexual y hacer uso de los métodos de planificación familiar, algunas mujeres se opusieron a las normas dictadas por la iglesia, por los siguientes motivos: riesgos a la salud, la economía inestable en el hogar y desarrollo personal.

De acuerdo a las opiniones de las mujeres, algunas religiones ante las dificultades que las parejas tienen para poder brindarles mejores posibilidades a sus hijos

como una mejor calidad de vida, aprueban el uso de métodos anticonceptivos como recurso de la planificación familiar.

Agregaron que las recomendaciones de la iglesia en cuanto al uso de anticonceptivos como parte de la planificación familiar, son ellas las que tienen la libertad de tomar esa decisión de acuerdo a sus necesidades.

En el caso de las mujeres que profesan la religión evangélica ellas mencionaron que está aprobado el uso de la planificación familiar para brindar mejores posibilidades a los hijos para tener una vida satisfactoria.

En cuanto a las entrevistadas que profesan la religión católica, el único método avalado para la planificación familiar es el natural, para lo cual se imparten capacitaciones a los creyentes. Y agregaron que es admitido el uso de plantas como recurso de la planificación, ya que la iglesia se opone a los métodos anticonceptivos porque son abortivos, también consideran que hablar acerca de este tema debe ser entre sus miembros por ser un tema reservado.

Las mujeres Testigos de Jehová indicaron que está permitida la planificación familiar cuando la salud de la mujer se ve afectada y cuando no pueden tener más hijos a través de las cesáreas, pero indicaron también que es una decisión personal.

Las mujeres que no tienen religión tienen algunos conocimientos de los argumentos que algunas religiones tienen como: el uso de anticonceptivos es un delito, la iglesia indica que deben tener los hijos que Dios mande, pero ellas se oponen a lo que dicen las religiones.

Objetivo 2.2.3 Identificar si el embarazo no deseado tuvo relación con el acceso a métodos anticonceptivos.

- **Definición de la planificación familiar**

Con respecto al concepto de las mujeres en cuanto a planificación familiar indicaron que se refiere a hacer uso de los métodos anticonceptivos para evitar embarazos y prevenir enfermedades de transmisión sexual. Además comentaron que hay métodos anticonceptivos para ellas y el hombre, que se dividen en dos grupos que son los naturales y los hormonales.

Reconocieron los beneficios que otorga el uso de los métodos anticonceptivos como herramienta de la planificación familiar como lo son:

- a) Limitar el número de hijos.
- b) Espaciar los embarazos.
- c) Contar con una economía más estable.
- d) Poder satisfacer las necesidades de los hijos.
- e) Tener una atención de parto adecuada.
- f) No deteriorar la salud de la mujer por tener muchos hijos.
- g) Evitar enfermedades de transmisión sexual.
- h) Tener una mejor calidad de vida.

Algunas de las mujeres entrevistadas también manifestaron que tras los beneficios del uso de métodos anticonceptivos también tuvieron circunstancias desfavorables como lo fueron: resultaron embarazadas a pesar del uso de métodos anticonceptivos, presentaron cambios en el ciclo menstrual y cambios de la constitución física.

Argumentaron que la mujer es la que lleva la peor parte, puesto que algunas de ellas sufrieron transformaciones físicas que deterioraron su condición estética y esto llevó a desprecios y humillaciones de parte de la pareja.

En otro orden de pensamiento, estas mujeres indicaron que el hombre debe participar en la planificación familiar porque dijeron que para llevarla a cabo es cuestión de dos personas para que el resultado sea satisfactorio. Sumaron a esta idea que si ambos recibieran más charlas sobre los métodos anticonceptivos utilizados para poder planificar, preferirían que estas sean impartidas en base a la práctica y vivencia de las personas que también han utilizado este recurso.

Las mujeres evangélicas entrevistadas aceptaron el uso de métodos anticonceptivos porque relataron que al usarlos estos imposibilitaron el hecho de resultar embarazadas sin planificarlo, como también evitaron el contagio de

enfermedades de transmisión sexual, sobre todo aclarando la determinación del hombre para hacer uso del preservativo.

Otras también señalaron que pudieron elegir entre la variedad de métodos que existen, principalmente el más cuestionable: la operación de la mujer que es considerado por ellas como el más seguro para evitar un embarazo.

Las mujeres con religión católica que hicieron uso de la planificación comentaron que esta les permitió brindarles una mejor calidad de vida a sus hijos y otorgarles los recursos que necesitaron.

- **Definición de métodos anticonceptivos**

Las personas entrevistadas pudieron definir los métodos anticonceptivos como herramientas de la planificación familiar. Reconocieron e hicieron uso de diferentes métodos anticonceptivos hormonales que fueron: la inyección (el más conocido y utilizado), las pastillas, la T de cobre y el preservativo.

También hicieron uso de los métodos naturales porque los prefirieron o en algunos casos porque fueron la única alternativa cuando no contaron con los medios económicos para hacer uso de los hormonales, entre ellos: el método de la lactancia materna, el collar y el método del ritmo.

Entre los conocimientos que ellas han recibido en cuanto al uso de métodos anticonceptivos y sus limitaciones, mencionaron los siguientes:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">a) El hombre debe utilizar el condón, (práctica que no es del entero gusto de ellos).b) Hay métodos de barrera.c) El tiempo de uso de algunos métodos puede ser largo o corto.d) Deben monitorear su salud al utilizarlos. |
|---|

Entre las fuentes que proveyeron la información en cuanto a los métodos anticonceptivos citaron dos grupos diferentes. El primero conformado por personas cercanas a ellas como familiares (madre, abuela, tías, primas, etc.) mujeres

amigas y compañeras de trabajo. La información que les brindaron fue en base a las experiencias que estas tuvieron en cuanto al uso de los métodos.

El segundo grupo fue a través de instituciones de salud pública y privada, como organismos no gubernamentales que apoyan a la mujer; no solo les brindaron información sino que también les proporcionaron los métodos. Sin embargo algunas mujeres indígenas mencionaron que a veces se dificultó la comprensión sobre este tema por el idioma local.

Un aspecto importante que mencionaron las entrevistadas fue en relación a la operación de la mujer, ellas indicaron que la operación es un método que no se revierte y disminuye el placer sexual en ellas. En este caso manejando criterios como el que la operación de la mujer se ve como un medio para que la mujer se vuelva promiscua y tenga una vida sexual desordenada.

Otra particularidad que mencionaron las participantes de este estudio fue que a pesar de tener conocimientos y acceso cercano para obtener los métodos anticonceptivos, nunca se atrevieron a utilizarlos por el autoritarismo del hombre ante los métodos anticonceptivos, lo cual las hizo vivir en un estado de temor por el riesgo de caer en la violencia intrafamiliar.

En cuanto a las mujeres que tienen religión se determinaron dos eventualidades importantes que fueron: las mujeres que profesan la religión evangélica no se oponen al uso de métodos anticonceptivos, además tienen suficientes conocimientos sobre este tema y han hecho uso de más de uno durante su vida reproductiva.

A pesar de las convicciones religiosas las mujeres católicas han tenido acceso a la información como el uso de varios métodos para prevenir embarazos de acuerdo a su preferencia y situación económica y en caso de no poder recurrir a un método más seguro utilizan los métodos naturales.

- **Elección del uso de métodos anticonceptivos**

Muchas mujeres decidieron hacer uso de los métodos anticonceptivos, porque les proporcionaban beneficios, de manera que citaron los siguientes:

- a) Evitan embarazos no previstos.
- b) No recurrirían al aborto o abandono de sus hijos no deseados.
- c) Permitiría tener menos hijos.
- d) Se podría espaciar adecuadamente los embarazos.
- e) Al tener menos hijos su hogar contaría con una mejor economía.
- f) Notaron que pueden tener una mejor calidad de vida no solo para ellas sino que para sus hijos.
- g) Permite darles una mejor crianza a los hijos como los cuidados que necesitan.
- h) Otorga una mejor salud a la mujer al no tener varios hijos.
- i) Brinda la posibilidad de tener un trabajo.
- j) El uso de los anticonceptivos tienen la facilidad de suspenderlos en cualquier momento.

Una particularidad que algunas mencionaron fue con respecto al uso del condón, señalaron que era una decisión compartida con la pareja, porque no solo este método previene embarazos sino que también enfermedades de transmisión sexual.

Ellas señalaron también que la información sobre métodos anticonceptivos se debe brindar a las personas jóvenes ya que muchas de ellas no tuvieron esta oportunidad en su juventud, sin embargo dijeron que esta información puede ser vista por parte de la sociedad como un medio para otorgar libertinaje y promiscuidad a los jóvenes.

El grupo conformado por las mujeres trabajadoras mencionó que eligieron el uso de métodos anticonceptivos porque les permitía realizar una actividad u oficio donde recibían una remuneración, por tanto les podían brindar mejores condiciones de vida a sus hijos, además este grupo tenía más conocimientos sobre este tema en comparación con otras mujeres.

Por otro lado algunas mujeres mencionaron que no creían conveniente hacer uso de los métodos anticonceptivos por los efectos adversos que estos provocaban además de sus convicciones religiosas.

- **Disyunción de la pareja frente al uso de métodos anticonceptivos**

Para algunas mujeres entrevistadas por el dominio que ejercía el hombre sobre ellas, no tuvieron acceso a la información sobre planificación familiar y menos para adquirir dichos métodos; entre los argumentos que utilizaba la pareja para no dar su aprobación, ellas mencionaron:

- a) Los anticonceptivos tienen efectos no favorables tanto para la mujer como para el hombre.
- b) Rechazo al uso del condón porque crearía insatisfacción sexual lo que desencadenaría que ellos se volvieran infieles.
- c) Acusaron a la mujer de que ella quería usarlos para estar con otros hombres.

Otras expresaron que nunca hablaron con su pareja sobre el uso de los métodos, las razones fueron: el alcoholismo de la pareja y el temor de ser juzgada por la suegra ó por otros familiares.

Ante la elección del uso de anticonceptivos las mujeres separadas mencionaron que cuando aún vivían con su pareja no los utilizaron porque estaban bajo sumisión de ellos por lo cual esta necesidad no se vio satisfecha.

- **Uso de métodos de planificación familiar**

Del grupo que hizo uso de los métodos de planificación, el más utilizado fue la inyección seguido por las pastillas, el condón y la operación. Otras mujeres hicieron uso del método de lactancia materna y método del ritmo. Todas indicaron que hicieron uso de más de un método de planificación familiar para encontrar el que más se adecuara a sus necesidades, pero tras esta búsqueda algunas sufrieron efectos secundarios por lo que suspendieron su uso a pesar de tener una vida sexual activa.

Cuando las mujeres resolvieron el embarazo por cesárea, la operación para no tener familia se convirtió en una opción para concluir el uso de otros métodos anticonceptivos, pero en el caso de la religión católica algunas mujeres acudieron a su sacerdote para pedir autorización.

- **Medios de acceso a la información**

Como medio de acceso a la información las mujeres tuvieron la confianza y facilidad de que la información haya sido proporcionada por personas cercanas, como lo fueron: sus familiares, amigas y compañeras de trabajo; en base a la vivencia y práctica que ellas tuvieron sobre este tema, además la pareja también en algunos casos brindo no solo información sino que también apoyo a la mujer para poder poner en práctica el uso de métodos anticonceptivos.

Por otro lado las entrevistadas que no contaron con este tipo de apoyo acudieron a centros asistenciales privados y públicos para no solo pedir información sino que también tener acceso a estos recursos dependiendo del lugar al cual decidían acudir, entre los lugares más frecuentes y visitados por ellas citaron: Centros y Puestos de salud, la Asociación Pro Bienestar de la Familia (APROFAM), Hospital Nacional, Instituto Guatemalteco de Seguro Social y clínicas particulares.

Un grupo mencionó que no tuvieron la oportunidad de que les brindaran información personas cercanas o no contaban con un centro asistencial cercano por lo que acudieron principalmente a las farmacias para tener acceso a algún método de planificación familiar, además indicaron que en las tiendas actualmente venden solo el preservativo, el cual utilizaron también. Las comadronas fueron consideradas por otras como fuente de información y acceso.

De acuerdo a las fuentes de información antes mencionadas las mujeres comentaron que en los centros asistenciales las charlas sobre este tema fueron escuetas, o solo fueron a través de trífolios por lo que no pudieron resolver algunas dudas o rumores acerca de los métodos de planificación familiar. Y cuando la información fue por personas cercanas la mayoría fue en base a experiencias por el uso de métodos de planificación o por creencias.

Cuando las mujeres no quisieron hacer uso de métodos hormonales o cuando las convicciones religiosas no se lo permitieron ellas decidieron hacer uso del método natural del ritmo para lo cual específicamente la Iglesia católica brindó a sus

seguidoras capacitaciones sobre este método como acceso a plantas para dicho fin.

Objetivo 2.2.4 Identificar si la falla de métodos anticonceptivos tuvo relación con el embarazo no deseado.

De las mujeres que utilizaron métodos anticonceptivos mencionaron que cuando no cumplieron con las condiciones necesarias para hacer uso correcto de los métodos como lo fueron: la inyección, pastillas y el condón estos no fueron eficaces y fallaron dando como resultado un embarazo, el cual ellas no deseaban; esto les generó tristeza, decepción e incertidumbre en cuanto a efectividad de los métodos y en algunos casos el rechazo de la pareja.

Las entrevistadas que hicieron uso de los métodos naturales como la lactancia materna y el método del ritmo, los consideraron ineficaces porque resultaron embarazadas por lo que tras este evento decidieron hacer uso de los métodos hormonales.

Otra razón por la cual las mujeres resultaron embarazadas fueron: por experiencias desfavorables en cuanto al uso de los métodos, por lo que los suspendieron a pesar de tener vida sexual activa y por creencia de que al usar los métodos hormonales por un período largo al suspenderlos todavía estos evitarían un embarazo.

Objetivo 2.2.5 Identificar si el embarazo no deseado tuvo origen por violencia sexual.

• **Definición de abuso sexual**

Las mujeres señalaron que el abuso sexual es:

- a) Una violación.
- b) Acto en contra de la voluntad de las mujeres.
- c) Uso de la fuerza por parte del varón.
- d) El no respeto de edad ni sexo de la víctima.

- | |
|--|
| <p>e) Acción violenta que puede ser dentro o fuera del matrimonio.</p> <p>f) Acto realizado por hombres machistas ya sean familiares o desconocidos.</p> |
|--|

Algunas de ellas expresaron que sufrieron situaciones de esta naturaleza en donde sintieron que era una obligación satisfacer al hombre no pensando en el hecho de que la mujer quedara embarazada o afectara su salud; las mujeres señalaron que era un abuso sexual el hecho de resultar embarazadas muy seguido, en algunos casos ellas tenían problemas de salud y a pesar de eso tenían que complacer a su pareja incluso en presencia de los hijos. Otras expresaron que la negativa a no tener relaciones sexuales eran: golpes por el hombre y la infidelidad contra ellas justificando la negativa de la mujer. Concluyeron que todas estas situaciones les crearon problemas traumáticos y se sintieron como un objeto sexual.

También recalcaron que este tema debe divulgarse por todos los medios de comunicación para superar muchos prejuicios sociales al respecto, ya que la mujer tiene que hacer valer sus derechos como mujer y como pareja, no debe permitir el maltrato, las relaciones sexuales deben ser de mutuo acuerdo; lamentablemente para algunas de ellas esto se queda en un anhelo.

- **Circunstancias del abuso sexual**

Un grupo de entrevistadas señaló que el abuso sexual no fue la causa de su embarazo no deseado por dos factores que ellas consideraron importantes en la relación de pareja para que no se llevara a cabo este tipo de problema que fueron: la comunicación y el respeto.

En cuanto al abuso sexual, algunas mujeres enfrentaron esta situación en dos circunstancias claramente diferenciadas. La primera, que fue durante la niñez, el acto fue cometido por familiares cercanos. En este caso ellas no tenían el concepto de lo que era abuso sexual hasta que recibieron capacitaciones, por lo que indicaron que tuvieron secuelas emocionales las cuales tienen que estar superando constantemente.

El segundo grupo manifestó que fueron abusadas sexualmente por el hombre (esposo o conviviente) en varias ocasiones, usando no solo la fuerza física sino la agresión verbal también, ellas indicaron que accedieron para no ser agredidas o ser acusadas de infidelidad, sintiendo temor de embarazarse o contraer enfermedades de transmisión sexual; ellas comentaron que la mayoría de abusos sexuales sucedieron cuando el hombre se encontraba bajo el efecto de alcohol o drogas.

- **Consecuencias del abuso sexual**

La mayoría de mujeres que fueron abusadas sexualmente por la pareja resultaron embarazadas no una sino en varias ocasiones. Señalaron, en otros casos, que cuando los hombres utilizaban la fuerza también provocaban abortos.

Otras mujeres consideraron que la conducta agresiva y prepotente de su pareja no era normal, también tuvieron temor de que el estado alcohólico de la pareja provocara daños al feto, o que ellas resultaran con enfermedades de transmisión sexual.

Por otro lado hubieron mujeres que fueron abusadas sexualmente sin embargo no resultaron embarazadas porque hacían uso de los métodos de planificación familiar.

- **Impacto del abuso sexual**

Las mujeres que tuvieron embarazos por abuso sexual comentaron que se resignaron ante los abusos sexuales constantes, se conformaron con el embarazo hasta que nacieron sus hijos, pero durante el transcurso sintieron tristeza y lamentaron el hecho de estar embarazadas. Las mujeres que estaban casadas opinaron que era una obligación soportar todo tipo de abusos de la pareja por la imposición del matrimonio. Y agregaron que a pesar de tolerar los abusos del hombre eran acusadas de infidelidad; ante el maltrato y abuso sexual constante algunas de ellas decidieron poner fin a la relación entre la pareja y parte de ellas contaron con el apoyo de la familia para llevar a cabo su decisión.

Por otro lado parte del grupo de estudio aún sigue viviendo en este tipo de circunstancias, ellas comentaron que no pueden separarse de su pareja por la

economía, por el matrimonio establecido, por amor a su pareja, falta de comprensión de su familia y por vergüenza ante las personas conocidas por ellas.

Objetivo 2.2.6 Analizar si el aborto fue un medio para culminar con el embarazo no deseado en el grupo de estudio.

• **Definición de aborto**

Algunas mujeres entrevistadas consideraron el aborto como una última opción para resolver el embarazo no deseado.

En cuanto a la toma de esta decisión, las justificaciones que dieron fueron las siguientes:

- a) Inconformidad que provocó el embarazo.
- b) Una forma para evitar la mala reputación ante la familia y la sociedad.
- c) El aborto fue utilizado para no ser reprendidas ni juzgadas por los padres y el resto de la familia.
- d) Como una solución ante el error de una vida sexual irresponsable.
- e) El embarazo fue por abuso sexual.
- f) Porque el embarazo se produjo fuera del matrimonio.
- g) Para no frustrar sus metas.
- h) Porque en ese momento provocaría una inestabilidad económica.

Para provocar el aborto las mujeres sabían que contaban con diferentes recursos, ellas encontraron en los centros naturistas los medios para provocarlos y muchas veces cuando estos no dieron resultados utilizaron medicamentos que les aconsejaron otras personas. Indicaron que hay lugares a los que ellas podían recurrir pero no están aprobados ni certificados por la ley y dependiendo de la calidad del lugar, así como la experiencia del mismo así serían los resultados satisfactorios o no satisfactorios y en el peor de los casos, un resultado catastrófico.

Las mujeres hicieron mención de que la toma de decisión de resolver el embarazo no deseado por la opción de un aborto, recae en la voluntad de la mujer, de alguna forma la responsabilidad compartida con el hombre no cobró relevancia; de las entrevistadas únicamente dos de ellas admitieron que fueron sus parejas quienes les propusieron la práctica del aborto como una solución del embarazo no deseado.

Un grupo de mujeres mencionó otras causas que en ellas desencadenaron un aborto y estas fueron: la negligencia que tuvieron durante su embarazo por la falta de cuidados adecuados y trauma provocado por los golpes del hombre conviviente.

En el mundo de creencias ellas consideraron los siguientes factores:

- a) No complacieron sus antojos, típicos de las mujeres embarazadas.
- b) Sustos por cualquier circunstancia.
- c) Especie de fobia u odio hacia el feto.

Las alternativas que ellas mencionaron en lugar de recurrir al aborto fueron: el uso de anticonceptivos como una alternativa para el aborto y dar en adopción a los niños/as al nacer y en el peor de los casos darlos a las personas encargadas del tráfico de niños/as, ya que a cambio de los gastos que se harían en un aborto, ellas recibirían una remuneración.

También otro grupo hizo mención de por qué no debería realizarse el aborto, ellas señalaron el aborto como un acto delictivo sancionado, no aprobado por la sociedad y no debe realizarse por los daños que provoca a la salud física y mental de las madres.

Para las mujeres con religión evangélica, la reputación que se deriva del matrimonio es importante, de allí que el aborto se consideró como una opción para mantener esa reputación, puesto que el embarazo no deseado puede producir rechazo hacia las mujeres que se embarazan fuera de la institución social que el matrimonio otorga. Ellas también indicaron que los métodos convencionales evitan que se practique el aborto. De acuerdo a la opinión de estas mujeres los centros naturistas son un medio para provocar los abortos, y este se reconoce

como una práctica clandestina, no ética y provocada por una vida sexual irresponsable.

Por otro lado las mujeres católicas refirieron que la planificación es una elección que las mujeres pueden tomar en lugar de recurrir al aborto a pesar de la prohibición de la iglesia; por tanto ellas se opusieron a la creencia y práctica religiosa.

- **El aborto como medio para resolver el embarazo no deseado**

Muchas mujeres consideran el aborto como un medio para culminar el embarazo no deseado. Ellas mencionaron que no querían tener a su hijo/a por problemas con la pareja, la familia de la pareja y su propia familia, además no contaban con el apoyo económico ni moral de éstos, más bien eran humilladas y maltratas.

Se pudo inferir entonces que la mayor parte de las mujeres optaron por el aborto por la incapacidad de sobrellevar el embarazo, así como la angustia de no poder realizar sus expectativas de vida porque el embarazo no lo permitía y también como una opción para reparar el error de una vida sexual no responsable. Se determinó que las mujeres que estaban decididas a realizar el aborto buscaron información para llevar a cabo este acto, en diferentes lugares donde se da este servicio, así como los diferentes medicamentos y plantas que se pueden tomar para desencadenarlo sin hacer mención específicamente de cuáles usaron o sabían que se podían usar. En otro orden de ideas, también recurrieron a personas cercanas para orientación y aprobación o no, para practicarse el aborto como la última alternativa.

Por otra parte, los hombres han jugado un papel fundamental en cuanto a tomar el aborto como resolución de un embarazo no deseado sin tomar en cuenta la decisión de la mujer y en los casos en los cuales la mujer no accedió a esa decisión ellos utilizaron la violencia como medio para desencadenar el aborto.

Para las mujeres separadas del hombre el aborto fue una alternativa ante los abusos sexuales constantes, ya que no fue un embarazo planificado muchos menos deseado por la mujer.

En el caso de las mujeres evangélicas el aborto fue una alternativa ante la intranquilidad que un embarazo no deseado representaba ya que al no estar dentro de un matrimonio no hay aceptación de la mujer embarazada por la religión.

De las entrevistados hubo un grupo de mujeres que mencionó que el aborto no fue una alternativa para ellas, por las convicciones morales y religiosas que tienen, otras mencionaron que habían tenido información por medio de la comadrona de los efectos adversos que muchas mujeres sufrieron cuando practicaron el aborto, por lo que ante esta información ellas jamás consentirían hacerlo.

- **Motivos y red de apoyo para el aborto**

El aborto si fue una opción para algunas mujeres para culminar con el embarazo no deseado, para no deteriorar la economía del hogar, para no tener un vínculo con la pareja y por los malos tratos por parte del conviviente y la familia.

Otras que en un principio desearon hacerlo ya no lo hicieron porque tuvieron el apoyo no solo económico sino moral de amigas, compañeras de trabajo y la familia para sobrellevar su embarazo. También otras mujeres desistieron por los riesgos físicos que representaban practicarse el aborto.

Sin embargo de las mujeres que si llevaron a cabo el aborto, contaron con el apoyo económico de la pareja pero en la mayoría de casos este fue costado por ellas, en cuanto a la decisión de llevar a cabo este acto, fue tomado por la propia determinación de ellas y a veces con el apoyo de la familia, pareja, amigas y compañeras de trabajo.

- **El aborto como medida alternativa**

Algunas mujeres ante los problemas familiares, relaciones inestables con sus parejas, vida sexual irresponsable y para no dañar su reputación se vieron en la necesidad de recurrir al aborto como medida alternativa utilizando para ello diferentes recursos para llevarlo a cabo no mencionando específicamente cuales, además ninguna de ellas mencionó haber tenido secuelas físicas solo un pequeño grupo mencionó que tuvo secuelas emocionales tras haber realizado este acto, situación que deben enfrentar constantemente, algunas comentaron que esta situación no les ha permitido realizarse como mujeres y menos como madres.

Objetivo 2.2.7 Analizar si la edad de las mujeres fue un factor condicionante para tener un embarazo no deseado.

La única diferencia que hubo entre las mujeres adultas y adolescentes fue con respecto al tema de educación sexual. Las mujeres con edades comprendidas entre

50 a 55 años señalaron que la educación sexual era la autoridad y aprecio sobre su cuerpo en comparación con las mujeres adolescentes quienes manifestaron que la educación sexual era información sobre relaciones sexuales, promiscuidad y enfermedades de transmisión sexual.

5.3 Discusión

- **Factor económico**

En términos generales se define la economía como un conjunto de bienes y actividades que tiene como principal objetivo proporcionar todos los servicios y medios fundamentales para una vida satisfactoria.

Guatemala es uno de los países con mayor déficit en la atención para el desarrollo humano y carencia de condiciones para una vida digna, lo cual provoca una constante violación a los derechos humanos de los guatemaltecos y las guatemaltecas. Por esa razón es uno de los países con los mayores parámetros de inequidad y desigualdades sociales en el continente. Ante esta situación es común ver la falta de empleos formales lo que provoca una economía informal, de la cual muchas mujeres forman parte. También se encuentra el grupo de mujeres que trabaja en su casa, cuyo esfuerzo no es remunerado ni reconocido por la pareja ni la sociedad, lo cual desencadena pobreza y falta de oportunidades que imposibilita el ejercicio de sus derechos para expresarse como mujeres y ciudadanas. (30)

Las limitaciones de recursos económicos están entre una de las causas por la que un embarazo sea no deseado en una mujer o en una pareja. La pobreza da lugar a mayor morbilidad en los hijos. (3) Otras mujeres tienen una edad mayor (entre 35 a 49 años) por lo que un embarazo a esa altura de la vida repercute en la salud de la mujer y en el incremento de la familia que tal vez ya sea numerosa. Para otras mujeres, especialmente las adolescentes, un embarazo no previsto sería un motivo para discontinuar los estudios y tener menos oportunidades de alcanzar un trabajo remunerado. (5)

Ante estas situaciones, en la capital y en la parte suroccidente del país de Guatemala, algunas mujeres tuvieron que recurrir al aborto como medio para no ver afectados sus ingresos económicos y el aumento de miembros de la familia, en

base al estudio realizado por el instituto Guttmacher, el 21% de las mujeres entrevistadas por este instituto, dijeron que no podían mantener otro hijo más. (8)

En el presente estudio realizado en un departamento del occidente de la república, se evidencio que a raíz de una economía deteriorada, las mujeres tuvieron muchas razones por las cuales no querían tener hijos, entre ellas mencionaron: la familia no podría contar con una adecuada alimentación, una buena educación y el acceso a una buena salud para ellas y sus hijos, por otra parte el resto de los hijos verían limitado su porvenir porque ya no podrían contar con los fondos necesarios para costear gastos, también aumentarían los integrantes de la familia y finalmente la pareja (esposo o conviviente) faltaría a sus responsabilidades económicas, dichas argumentaciones se destacan a continuación: ***“lamentablemente mis hijos eran muy enfermos y teníamos que estar siempre al pendiente de muchas medicinas, medicinas que él no me compraba y que a mí me tocaba trabajar con lavados, planchados para poderlas comprar.”***³

De acuerdo a la situación de mortalidad materna en Guatemala se indica una razón de 153 muertes por cada mil nacidos vivos, que aunque ha tenido una disminución en los últimos diez años, siempre persisten los problemas que ya hemos comentado, la desigualdad económica, pocas oportunidades de educación y la residencia de las mujeres; por otro lado la mortalidad infantil promedio en el país fue de 30 por cada mil nacidos vivos en el quinquenio 2004-2008, enfatizando que este evento se produjo principalmente en poblaciones indígenas que viven en condiciones de pobreza. (30, 32)

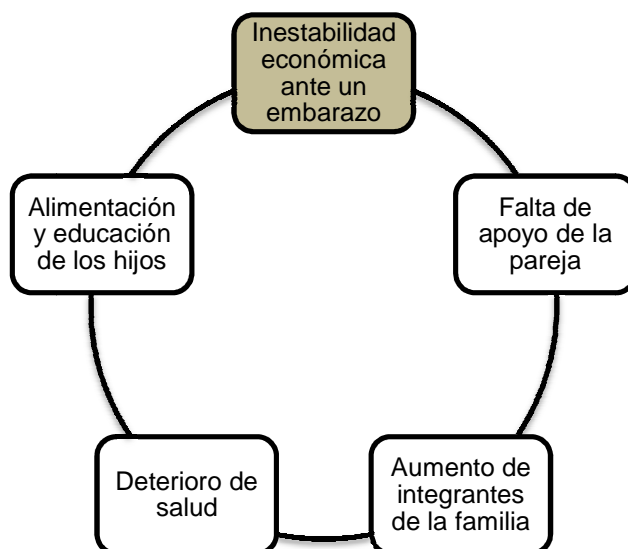
En el caso, que se dio tanto en mujeres solas, como las que tenían una pareja, que no contaba con una economía satisfactoria desde el inicio de su embarazo, tuvieron que recurrir a buscar trabajo para costear gastos de controles prenatales, parto y manutención de un nuevo hijo/a.

En los últimos años la incorporación femenina a la estructura laboral ha sido acelerada, en 2006 se contabilizó más de dos millones de ocupadas, este comportamiento sugirió que en este periodo hubo mayor libertad para ingresar a la Población Económicamente Activa (PEA), en su afán de ejercer su ciudadanía y avanzar a su independencia económica, las áreas principales ocupadas por la mujeres fueron: comercio, industria y agricultura. (31) Al respecto el argumento de una de las entrevistadas fue el siguiente: ***“...empeoró la situación de la familia,***

³ Entrevista de trabajo de campo número 29.

porque habían más gastos y la pobreza siempre era lo mismo, sufrí demasiado, me tocó trabajar fuera de casa y descuidar un poco a mis hijos porque tuve la necesidad de trabajar y luchar para colaborar con la crianza, porque tampoco los podía yo dejar pasar hambre...”⁴

Gráfica 5.1 Impacto económico del embarazo no deseado en mujeres comprendidas en las edades de 10 a 55 años en un departamento del occidente del país de Guatemala, en el período marzo-abril 2010. Guatemala, septiembre de 2010.



Fuente: Elaboración propia con base a las categorías de análisis y códigos identificados en las entrevistas con informantes clave.

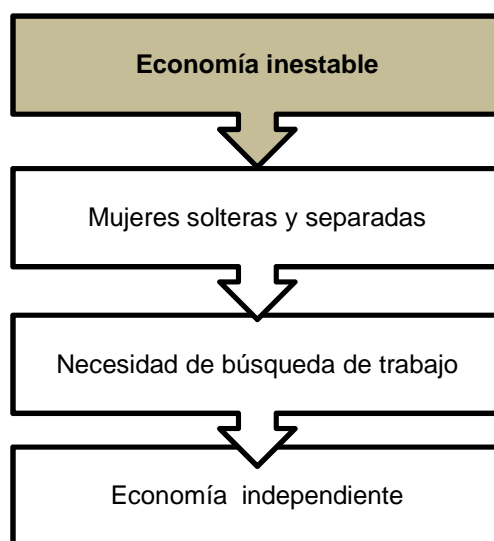
Algunas mujeres lograron un trabajo formal, especialmente las solteras y separadas, haciendo énfasis en que su nivel académico (diversificado) se los permitió, lo cual contribuyó a solventar la inestabilidad económica que enfrentaban y que obviamente les permitió brindar mejores beneficios a sus hijos.

El lugar donde se llevó a cabo este estudio posee una tasa de analfabetismo de 23.40% ligeramente por encima del promedio del país (22.3%), la diferencia entre los índices de analfabetismo para hombres es de 19.2% y para las mujeres de 27.2%, con respecto a los niveles de escolaridad para nivel diversificado representa una tasa neta de 69%, lamentablemente aún no hay carreras que

⁴ Entrevista de trabajo de campo número 33.

enfaticen en el desarrollo de este lugar. (1) Estos indicadores nos permiten tomar en cuenta la siguiente argumentación de una de las entrevistadas: “...**pero ya después yo me gradúe y conseguí otro trabajo mejor, ya cuando nació mi otra hija pues yo ya ganaba un poco mejor...**”⁵

Gráfica 5.2 Impacto económico del embarazo no deseado en mujeres que no contaron con el apoyo de la familia comprendidas en las edades de 10 a 55 años en un departamento del occidente del país de Guatemala, en el período marzo-abril 2010. Guatemala, septiembre de 2010.



Fuente: Elaboración propia con base a las categorías de análisis y códigos identificados en las entrevistas con informantes clave.

Sin embargo el estudio realizado reveló que un grupo de mujeres que no contó con esta oportunidad, tanto por su nivel escolar, como por la responsabilidad de cuidar a sus otros hijos y porque en algunos casos a pesar de tener una profesión el autoritarismo del conviviente no lo permitió, de manera que ellas recurrieron a los trabajos informales como lo fueron: venta de atoles, golosinas, artesanías, agricultura, oficios domésticos, trabajar en tiendas de abarrotes y venta de tortillas para poder subsistir. Lo cual se refuerza con la siguiente opinión: “...**porque con un día que yo no vaya a vender yo no tengo que comer...**”⁶

⁵ Entrevista de trabajo de campo número 12.

⁶ Entrevista de trabajo de campo número 38.

El trabajo informal en el país se incrementó de 1989 a 2006 de un 66.8% a un 71.3%, alrededor de dos tercios de esta gente laboran como empleadas domésticas, peones o jornaleros, los cuales cuentan con baja educación. Se estima que los sectores que tiene más trabajadores informales son: agricultura, comercio y servicios sociales. Entre el trabajo informal también se encuentran empresas con menos de seis trabajadores, se estima que siete de cada diez mujeres trabajan en este tipo de empresas. Con respecto al comercio en Guatemala este es realizado en tiendas, puestos fijos o informales en mercados y ventas en la calle. De acuerdo a esta última actividad, esta constituye una actividad grande y diversa desde vendedores de comida, dulces, fruta, flores y venta de tarjetas para celulares, pero este grupo trabaja más de doce horas diarias y no goza de ninguna prestación laboral ni retiro. (31)

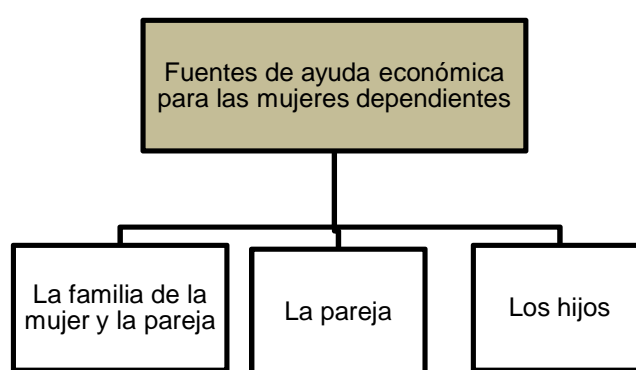
En el caso de las mujeres que no trabajaron fuera del hogar, recibieron ayuda de parte de sus familiares o la pareja, lamentablemente algunas sufrieron malos tratos y humillaciones por el beneficio económico que les otorgaban éstos, además otras relataron que no solo contaban con este tipo de apoyo sino que también vivían en la casa de los familiares bajo un estado de hacinamiento, en malas condiciones de salubridad, falta de intimidad, realización de sus propias vidas y además tener que ver con los conflictos familiares propios y ajenos, perdiendo la aspiración a una vivienda propia; concluyendo que se vieron violados sus derecho a una vida digna y sin violencia de todo tipo, además algunas tuvieron que buscar otra vivienda (propia o alquilada) para poder vivir de una manera más placentera. Las que lo lograron superaron esta situación, mientras que otras tuvieron que seguir tolerando las condiciones en que vivían. La siguiente argumentación refleja este tipo de situación de convivencia con los familiares: “... **decía ella que no éramos capaz de sacar los hijos adelante, solo para tener hijos éramos buenos, no éramos capaces...**”⁷

Con respecto a las condiciones de vivienda en Guatemala se estima que el 52.4% de la población viven en condiciones de hacinamiento, este término se refiere a el número de personas por habitación que es igual o mayor a tres; la mayoría de estas personas viven en condiciones de pobreza y a esto se suma la carencia de servicios básicos en las viviendas, como el acceso al agua potable, servicios sanitarios y el tratamiento de desechos sólidos. (30)

⁷ Entrevista de trabajo de campo número 31.

En síntesis, la mayoría de mujeres que tenían una economía inestable mencionaron que vieron frustrados todos sus anhelos, ante esta y otras circunstancias antes mencionadas éstas optaron en recurrir al aborto como una solución. Lo cual se expresa en la siguiente argumentación: **“...llegué a una conclusión que lo voy abortar...”**⁸

Gráfica 5.3 Impacto económico en la relación familiar en mujeres comprendidas en las edades de 10 a 55 años en un departamento del occidente del país de Guatemala, en el período marzo-abril 2010. Guatemala, septiembre de 2010.



Fuente: Elaboración propia con base a las categorías de análisis y códigos identificados en las entrevistas con informantes clave.

De hecho, la pobreza para muchas mujeres y la falta de oportunidades ha imposibilitado el desarrollo personal, lo que no les ha permitido una mejor participación como personas individuales ni sociales, ante esta circunstancia y por el hecho de ser humilladas y discriminadas, comentaron que su integridad se ha visto afectada: **“...yo pensaba mejor me hubiera quedado solo con la nena primero...y darle lo que ella quiere no como ahora lo que estoy pasando.”**⁹

El área geográfica donde se llevó a cabo el estudio, cuenta con un índice de pobreza de 59.40% que es superior al índice nacional, el índice de pobreza extrema es de 13.50% debajo del promedio nacional. (1) De manera que los índices de pobreza y pobreza extrema de esta población, más la discriminación étnico racial existente, fueron una razón poderosa para que las mujeres no

⁸ Entrevista de trabajo de campo número 19.

⁹ Entrevista de trabajo de campo número 2.

desearan su embarazo y que en algunos casos culminó con el aborto o con hijos/as no deseados.

En síntesis, la llegada de estos hijos no planificados repercutió en la calidad de vida de la mujer, de su pareja y de sus otros hijos, por lo mismo se sumo a los altos índices de bajo desarrollo humano de la región.

- **Salud reproductiva**

La salud de las mujeres es uno de los factores importantes dentro de una sociedad y más cuando se trata de la reproducción, de manera que toda mujer debiera conocer todos los aspectos relacionados con este tema, tanto para su propio beneficio, como para su familia y así poder disfrutar de una vida sexual responsable, sana y satisfactoria.

La mujer es un ente importante para la sociedad, la imagen de ella es insustituible para los hijos, desempeña múltiples roles en su hogar los cuales sirven para construir hombres y mujeres que en un futuro de acuerdo al modelo que reciban esto servirá en el desarrollo de ellos/as en el ámbito social, económico, político cuyos resultados satisfactorios o no se verán en la sociedad a la que pertenezcan. (33)

De acuerdo al acceso y protección de salud de la población materna otra estrategia de focalización en Guatemala debería ser el abordaje de salud de la mujer desde la perspectiva reproductiva, desatendiendo otras causas que deterioran la salud como los problemas crónicos y degenerativos, nutricionales y psicológicos. Aún con esta focalización la falta de información y poco acceso a métodos anticonceptivos propicia los embarazos en niñas y adolescentes. El observatorio de Salud Reproductiva denunció que en el primer bimestre de 2009 hubo un incremento de 15% de embarazos en adolescentes. Situación alarmante que pone en alto riesgo la vida de las niñas y adolescentes del país. (30)

Para lograr este fin la educación, en todas sus manifestaciones (endógena o exógena) es una herramienta que permite a las mujeres las alternativas para poder programar una buena salud. La educación es un proceso multidireccional por medio del cual se transmiten valores, costumbres, conocimientos, entre otros. La educación también es un proceso de socialización interpersonal en el entorno de las personas. Por supuesto que dentro de todos estos procesos formativos está

la educación sexual que se refiere a información acerca de sexo, sexualidad, fisiología de los aparatos reproductores, relaciones sexuales, planificación familiar, anticonceptivos, sexo seguro, reproducción humana, derechos sexuales, etc. (25) Todos deberían estar encaminados a inculcar valores y actitudes que permitan a una persona realizarse y vivir su sexualidad de una manera sana, positiva, consciente y responsable, tanto en su propia cultura, como dentro de la sociedad en conjunto.

De acuerdo a la entrevista realizada a la representante del Observatorio en Salud Reproductiva en Guatemala (OSAR) aseguró que los rezagos del Estado son evidentes en la falta de implementación de políticas de prevención y atención a los jóvenes sobre salud reproductiva, además indicó que el 60% de los adolescentes dijo que en sus establecimientos educativos no han recibido enseñanza sexual. (34) El 31 de octubre de 2009 entró en vigencia el reglamento de la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva. La normativa establece que estudiantes, a partir del cuarto grado de primaria, deberán recibir educación específica sobre temas de sexualidad y reproducción. Para los adolescentes habrá una estrategia diferente que será diseñada por el Ministerio de Salud. (35)

Para las mujeres y hombres esta información debería ser adquirida por medio de la educación formal es decir en centros educativos (religiosos o no), instituciones que presenten este servicio y universidades entre otros. Pero también, como se argumentaba anteriormente con las relaciones interpersonales, la información se da por medio de la educación informal inculcada por la familia o personas cercanas a su entorno sociocultural, como las comadronas, los padrinos o los guías espirituales. Este tipo de información se da a lo largo de toda la vida, aunque tiene sus variables, como las creencias comunitarias.

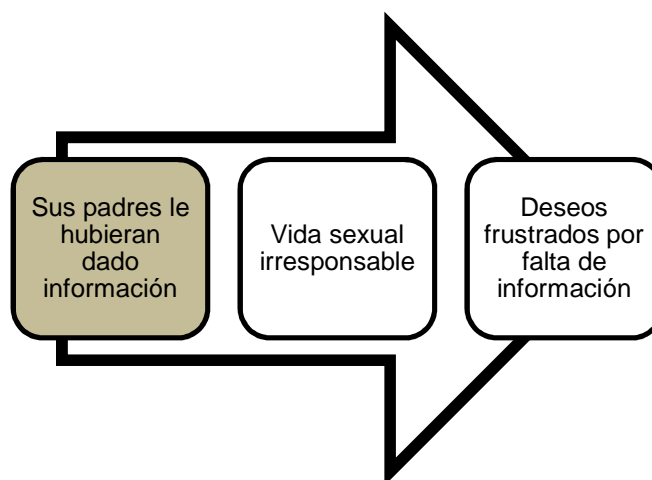
En el presente estudio se dedujo con certeza que las mujeres valoraron el acceso a la información sobre educación sexual como imprescindible. Para ellas los conocimientos sobre este tema incluían información sobre: planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual entre ellos el SIDA (el más conocido) y autonomía de la mujer sobre su cuerpo.

Sin embargo un grupo específico de participantes manifestó que nunca recibieron información completa por ningún medio acerca de este tema, añadiendo que esta información debió haber sido dada principalmente en el círculo familiar. Algunas de

las razones por las cuales ellas consideraron que esto no se produjo fue por la religión de los padres y porque los padres eran reservados. Por lo que se infiere que en algunos casos el tema sexual es un tabú, expresando lo siguiente: “...**no es igual como antes pues que uno no podía hacer una pregunta o escuchar conversaciones así con personas adultas, no que lo sacaban a uno, pero ahora la cosa es diferente.**”¹⁰

El Programa de Atención Primaria en Salud (PAPS) en 2004 realizó un estudio en base a la participación de la mujer en salud reproductiva, en cuanto a la comunicación entre la familia acerca de salud reproductiva mencionaron que de este tema no se hablaba nada, se constató que una parte del grupo de estudio no sabía lo que era salud reproductiva y otra parte mencionó que se refería a planificación familiar. (25)

Gráfica 5.4 Acceso a la información sobre educación sexual y persona responsable en mujeres comprendidas en las edades de 10 a 55 años en un departamento del occidente del país de Guatemala, en el período marzo-abril 2010. Guatemala, septiembre de 2010.



Fuente: Elaboración propia con base a las categorías de análisis y códigos identificados en las entrevistas con informantes clave.

Comentaron algunas mujeres que debido a esto eran los padres quienes tenían la culpa de sus embarazos no planificados, su condición de madres solteras, de la mala situación económica en la que vivían y el sufrimiento que conllevó a la vida llena de privaciones y limitaciones que enfrentaban, por la falta de comunicación,

¹⁰ Entrevista de trabajo de campo número 23.

información y añadían algo más, la falta de cariño que no les supieron brindar, expresándolo de esta manera: **“...dentro de mis ideas decía yo voy a tener mi primer hijo a los veinticinco años, porque tengo que trabajar...no fue así porque no tuve orientación.”**¹¹

En investigaciones anteriores realizadas en el lugar de estudio se determinó que en el Hospital Nacional en 2002 un pequeño porcentaje de adolescentes (29.27%) del grupo de estudio había recibido orientación sobre educación sexual, de ese grupo apenas un 4.07% lo recibió de sus padres y el resto por medio de personal de salud pública o maestros. (13)

Las mujeres también citaron las necesidades que no vieron satisfechas por falta de educación, mencionando entre las causas las siguientes: inicio de una vida sexual temprana, embarazos no previstos, falta de uso de métodos de planificación familiar, tuvieron muchos hijos, no espaciaron los embarazos, no supieron evitar enfermedades de transmisión sexual y no tuvieron una economía estable, entre otros.

Algunos análisis de estudios publicados sobre el tema revelan que la falta de conocimientos también es considerada como una causa de un embarazo no deseado, en algunos casos hay falta de información o es errónea en cuanto a reproducción principalmente en mujeres adolescentes las cuales son susceptibles ante este hecho con riesgos de iniciar una vida sexual temprana, sin protección, el grupo de jóvenes carece también de falta de orientación para resolver este tipo de situaciones y que provocan decisiones fuera del marco de seguridad y la salud reproductiva. (3,5)

Por el contrario, las mujeres que recibieron información y que han hecho uso de estos recursos mencionaron instancias públicas y privadas en salud como medio de acceso a la información y recursos para llevar un programa de salud sexual y reproductiva, entre ellos también los centros educativos fueron considerados como una fuente que proporciona información a sus hijos/as, que en algunos casos estos tenían más información que las madres por lo que en varias ocasiones no tomaron en cuenta la orientación que ellas les querían brindar, como lo argumenta el siguiente texto: **“...hay hija porque si vos ya habías desarrollado porque no me habías contado y me contestó: hay mamá para**

¹¹ Entrevista de trabajo de campo número 33.

que querías que te contara si yo estoy empapada en eso, entonces yo ya sé y tome mis precauciones.”¹²

En lo referente a la participación del hombre, algunas mujeres comentaron que tanto el acceso a la educación como la decisión de hacer uso de la planificación familiar era una responsabilidad compartida, sin embargo también argumentaron que habían hombres que no estaban de acuerdo o preferían no enfrentar el tema, por diferentes razones y las más común era el papel de autoritarismo que ejercían sobre ellas. De acuerdo al estudio realizado por el PAPS en cuanto al acceso a la educación sexual y decisión de planificación familiar era el hombre quien tomaba las decisiones, las razones fueron porque sabían más o estaban mejor informados que las mujeres y porque tenían derecho de hacerlo porque ellos trabajaban. (25) Una entrevistada manifestó lo siguiente: ***“...yo tenía conocimientos pero yo muchas veces quise espaciar mis embarazos pero lamentablemente mi esposo no dejaba.”***¹³

En este aspecto las mujeres recalcaron que la información de esta naturaleza se debía impartir a ambos sexos por igual para que hubiera equidad en cuanto a las decisiones que conllevan una vida propicia para la salud sexual.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2002 las entrevistadas que dialogaban más sobre planificación de sus embarazos con su esposo o compañero con base al nivel de educación eran las mujeres con un nivel de educación menor en cambio en las mujeres con mayor educación ese porcentaje se reducía. (20) En este estudio no hubo una diferencia significativa en este aspecto.

Contrario a esta argumentación muchas mujeres no tomaron en cuenta la participación del varón porque no querían ser juzgadas o rechazadas al plantear el tema de la salud reproductiva.

Por otro lado también hubieron mujeres que relataron que no tenía información en cuanto a planificación familiar por lo que no sabían si hacer uso o no de los métodos anticonceptivos, pues no sabían los efectos que éstos podrían tener en su salud en general, ante esta incertidumbre decidieron no usarlos a pesar de ser sexualmente activas y correr el riesgo de embarazos no deseados, visto de esta

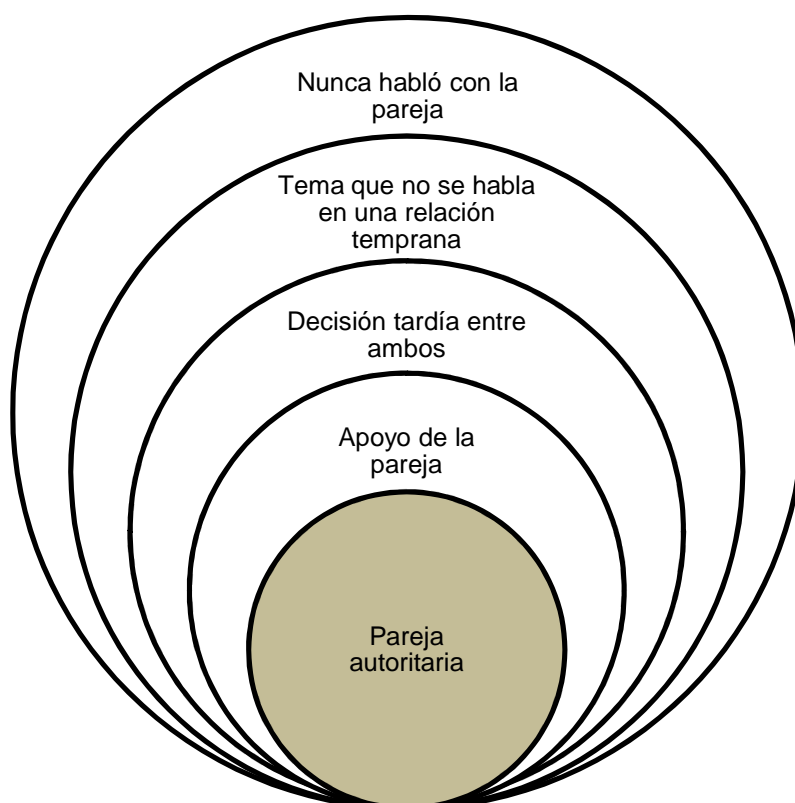
¹² Entrevista de trabajo de campo número 23.

¹³ Entrevista de trabajo de campo número 38.

manera, estas mujeres tenían la necesidad de buscar medidas anticonceptivas, pero al no contar con una información más precisa y comprensible dentro de su realidad sociocultural, no lo hicieron, un ejemplo de este caso en particular fue: **“...las pastillas dicen de que no se deshacen en el organismo de la mujer y entonces todo eso me daba miedo a mí...”**¹⁴

En cuanto a la religión como instancia moral y espiritual, el uso de métodos anticonceptivos en la planificación familiar era concebido como pecado o sea una inmoralidad castigada por Dios ante las creencias inculcadas por la familia o la sociedad.

Gráfica 5.5 Planificación familiar en pareja en mujeres comprendidas en las edades de 10 a 55 años en un departamento del occidente del país de Guatemala, en el período marzo-abril 2010. Guatemala, septiembre de 2010.



Fuente: Elaboración propia con base a las categorías de análisis y códigos identificados en las entrevistas con informantes clave.

¹⁴ Entrevista de trabajo de campo número 37.

La iglesia católica consideró la vigencia de Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva, como una “acción deplorable en contra de la vida” haciendo un llamado a los padres de familia a que se resistan a acatar esa norma ya que el Ministerio de Educación será el ente encargado de implementar dentro del pensum de estudios del nivel primario varios temas planteados, por otra parte La Comisión Juvenil de la Alianza Evangélica de Guatemala manifestó en cuanto a esta ley, que insisten en que el mejor método anticonceptivo es “la abstinencia” les preocupan las variaciones que dicha educación sexual pueda llegar a tener en sus contenidos si no se aplican criterios éticos y morales. (35)

A pesar de esto algunas mujeres creyentes cristianas manifestaron que los métodos anticonceptivos eran una opción para tener una vida más grata, además de brindarles salud y bienestar, por lo que se oponían así a sus convicciones religiosas. Por otro lado también consideraron que los métodos naturales eran una opción porque no hacían daño al cuerpo y porque no era pecado hacer uso de ellos, aunque en algunos casos no entendían cómo funcionaban estos, valoración que se refleja en las argumentaciones de las mujeres: ***“...Cuando yo voy a la iglesia el pastor me ha dicho que no porque Dios ha dejado a la mujer para tener muchos hijos, pero yo le digo a él que no porque tener muchos hijos y el tiempo que está ahorita está difícil pues a tener sus hijos uno...”***¹⁵

De acuerdo a ENSMI para las mujeres de 30 a 49 años las razones para no hacer uso de la planificación eran: menopausia 17.6%, razones religiosas 16.7% y preocupaciones de salud 13.8%. (20)

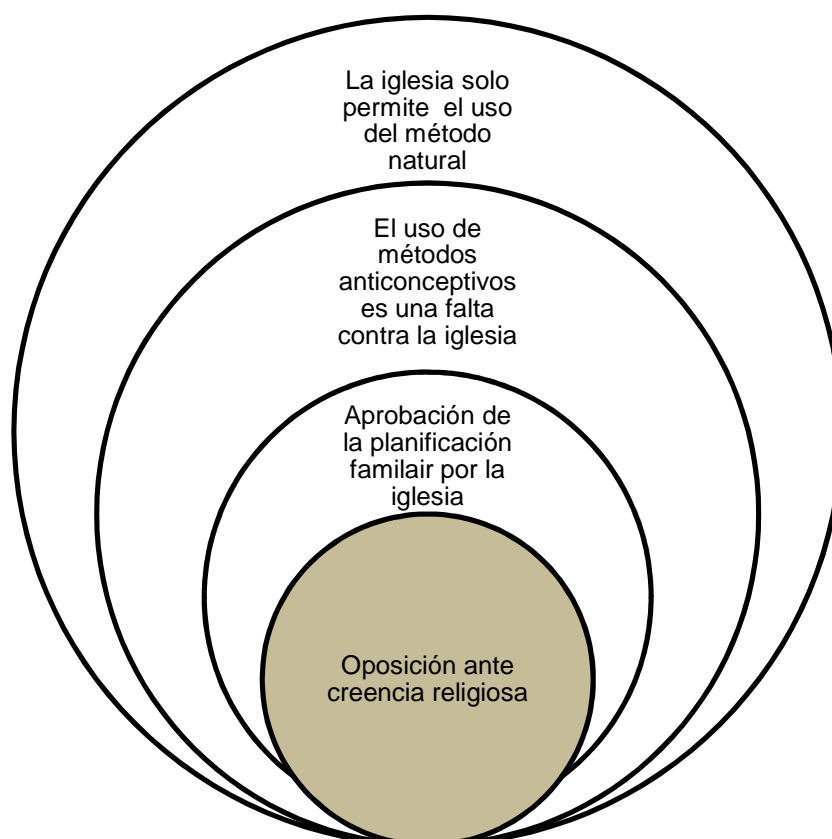
De manera que las mujeres consideraron que hacer uso de los métodos anticonceptivos permitiría brindarles un mejor nivel socioeconómico y mejor desarrollo humano. Por todo lo anterior se concluye que la educación es un factor significativo que se debe tomar en cuenta, como elemento esencial en la formación del individuo, hombre o mujer, para tener una salud reproductiva adecuada.

También la educación sexual permite lograr una vida amena, responsable y evitar de esta manera una actividad sexual temprana, enfermedades de transmisión sexual, matrimonio forzado, embarazos o hijos que no serían deseados y rechazo

¹⁵ Entrevista de trabajo de campo número 1.

social; y es necesario hacer hincapié que la familia es el grupo de más confianza para tratar este tema.

Gráfica 5.6 La religión y la educación sexual en mujeres comprendidas en las edades de 10 a 55 años en un departamento del occidente del país de Guatemala, en el período marzo-abril 2010. Guatemala, septiembre de 2010.



Fuente: Elaboración propia con base a las categorías de análisis y códigos identificados en las entrevistas con informantes clave.

Las instituciones públicas y organizaciones no gubernamentales pueden en principio reforzar el tema de la salud reproductiva con los talleres informativos y capacitaciones específicas, los cuales deben organizarse haciendo énfasis en la equidad de género, por lo que una mujer argumentó: ***“...se nos ha metido que la mujer es para estar adentro, que la mujer es para tener hijos y la mujer no tiene voz ni voto, es el hombre y ahí seño sí que es un círculo cultural muy difícil de salirse uno como mujer...”***¹⁶

¹⁶ Entrevista de trabajo de campo número 35.

- **Acceso a métodos anticonceptivos**

Técnicamente se sabe que los anticonceptivos constituyen un plan o bien son la forma práctica y sencilla como las personas establecen el cómo y cuándo se harán aquellas actividades sexuales o funciones reproductivas propias de la vida.

La planificación familiar tiene como objetivos evitar embarazos no deseados, regular los intervalos entre embarazos, planificar y proporcionar condiciones adecuadas para el parto, decidir el número de hijos dentro de la familia, evitar embarazos por salud riesgosa de la madre, entre otros. De manera que la planificación es un derecho básico de las parejas para poder decidir de manera libre lo que desean, jugando siempre el papel de padres y madres responsables. (25)

Por todo lo que se expresa anteriormente, las mujeres, específicamente el grupo de adolescentes tienen mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, probabilidad de tener un número mayor de hijos al final de su vida reproductiva y no poder realizar sus expectativas de vida. En el estudio sobre el perfil clínico y epidemiológico de la adolescente con embarazo no deseado en Petén en 2002 se constató que solo el 10% del grupo de estudio usaba métodos anticonceptivos y la falla de estos métodos fue del 18%. (12)

En cuanto al presente estudio se pudo establecer que las mujeres definieron el uso de métodos anticonceptivos como herramientas de la planificación familiar para evitar enfermedades de transmisión sexual y embarazos no previstos. En general el grupo de estudio diferenció los métodos de planificación familiar en naturales y hormonales, también reconocieron los beneficios del uso de los métodos anticonceptivos en la planificación familiar, como los efectos poco favorables que éstos provocaban.

En cuanto a los beneficios los más generalizados que citaron fueron: espaciar los embarazos, limitar el número de hijos, evitar enfermedades de transmisión sexual, tener un trabajo, no deteriorar la salud de la mujer y poder tener un nivel de vida más placentero, de manera que una entrevistada argumentó: “... **que ambos nos cuidemos para no tener más hijos, como para cuidarnos tanto como dicen de enfermedades, también como está la economía...**”¹⁷

¹⁷ Entrevista de trabajo de campo número 16.

Se dedujo también que muchas de las mujeres antes del inicio del uso de los métodos anticonceptivos como durante su uso no sabían exactamente cómo funcionaban estos. Algunas presentaron efectos colaterales como lo fueron la falla del método, alteración del ciclo menstrual y aumento de peso, ellas afirmaron que no sabían en un principio los efectos secundarios que los métodos anticonceptivos podían provocar, como el riesgo que podían presentar el hacer un mal uso de ellos, además comentaron que usaron más de un método de planificación familiar porque no encontraban el que más les beneficiaba en cuanto a salud, costo y acceso. Todo lo expresado lo atribuían a la poca información dada por medio de personas cercanas, comadronas o en centros asistenciales públicos y privados, así como en las farmacias a los que recurrieron para información, por todo lo anterior una entrevistada comentó: **“...estoy de acuerdo de tomar algunas pastillas o inyectarme pero lamentablemente seño, que a mí no me cae bien eso pero no sé.”**¹⁸

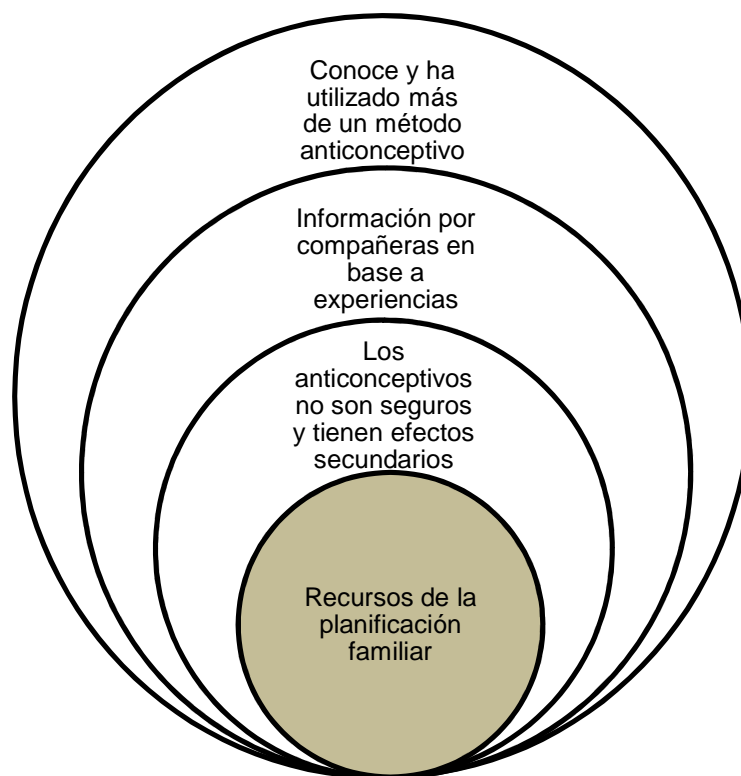
En base a ENSMI 2002 se constató que el 36.6% de las mujeres que utilizaban los métodos anticonceptivos los descontinuaron en el primer año de uso por efectos colaterales, los principales métodos que descontinuaron fueron el dispositivo intrauterino (DIU), la píldora y las inyecciones, la segunda razón para descontinuarlos fue por intención de un próximo embarazo y la tercera fue por la falla del método. (20)

Cuando la información fue brindada en lugares como centros, puestos de salud, hospitales, IGSS y APROFAM, ellas mencionaron que la mayoría de veces ésta fue escueta o no les dieron charlas simplemente les proporcionaron folletos o trifoliales por lo que muchas de ellas no quedaron convencidas de la información, o tenían dudas. Lo que indica que la información requiere un nivel personalizado que permita la comprensión de la mujer de acuerdo al lenguaje que puede mediar la comprensión de la información técnica sobre los métodos anticonceptivos el nivel de conocimiento que construyen las mujeres de acuerdo a su contexto social, educativo y cultural

De acuerdo a la literatura existente, el acceso limitado a los servicios de salud reproductiva, carencia de métodos, creencias personales sobre estos, objeciones familiares, temores por salud y la falla anticonceptiva están entre las causas más frecuentes para que un embarazo sea no deseado. (8,9)

¹⁸ Entrevista de trabajo de campo número 21.

Gráfica 5.7 Definición de métodos anticonceptivos en mujeres comprendidas en las edades de 10 a 55 años en un departamento del occidente del país de Guatemala, en el período marzo-abril 2010. Guatemala, septiembre de 2010.



Fuente: Elaboración propia con base a las categorías de análisis y códigos identificados en las entrevistas con informantes clave.

Ellas comentaron también que preferían que la información fuera impartida por personas de sexo femenino porque les brindaría más confianza, además comentaron que era necesario que cuando se impartieran charlas de esta naturaleza la presencia del varón (conviviente) era imprescindible para obtener los mismos concomimientos, brindar apoyo y consentimiento para hacer uso de la planificación familiar. También algunas entrevistadas mencionaron que esta información se debía proporcionar a la juventud porque muchas de ellas hubieran deseado tener esa información durante esta época de su vida.

De las mujeres que hicieron uso de los métodos de planificación familiar los más utilizados fueron: la inyección, las pastillas, T de cobre, condón, método de la lactancia materna, método del ritmo, el collar y la operación de la mujer. Sin

embargo se constató que ninguna hizo mención acerca de la vasectomía¹⁹, ni del método de Billings²⁰ que también forman parte de los métodos de planificación familiar.

De acuerdo a ENSMI las mujeres con una vida sexualmente activa tienen los niveles de conocimientos más elevados sobre cualquier método entre los más conocidos por orden estaban: la píldora, inyección y la esterilización femenina. (20)

En cuanto a las creencias que las mujeres y su pareja tenían con respecto al uso de métodos anticonceptivos mencionaron: la operación de la mujer disminuye el placer sexual o las vuelve promiscuas. Ambas creencias son antagónicas una es vinculada a la satisfacción sexual de pareja contra los múltiples contactos sexuales con hombres. En ningún momento se relaciona con la protección que genera en la salud de la mujer, al regular el embarazo en tiempo y número. Referente a los métodos hormonales expresaron que los efectos secundarios que ellas sufrieran les afectarían a los hombres también.

Por otro lado muchas mujeres quisieron hacer uso de la planificación familiar sin embargo esto no fue posible por el autoritarismo de la pareja haciendo énfasis también que en cuanto al uso del condón ellos los rechazaban por insatisfacción sexual o por creencia de infidelidad por la parte de la mujer, por lo que una entrevistada argumentó: ***“...yo le decía entonces porque no usa usted el preservativo, cómo va a creer me decía, entonces mejor me busco otra mujer, porque que parece eso estarse poniendo uno cosas allí me decía, ya no se va a sentir lo mismo o que horrible...”***²¹

De acuerdo a las actitudes de la pareja hacia la planificación familiar ENSMI presentó que cuando la mujer estaba de acuerdo con el uso de métodos el 62.7% de los esposos/compañeros también concordaba, 7.5% de los hombres no lo aprobaron y otro 7% mencionó que desconocían la actitud de él. (20)

También otras mujeres que querían hacer uso de los métodos anticonceptivos relataron que fueron señaladas y juzgadas por su familia y por su suegra viéndolas como mujeres liberales con carencia de moral a pesar de tener el consentimiento

¹⁹ Cirugía para cortar los conductos deferentes que llevan los espermatozoides de un hombre desde el escroto hasta la uretra.

²⁰ Método que consiste en monitorear el moco cervical para determinar los días fértiles.

²¹ Entrevista de trabajo de campo número 38.

de la pareja, por lo que decidieron no hacer uso de los métodos anticonceptivos para no tener conflictos.

De acuerdo a un estudio realizado por la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) en Guatemala sobre acceso a los servicios e insumos de planificación familiar se determinó que los factores culturales parecen ser los obstáculos más significativos para acceder a la planificación familiar entre poblaciones indígenas. Los esposos ejercen una influencia sustancial sobre sus esposas el 89% de los proveedores (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Asociación Pro Bienestar de la Familia Guatemalteca) entrevistados expusieron que una porción significativa de sus clientes (mujeres de Sololá y Totonicapán) no sienten que puedan usar la planificación familiar sin el consentimiento de sus esposos. Otros declararon que no solo sus esposos, sino también sus suegras juegan un papel importante sobre si una mujer es capaz o no de usar métodos de planificación familiar. (36)

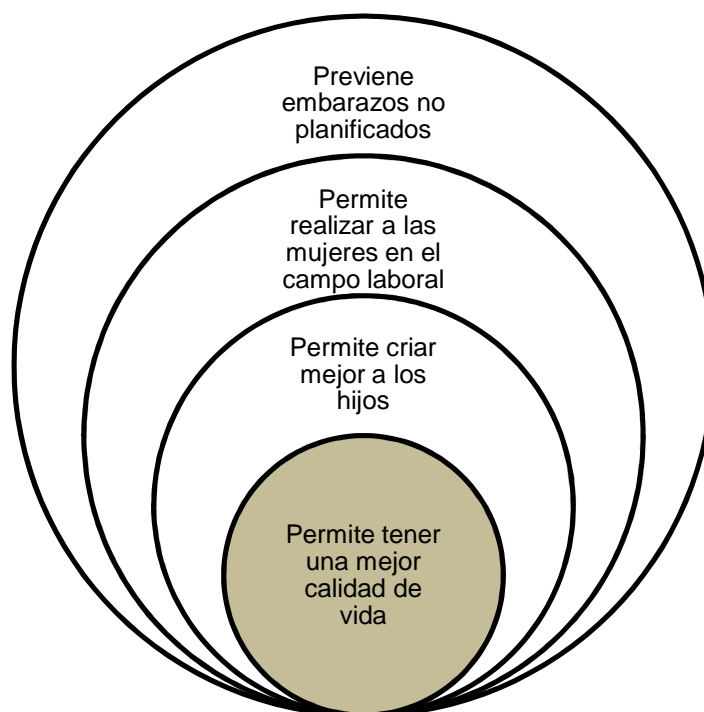
Un aspecto muy importante a destacar en esta investigación fue con respecto a las mujeres trabajadoras, pues éstas tenían conocimientos más elevados de métodos anticonceptivos en comparación de las que no trabajaban y relataron que al hacer uso de la información les permitió tener una vida más libre, amena y con menos limitaciones económicas.

Referente al papel que pueden jugar las instituciones religiosas se notaron dos particularidades en dos grupos que fueron: las mujeres que tienen religión, utilizaron más de un método anticonceptivo oponiéndose así a las convicciones inculcadas por su iglesia, y el método de predilección para ellas fue la inyección reconociendo la de uso mensual y trimestral.

Por otro lado las mujeres que no tienen religión no utilizaron métodos de planificación familiar por el autoritarismo de la pareja, por lo que una mujer expreso: ***“...anhelé varias veces de que él me dijera está bien planifiquemos pero él nunca cedió.”***²²

²² Entrevista de trabajo de campo número 25.

Gráfica 5.8 Elección del uso de métodos anticonceptivos en mujeres comprendidas en las edades de 10 a 55 años en un departamento del occidente del país de Guatemala, en el período marzo-abril 2010. Guatemala, septiembre de 2010.

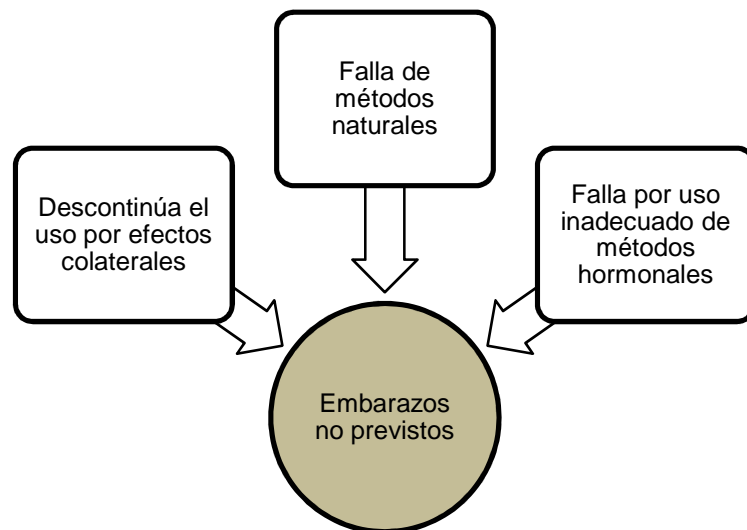


Fuente: Elaboración propia con base a las categorías de análisis y códigos identificados en las entrevistas con informantes clave.

Con respecto a la falla anticonceptiva algunas mujeres sufrieron este problema argumentando que no hicieron uso correcto de los métodos, los discontinuaron por efectos secundarios a pesar de ser sexualmente activas y creían que cuando hicieron uso por largo tiempo de estos, al suspenderlos todavía tendrían efecto, pero no fue así, ellas resultaron embarazadas por lo que expresaron que en el transcurso del uso de éstos se produjo incertidumbre en cuanto a la eficacia de los métodos y las llevó a un estado de depresión, por lo que una mujer argumentó: ***“...en los tres embarazos al mismo tiempo me fallaron las pastillas, porque siempre las tomaba y tomando las pastillas resulte embarazada.”***²³

²³ Entrevista de trabajo de campo número 11.

Gráfica 5.9 Impacto de la ineficacia anticonceptiva en mujeres comprendidas en las edades de 10 a 55 años en un departamento del occidente del país de Guatemala, en el período marzo-abril 2010. Guatemala, septiembre de 2010.



Fuente: Elaboración propia con base a las categorías de análisis y códigos identificados en las entrevistas con informantes clave.

Por todo lo anterior se constató que la información y acceso a los métodos anticonceptivos como parte de la planificación familiar fue deficiente, porque se notó que la mayoría de la información que tenían las participantes era errónea, en base a creencias y rumores. Entre las razones por las cuales muchas de ellas no hicieron uso de los métodos fue por: temores de efectos secundarios, malas experiencias con el uso previo de los anticonceptivos, por oposición de pareja y familia.

En base al estudio de la USAID anteriormente citado se constató que se presentan importantes porcentajes de mujeres en edad fértil que no planifican porque no están casadas o en unión libre (parte de ellas son adolescentes), también existen barreras de tipo religioso, existe también un grupo de mujeres que no planifica por preocupaciones de salud y existen algunas barreras como el hecho de que algunos proveedores no dan anticonceptivos a mujeres solteras o que no lleguen con su marido. (36)

En el presente estudio se determinó que cuando la información fue proporcionada en centros asistenciales se hizo mención que nunca se profundizó en el tema muchos menos se aclararon dudas o rumores populares a las mujeres.

En la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar se establece que las entidades que presten este servicio deben contar con conocimientos, habilidades y destrezas para desarrollar la consejería, además de contar con material educativo de apoyo para facilitar la comprensión de la población de acuerdo al contexto sociocultural. (36)

Deduciendo así que es necesario tomar medidas para brindar una información específica como lo sería: hacer énfasis en los efectos colaterales del uso de métodos anticonceptivos, cómo funcionan los diferentes métodos, consecuencias de la discontinuación de estos y resolver las dudas de las mujeres y hombres en cuanto a este tema para que ellos puedan recibir los beneficios de estos recursos. Un elemento trascendental en la información que brindan las instituciones públicas y privadas, radica en la falta de claridad por el bilingüismo de las mujeres que demandan información, puesto que muchas de ellas hablan ambos idiomas (español y kaqchikel), pero al recibir la información en español les cuesta entender parte de esta información por no ser su idioma materno, mientras que el personal que atiende en los centros de salud, solamente hablan español y no entienden nada del idioma local o si lo hablan no lo aplican.

Con respecto al idioma, en la investigación de la USAID se constató que de los lugares donde se realizó el estudio el 10% del personal de salud en los servicios visitados, indicaron tener dificultades ocasionales al momento de comunicarse con los usuarios. En estas situaciones, había otro trabajador de salud en el centro quien podía comunicarse efectivamente en el lenguaje del usuario o miembros de la comunidad pudieron ayudar con la traducción/interpretación del idioma (por ejemplo, maestras, facilitadores comunitarios, vecinos). (36)

- **Violencia Sexual**

La violencia sexual es todo acto forzado, con coacción hacia una persona con el objeto de llevar a cabo una relación sexual. Entre las más comunes e importantes están las que se dan dentro de un hogar, las que se pueden citar: el abuso sexual, el aborto forzado, negación a hacer uso de métodos anticonceptivos y no adoptar medidas para evitar contraer enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, no se descartan las relaciones forzadas a lo externo del hogar y que están aparejadas a violaciones e infanticidios. (37)

Guatemala es un país donde la violencia contra las mujeres adopta muchas formas como lo son: abusos sexuales, violaciones a sus derechos más elementales y malos tratos en el ámbito familiar que degenera no sólo en violencia doméstica sino hasta las mutilaciones o muerte de las mujeres. (28)

La violencia en sus diversas manifestaciones determina el poder y dominio del hombre sobre la mujer lo que constituye un atentado permanente a los derechos, seguridad e integridad de las mujeres.

En cuanto a los tipos de violencia que se registran en Guatemala el siguiente cuadro es ilustrador que año con año cobra la vida de las mujeres.

Tabla 5.1 Homicidios de mujeres en Guatemala

Año	Datos	Año	Datos
2002	317	2006	603
2003	383	2007	538
2004	497	2008	600
2005	518	2009	720

Fuente: Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Programa Económico y Social de la Mujer Kichin Konojel.

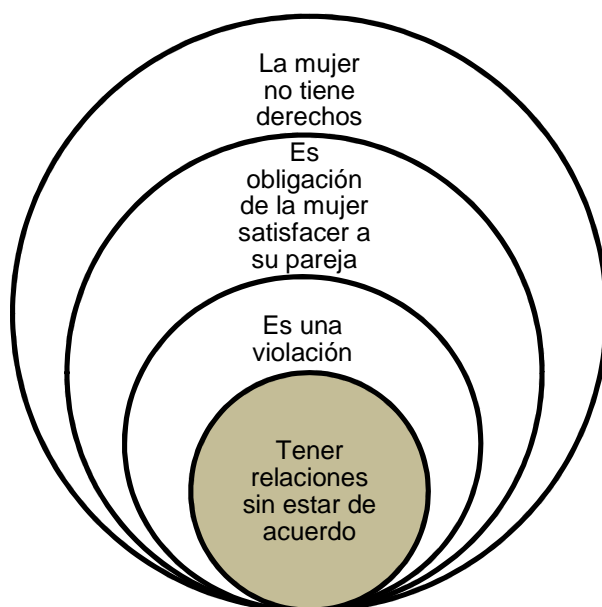
En este estudio se determinó que parte del grupo sufrió este problema social, sin embargo en este caso se presentaron dos eventualidades como lo fueron los abusos en la niñez por familiares cercanos y durante la vida de matrimonio o unión de las mujeres.

Las participantes reconocieron que para ellas el abuso sexual consistía en violaciones, actos en contra de la voluntad, uso de la fuerza y que era un acto dentro o fuera de un matrimonio.

En el caso de las mujeres abusadas sexualmente por su pareja ellas refirieron que la mayoría de veces que se consumaron estos actos fueron cuando el hombre se encontraba bajo el efecto de alcohol o drogas, ellas accedieron por temor a ser

golpeadas y para no ser acusadas de infidelidad, sin embargo muchas de ellas al enfrentarse a este problema tenían temor de resultar embarazadas o contraer enfermedades de transmisión sexual, en algunos casos ellas señalaron que por los abusos constantes que sufrieron de parte de sus convivientes éstos les provocaron abortos, por lo que una mujer expuso: **“...en varias ocasiones cuando llegaba mi esposo y me decía bueno ahorita, yo quiero y ya estuvo, y yo le decía fíjate que estoy cansada o fíjate que tengo que tortear, pues son cuentos me decía...”**²⁴

Gráfica 5.10 Definición de abuso sexual en mujeres comprendidas en las edades de 10 a 55 años en un departamento del occidente del país de Guatemala, en el período marzo-abril 2010. Guatemala, septiembre de 2010.



Fuente: Elaboración propia con base a las categorías de análisis y códigos identificados en las entrevistas con informantes clave.

En el caso del área geográfica de estudio en base al último informe sobre análisis de situación de violencia en contra de la mujer en 2009, se constató que a nivel de las comunidades se ve como normal que las mujeres se sujeten a los patrones de género establecido por el sistema patriarcal de manera que si una mujer ejerce una actitud diferente a la establecida se le señala, juzga y castiga. (25)

²⁴ Entrevista de trabajo de campo número 38.

Por todo lo anterior se deduce que esta conducta delictiva conllevó a embarazos que no fueron deseados por las mujeres, por lo que comentaron que esto les generó frustración y daños psicológicos no solo por los abusos sexuales sino que también por la impotencia de sobrellevar el embarazo, un ejemplo de esta situación relatada por una entrevistada: **“...me dijo que porque ya no quiero tener relación con él y le dije porque tomas mucho y a mí me da miedo... entonces para no tener problemas yo una noche si tuve relación con él (y) quede embarazada con el nene...”**²⁵

En 2006 a nivel de América Latina se reportó que entre un 20% a 50% de mujeres sufrió violencia sexual cuyo resultado fue un embarazo no deseado. (8) En Guatemala, el estudio realizado en Petén en 2002 sobre el perfil clínico y epidemiológico de la adolescente, la violación y abuso fueron unos de los motivos que condujeron para que el embarazo fuera no deseado presentando un porcentaje de 19% con base al grupo que se estudió. (12)

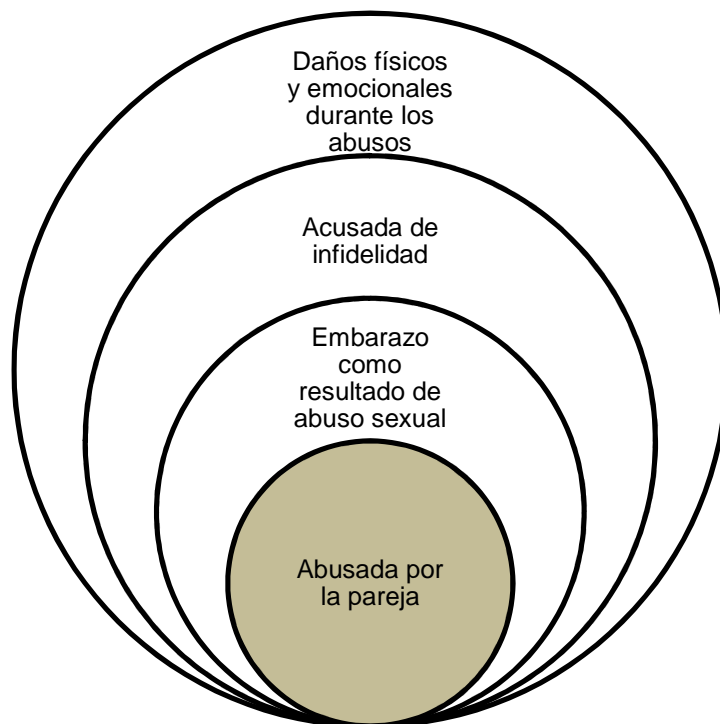
Sin embargo hubo un grupo de mujeres que no resultaron embarazadas a pesar de ser abusadas ya que manifestaron que hacían uso de métodos anticonceptivos. Ante estas situaciones algunas mujeres se separaron de su pareja, pero otras continúan enfrentándose día a día con esta situación, ellas indicaron que siguen soportando estos acontecimientos por el matrimonio establecido y como patrón generalizado de conducta comunitaria.

Se determinó, por la población objeto de estudio que las mujeres han vivido y viven aún bajo las diversas manifestaciones de violencia como lo son: violencia intrafamiliar violencia física, violencia sexual, violencia emocional o psicológica basadas en las relaciones de poder del hombre y otras desigualdades evidentes en la sociedad del área de estudio, donde por medio de la fuerza se intimida a la mujer, se le causa daño físico y psicológico; se denigra y se violan sus derechos específicos, identidad y autodesarrollo, situación que culmina en una frustración y baja autoestima, como lo argumentó una mujer: **“...hubo un día que también platicando con una persona me dijo no reniegue porque fíjese me decía de que el bebé estando en su vientre él ya está escuchando y se está dando cuenta de que usted está renegando a él, mire me decía sea por lo que sea usted hágale frente...”**²⁶

²⁵ Entrevista de trabajo de campo número 21.

²⁶ Entrevista de trabajo de campo número 38

Gráfica 5.11 Circunstancias del abuso sexual en mujeres comprendidas en las edades de 10 a 55 años en un departamento del occidente del país de Guatemala, en el período marzo-abril 2010. Guatemala, septiembre de 2010.



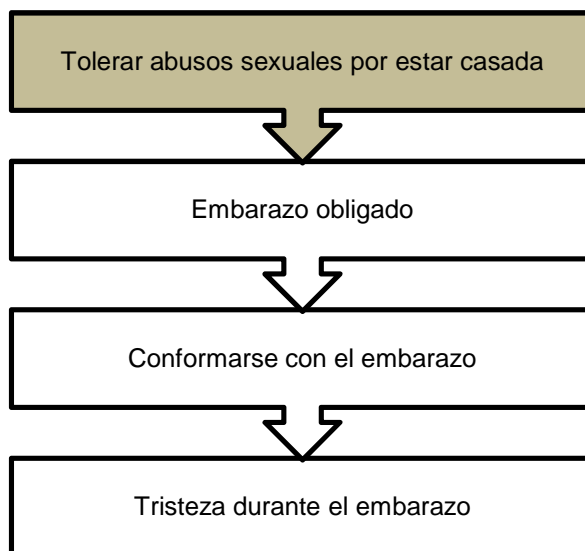
Fuente: Elaboración propia con base a las categorías de análisis y códigos identificados en las entrevistas con informantes clave.

La violencia es una realidad y un círculo vicioso que se alimenta de miedo y vergüenza porque algunas mujeres del grupo de estudio siguen viviendo en este problema y no deciden tomar acciones para frenar los malos tratos y sufrimiento por temor a ser juzgadas por la familia o ser agredidas por el hombre.

Se notó durante las entrevistas que las mujeres no querían salir de este problema (la violencia sexual) por las siguientes razones: porque dependían económicamente del hombre para manutención del hogar, asumían la responsabilidad del comportamiento del hombre, por amor hacia él, por aceptar un matrimonio concertado por la familia y porque la familia no las apoyaría económicamente al separarse del esposo o conviviente, el siguiente texto lo ejemplifica: ***“Los primeros meses dije que fue por una obligación que yo***

estoy embarazada y me puse a pensar muchas cosas, pero ya después dije de todos modos es mi marido y es mi hijo también dije...”²⁷

Gráfica 5.12 Impacto del abuso sexual en mujeres comprendidas en las edades de 10 a 55 años en un departamento del occidente del país de Guatemala, en el período marzo-abril 2010. Guatemala, septiembre de 2010.



Fuente: Elaboración propia con base a las categorías de análisis y códigos identificados en las entrevistas con informantes clave.

De acuerdo al Protocolo de Atención a las Víctimas de Violencia Intrafamiliar por el MSPAS, indica que en el ciclo de la violencia intrafamiliar esta la fase de reconciliación en la cual reina la calma, donde ambos (hombre y mujer) se dan cuenta que la violencia ha llegado demasiado lejos y quien violenta quiere reparar el daño causado, comportándose de manera cariñosa y mostrando arrepentimiento. Sabe que accedió y teme que lo dejen de querer, que lo acusen o que lo abandonen, por eso ellos tratan por todos los medios de volver y convencer a la mujer que no volverá a pasar y promete cambiar. Investigaciones al respecto indican que en algunas relaciones atrapadas por largo tiempo en el ciclo de la violencia en las que hay adicción a sustancias (alcohol y drogas), la reconciliación tiende a desaparecer, lo que implica mayor riesgo de mortalidad. (38)

²⁷ Entrevista de trabajo de campo número 22

Los convivientes de estas mujeres son los hombres en los que las mujeres confían, a los que aman, de los que dependen en todo el sentido de la palabra, pero lamentablemente son sus agresores, por lo que mantienen una relación indeterminada e inestable, pudiendo conducir así a más embarazos no deseados por ellas y continuando con el círculo de la violencia en sus diversas manifestaciones.

- **Aborto**

El aborto se refiere a la pérdida de la vida del feto en el seno materno o bien la privación de la vida de manera provocada. En el caso segundo, si bien la vida es un derecho reconocido universalmente, se presentan algunas circunstancias por lo que las personas deciden acabar con una vida en formación, el aborto actualmente es una práctica frecuente por muchas mujeres bajo condiciones de clandestinidad e inseguridad. Es conocido como una de las principales causas de enfermedad y muerte de mujeres a nivel mundial. (5)

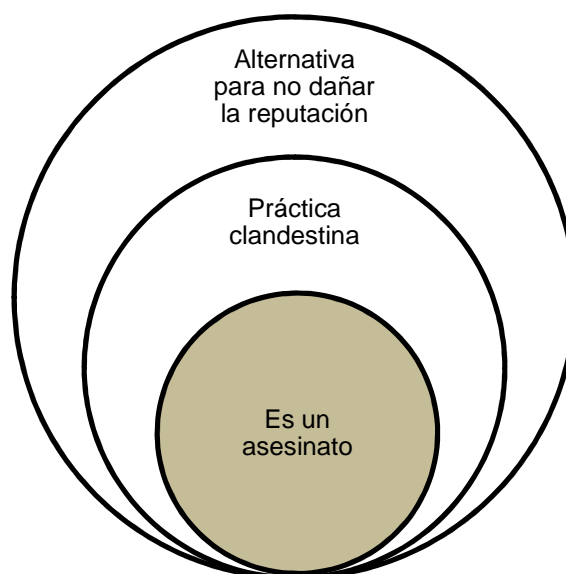
A partir de 1960 algunos países de Europa y América despenalizaron el aborto, pero este no es el caso para Guatemala, donde está aprobado solo en el caso de salvar la vida de una mujer embarazada. (22)

En base al presente estudio se determinó que las razones por las cuales las mujeres abortaron estaban: inconformidad ante el embarazo, evitar una mala reputación por embarazo fuera del matrimonio, para no ser reprendidas por la familia, para reparar el resultado de la irresponsabilidad sexual, por abuso sexual (violación), para no frustrar sus metas de superación personal, para no seguir con la pareja y por mala economía, el siguiente texto lo ejemplifica: “... **yo decía Dios mío que voy hacer, que voy hacer no tengo dinero, ya tengo dos, yo ya no vivía con mi esposo yo ya dependía solo de mí y decía no puedo, no puedo tenerlo...**”²⁸

La inconformidad ante el embarazo refleja un rechazo personal de la condición de estar embarazada a diferencia que la mala reputación es un sentimiento infundado por la presión social. En cuanto al abuso sexual el aborto es una reacción para culminar con los daños provocados por este y la gestación involuntaria.

²⁸ Entrevista de trabajo de campo número 19.

Gráfica 5.13 Definición de aborto en mujeres comprendidas en las edades de 10 a 55 años en un departamento del occidente del país de Guatemala, en el período marzo-abril 2010. Guatemala, septiembre de 2010.



Fuente: Elaboración propia con base a las categorías de análisis y códigos identificados en las entrevistas con informantes clave.

De acuerdo al estudio de morbilidad por aborto en Guatemala realizado por el Instituto Guttmacher en el barrio Nueve de Junio en la Reinita y en el área geográfica del presente estudio en 2004, se determinó que las razones para que un embarazo fuera no deseado y la probabilidad de abortar estaban: los problemas de pareja, incluyendo la falta de apoyo económico y emocional del compañero, el alcoholismo, la violencia doméstica, no tener compañero y el no deseo de más hijos por parte del hombre. (22)

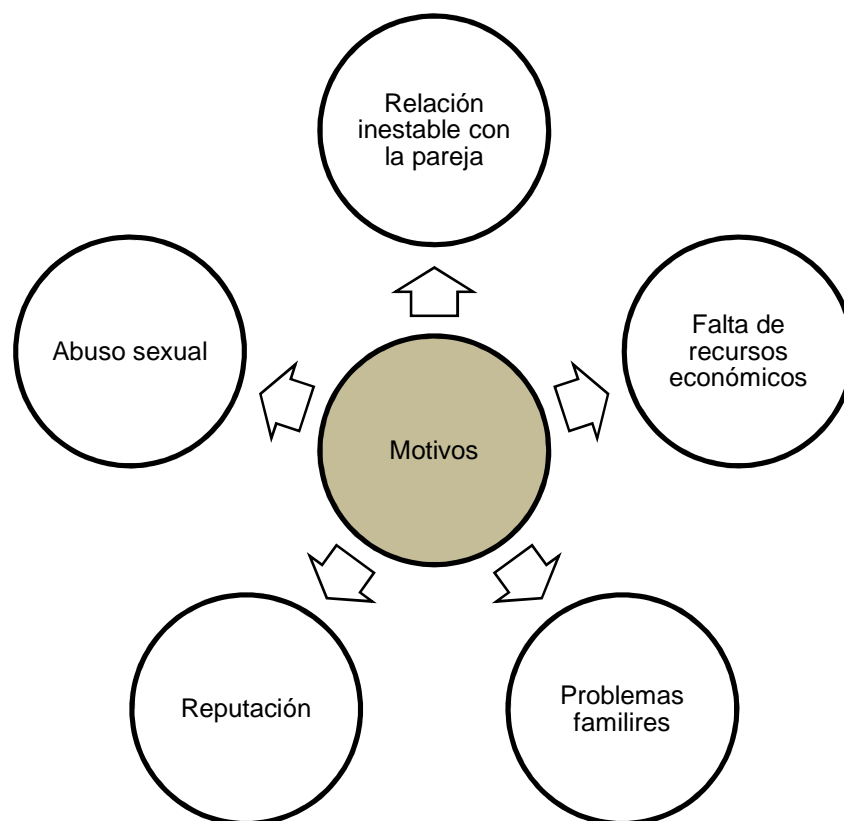
Las mujeres que indujeron un aborto mencionaron que conocían diferentes medios y recursos para llevarlos a cabo no diciendo específicamente cuales pero si tenían información tanto de plantas como medicamentos, además comentaron que cuando se recurría a un lugar para practicarlos este debía ser de buena calidad y de experiencia en el ramo, aunque sabían también que estos lugares no eran aprobados por la legislación vigente.

De acuerdo al Código Deontológico del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala en el capítulo XII, artículo 80 indica que el derecho biológico y natural que tiene la especie humana a reproducirse, debe de ser respetado y protegido

desde la concepción. (39) Como se citó anteriormente en base al Código Penal de Guatemala en el capítulo III Artículo 137 el aborto solo está permitido para evitar un peligro, debidamente establecido para la madre, después de agotados todos los medios científicos y técnicos. (8)

En Guatemala cada año más de un tercio de los embarazos no deseados se resuelven mediante el aborto inducido, de los cuales la mayoría se realizan en orden de frecuencia por comadronas, enfermeras, parteras, las propias mujeres y por último por personas dependientes de farmacias, de 2003 a 2008 más de 62,420 mujeres sufrieron complicaciones por abortos la mitad de ellos fueron provocados. (7)

Gráfica 5.14 Motivos para llevar a cabo un aborto en mujeres comprendidas en las edades de 10 a 55 años en un departamento del occidente del país de Guatemala, en el período marzo-abril 2010. Guatemala, septiembre de 2010.



Fuente: Elaboración propia con base a las categorías de análisis y códigos identificados en las entrevistas con informantes clave.

De acuerdo al estudio de embarazo no planeado y aborto inseguro en Guatemala por el Instituto Guttmacher en el área rural de poblaciones maya (kaqchikel) y en área periurbana de Guatemala en su mayoría no indígena en 2006, mencionan que en efecto hay existencia de clínicas clandestinas comparativamente seguras en la ciudad capital y son bien conocidas ya que anuncian indirectamente sus “soluciones a los retrasos menstruales” en los diarios de circulación popular. (8)

Por otro lado el hombre ha jugado también un papel importante en esta determinación porque en algunos casos fue él quien tomó la decisión para que la mujer practicara el aborto del embarazo no planificado. Se dio el caso de algunas mujeres que no accedieron a esta decisión del varón, por lo que él utilizó la presión psicológica o la fuerza para tal fin, una de las entrevistadas lo comenta: **“... él me dijo que buscara que hiciera o que mirará en donde iba a buscar algo para tomarme para que lo abortara.”**²⁹ En la sociedad guatemalteca el peso moral del acto del aborto recae en la mujer, es decir que es una decisión en la cual únicamente uno de los responsables, tiene el conflicto moral de resolver y llevar la carga que de acuerdo a su patrón moral correspondiente. En gran medida la sociedad guatemalteca es considerada altamente religiosa, de allí que el peso moral de los grupos pro-vida incrimine a la mujer por resolver un embarazo no deseado con el aborto.

Del estudio de embarazo no planeado y aborto inseguro en Guatemala, las discusiones de los grupos de estudio revelaron que hay actitudes arraigadas e inflexibles hacia los roles de género, en las que se percibe que la mujer pierde su femineidad y humanidad al tener un aborto. Un hombre no es estigmatizado si su pareja tiene un aborto, aunque él la haya obligado, pero la mujer si lo es. (8)

En el tema religioso, las mujeres tanto evangélicas como católicas señalaron que para resguardar la reputación ante un embarazo fuera del matrimonio el aborto fue definitivamente una opción. Este hallazgo nos presenta la doble moral que se tiene que vivir en sociedad al prohibir el aborto, pero ser una opción para la mujer frente a la desprotección social y desamparo de la responsabilidad que comparte con el hombre.

Es importante señalar que las mujeres que practicaron el aborto, ninguna mencionó secuelas físicas o de salud, sin embargo si mencionaron la secuelas psicológicas por lo que expresaron que aún se enfrentan día a día a este problema

²⁹ Entrevista de trabajo de campo número 36.

para tratar de olvidar o superar el trauma. Esta carga emocional es compartida por todas las mujeres quienes han tenido que actuar al margen de la ley y en ocasiones en contra de valores morales construidos en sociedad, puesto que los foros abiertos sobre el tema de educación sexual y planificación familiar no forman parte de una convivencia social, en la cual se aborde de manera clara y abierta, la problemática que afecta la salud mental de la mujer.

De acuerdo a ENSMI, entre los factores que contribuyen para que el resultado del aborto fuese satisfactorio están: los lugares a los que se recurre y la seguridad que ofrece el procedimiento. Sabiendo que los resultados negativos de los abortos pueden ser: hemorragia, infección, infertilidad y secuelas emocionales entre otros. (21)

En cuanto al entorno de la mujer para decidir realizar el aborto o no hacerlo, algunas de ellas contaron con el apoyo de familiares, amigas y compañeras de trabajo, tanto moral como económicamente, el siguiente texto lo ejemplifica: **“... cuando yo me enteré que estaba embarazada yo pensé abortar al bebé, incluso yo fui con una señora acompañada de unas compañeras...”**³⁰, **“...me dijo, mejor habla con tu mamá y explícale a tu mamá me dijo y si tu mamá te pega entonces mejor que te pegue y tené al patojo...”**³¹ Las redes sociales de apoyo entorno a la práctica del aborto operan al margen de la ley, toda vez se sabe que es prohibido. Estas redes sociales involucran el papel de familiares y amigos, quienes posiblemente en su trayectoria de vida han tenido que resolver o estar involucrados en la resolución de un embarazo no deseado por medio de un aborto. En este caso se aplica el dicho que dice: “es un secreto a voces”.

En este estudio en particular es importante señalar que para algunas mujeres es preferible hacer uso de métodos anticonceptivos para evitar más adelante un aborto. Pero en otro caso diferente, prefieren darlo en adopción o regalar a sus hijos para no recurrir a este método de alto costo y riesgoso.

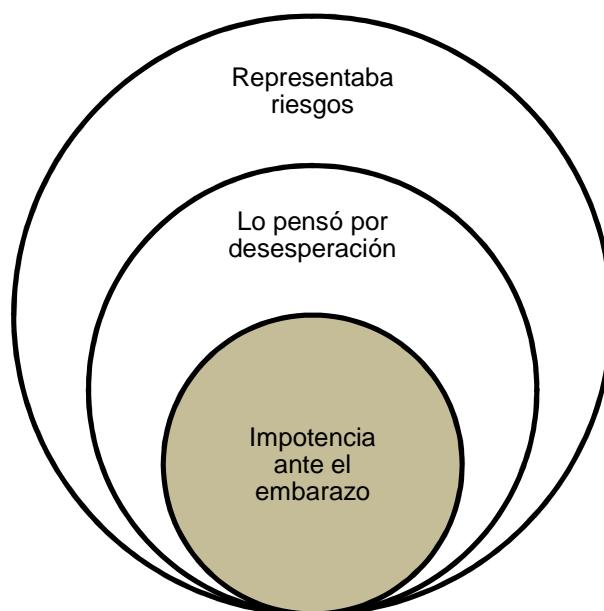
En cuanto al grupo de mujeres religiosas pertenecientes a alguna congregación, expresaron que el aborto no se debía practicar por las convicciones religiosas de Dios o convicciones morales, además de las secuelas tanto físicas como emocionales para una madre.

³⁰ Entrevista de trabajo de campo número 19.

³¹ Entrevista de trabajo de campo número 22.

Por todo lo anteriormente expresado se puede decir en síntesis, que el aborto si fue practicado por mujeres de distintos estratos sociales y con distintas creencias religiosas, en algunos casos prevaleció el poder de decisión del varón en contraposición a la propia determinación de la mujer. Además fue una acción que vivió la mujer sin el acompañamiento de la pareja, condición que generó una carga moral para la mujer frente a la toma de decisión de resolver el embarazo no deseado con el aborto.

Gráfica 5.15 El aborto como medida para resolver un embarazo en mujeres comprendidas en las edades de 10 a 55 años en un departamento del occidente del país de Guatemala, en el período marzo-abril 2010. Guatemala, septiembre de 2010.



Fuente: Elaboración propia con base a las categorías de análisis y códigos identificados en las entrevistas con informantes clave.

El estudio de embarazo no planeado y aborto inseguro anteriormente citado, también destaca que es notable la proporción de mujeres que se induce un aborto, esta uniformidad sugiere que el estigma asociado a un aborto tiene mucho peso independientemente del estatus socioeconómico de la mujer o de su nivel educativo. Por tanto las mujeres en todos los niveles de la sociedad tienen aproximadamente las mismas probabilidades de querer ocultar el hecho de haber tenido un aborto. (8)

Llamó mucho la atención que ninguna mujer comentó de manera precisa y categórica el método que utilizó, tampoco mencionaron haber sufrido secuelas de salud física, pero si en su salud mental.

En base a la constante convivencia y observación con las entrevistas se determinó que entre las condiciones que afectaban psicológicamente a estas mujeres estaban: la culpabilidad, el perdón consigo mismas, instintos maternales frustrados, falta de cariño y amor hacia los otros hijos y la indiferencia de la pareja por la idea del pecado o de culpabilidad.

De manera que el aborto ha dejado una huella indeleble en la vida de las mujeres, lamentablemente muchas mujeres escogen este camino por falta de apoyo, comprensión e información. Al ser un tema tabú en nuestra sociedad la práctica del aborto, pero una actividad que tienen una demanda fuerte en el campo de la clandestinidad, se encuentra una situación de desprotección social de la mujer, quien con un embarazo no deseado ha optado por resolverlo con un aborto y los efectos en su salud mental no son atendidos por la débil estructura que tiene el sistema de salud, caracterizado por una baja cobertura y un número insuficiente de personal capacitado para atender la salud mental de acuerdo a características étnicas y socioeconómicas.

6. CONCLUSIONES

- 6.1** Se evidencia que el factor económico influye de manera determinante en la relación de pareja ya que provoca un desequilibrio en las finanzas, a consecuencia del embarazo no deseado.
- 6.2** La dependencia económica de mujeres viviendo con pareja o mujeres solas que son dependientes de su familia, enfrentaron conflictos familiares por un embarazo no previsto.
- 6.3** Se revela que debido al embarazo no planificado algunas mujeres se ven presionadas a buscar un empleo o bien dedicarse a un trabajo informal para hacer frente a la situación, naturalmente con patrones diferenciados por situación de escolaridad.
- 6.4** Se identifica que la falta de una educación integral es motivo para que muchas mujeres no tengan acceso a una orientación sexual adecuada tanto en el seno del hogar, la escuela, centro asistencial y la comunidad.
- 6.5** En cuanto a la educación endógena el estudio revela que los patrones culturales y las creencias religiosas influyen en cuanto a la aceptación de las medidas anticonceptivas sean hormonales o naturales.
- 6.6** Desde el punto de vista educativo, no hubo diferencia entre los conocimientos sobre planificación familiar, ya se tratase de mujeres analfabetas o de mujeres con un nivel académico.
- 6.7** Se evidencia, que sin distinciones de credos religiosos o culturales, las parejas que siguieron una planificación familiar adecuada han tenido una vida más satisfactoria desde el punto de vista sexual y socioeconómico.
- 6.8** Se destaca que la falta de capacitación e información sobre el uso adecuado de los métodos anticonceptivos crea desconfianza, mal uso de estos y efectos colaterales.
- 6.9** Se evidencia que los sectores públicos y privados brindan información sobre la planificación familiar (con trípticos y folletos) pero no han sido efectivos, puesto que la gente no los entendió, los discontinuó o no encontró una persona idónea que lo explicara.
- 6.10** Al analizar la violencia contra la mujer se deduce que el abuso sexual por parte de la pareja (esposo o conviviente) fue una de las causas por las cuales algunas mujeres resultaron embarazadas en contra de su voluntad, en varias ocasiones.

- 6.11** Se infiere que el aborto fue visto como la última alternativa para culminar con el embarazo no deseado, primero para resguardar la reputación social, y luego para mantener las buenas relaciones intrafamiliares.
- 6.12** De las mujeres que practicaron el aborto, se identifica que la secuela más importante que este evento provocó fue en la salud mental, ninguna de ellas recibió atención psicológica.
- 6.13** Se establece que algunas mujeres contaron con una red de apoyo integrada por la pareja, amigas y/o compañeras de trabajo para llevar a cabo el aborto.
- 6.14** En la realización del aborto algunas mujeres tuvieron la ayuda económica del conviviente mientras que otras cubrieron el gasto por su propia cuenta.
- 6.15** En cuanto a la edad de las mujeres, no se encontró diferencias en la información recopilada.

7. RECOMENDACIONES

7.1 Al área de salud de la región

- 7.1.1** Reforzar los programas de paternidad y maternidad responsable específicamente en la población juvenil, en cuanto a los programas de planificación familiar impartirlos con base a la equidad de género en los centros asistenciales que prestan este servicio.
- 7.1.2** Sensibilizar al personal de salud sobre los derechos reproductivos de las mujeres y la necesidad de dar la información completa ajustada a las características comunitarias como nivel de escolaridad, etnia, condición social y creencias.
- 7.1.3** Promover de manera más efectiva los programas de planificación familiar para disminuir los efectos negativos en la economía de la mujer o la familia.
- 7.1.4** Promocionar la participación del hombre en la salud reproductiva.
- 7.1.5** Implementar una clínica de atención para las mujeres que han tenido abortos de manera que se les brinde atención por medio de un equipo multidisciplinario como: gineco-obstetras, psicólogos, nutricionistas y trabajadora social, para brindar soporte y orientación.

7.2 Organismos no gubernamentales y las instituciones públicas que trabajan con mujeres

- 7.2.1** Reforzar las capacitaciones sobre violencia sexual contra las mujeres, recalcando los derechos de las mujeres, principalmente los derechos reproductivos, de la misma manera referirlas a centros asistenciales que proporcionen los servicios de planificación familiar.
- 7.2.2** Crear programas de apoyo especial para madres solteras o jefas del hogar para ayudarlas a mejorar la precariedad de sus condiciones de vida, como brindar oportunidades para que las mujeres adquieran una autonomía económica.

- 7.2.3** Reforzar los programas sobre la igualdad de género a través de todos los ámbitos.
- 7.2.4** Reforzar las capacitaciones sobre interculturalidad a personal de salud, personal de educación y operadores de justicia.
- 7.2.5** Reforzar los programas de atención integral a las mujeres víctimas de violencia sexual.
- 7.2.6** Velar por el cumplimiento de la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar.

7.3 A la Universidad de San Carlos de Guatemala

7.3.1 Docencia:

Impulsar la educación superior para abordar el tema de interculturalidad a manera de poder conocer el pensamiento de las diferentes culturas y poder comprender más la relación entre la familia, la comunidad y la salud reproductiva.

7.3.2 Investigación:

Realizar más investigaciones sobre embarazos no deseados, salud reproductiva y abortos para que continúen aportando nueva información sobre estas condiciones, con el fin de aumentar la documentación de las experiencias y perspectivas de las mujeres ante esta diversidad de problemas sociales, para proporcionar una visión más completa y fomentar un cambio por medio de intervenciones de los entes involucrados.

7.3.3 Servicios:

Dar a conocer la interculturalidad con la que cuenta el país a los estudiantes que prestan servicios en hospitales departamentales como los que realizan el ejercicio profesional supervisado rural para abordar la información, estrategias y el plan educacional a las personas en base a las creencias comunitarias. En cuanto a la salud reproductiva recalcar la magnitud del problema de no dar una correcta orientación tanto a hombres como mujeres sobre la planificación familiar, además de dar información

que sea comprensible y resolver dudas desde el punto de vista de la comunidad.

7.4 Sección departamental de educación

- 7.4.1** Para evitar las secuelas de un embarazo no deseado a cualquier edad, es recomendable que la información sea parte del currículo en la escuela primaria y secundaria, de manera que la información permita una sexualidad responsable y que no degenera en frustraciones juveniles y en el peor de los casos, abortos que pueden dañar para siempre la salud de la mujer.
- 7.4.2** Capacitar y sensibilizar a los maestros y padres de familia la magnitud de no dar asesoramiento a los estudiantes e hijos sobre la salud reproductiva, como medio para evitar embarazos no deseados.

8. APORTES

8.1 Presentación de la investigación:

Se organizó un evento especial en el lugar de estudio para dar a conocer la presente investigación. Para ese fin se procedió a la elaboración de invitaciones especiales dirigidas a las entidades que trabajan con los problemas relacionados con los hallazgos de la investigación. Las personas invitadas fueron de instituciones públicas y organismos no gubernamentales.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guatemala. Instituto Guatemalteco de Turismo. Plan estratégico de dinamización turística, departamento de Chimaltenango. Guatemala: INGUAT, 2007.
2. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan estratégico territorial de salud Chimaltenango. Guatemala: MSPAS, 2009.
3. Mysu.org, consecuencias del embarazo no deseado [sede Web]. Uruguay: mysu.org; 2009- [actualizado 6 de junio 2009; accesado 5 de octubre 2009]. Disponible en: <http://www.mysu.org/Consecuencias-del-embarazo-no.html>
4. Ureña D. La realidad del aborto. Asociación Científica Peruana [revista en línea] 2008 [accesado 12 de septiembre 2009]. Disponible en: <http://www.antesdelfin.com/abortofrente.html>
5. Langer A. El embarazo no deseado impacto sobre la salud y la sociedad en América latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública [revista en línea] 2002 [accesado 10 de julio 2009]; 11(3). Disponible en: <http://www.temasdeactualidad.embarazo.shtml>
6. Kestler E. Datos sobre salud sexual y reproductiva de la juventud guatemalteca. Instituto Guttmacher [revista en línea] 2008 mayo [accesado 12 de junio 2009]; (21). Disponible en: http://translate.google.com.gt/translate?hl=es&sl=en&u=http://www.scielosp.org/scielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS1020-49892000000100007&ei=OJOxSobdEIShtgecgPSbCA&sa=X&oi=translate&resnum=1&ct=result&prev=/search%3Fq%3Dkestler%2Bpregnancy%2Brelated%2Bmortality%2Bin%2Bguatemala%26hl%3Des%26lr%3Dlang_es%26sa%3DG
7. Prada E, Sten C. Aborto y atención postaborto en Guatemala. Instituto Guttmacher [revista en línea] 2005 diciembre. (18). [accesado 10 de julio 2009]. Disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3213606S.pdf>
8. Kestler E, Prada E. Embarazo no planeado y aborto inseguro en Guatemala, causas y consecuencias. Rev Instituto Guttmacher (New York) 2006; (20): 9-20.

9. Esmas.com, consecuencias de un embarazo [sede Web]. México: Esmas.com; 2009- [actualizado 30 de septiembre 2009; accesado 7 de octubre 2009]. Disponible en: <http://www.esmas.com/salud/saludfamiliar/adolescentes/392469.html>
10. Colomer J. Prevención de un embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual en adolescentes. Previnfad [revista en línea] 2003 octubre [accesado 7 de octubre 2009]; (13). Disponible en: http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_endits.pdf
11. Lener S, Salas A. El aborto en América latina y el Caribe una revisión a la literatura de los años 1990 a 2005. La Chronique [revista en línea] 2008 marzo [accesado 3 de septiembre 2009]; (55). Disponible en: http://www.ceped.org/cdrom/avortement_ameriquelatine_2006/sp/sommaire.html
12. Ramos Escobar, AL. Perfil clínico y epidemiológico de la mujer adolescente con embarazo no deseado en el departamento de Petén: estudio descriptivo prospectivo transversal realizado a mujeres adolescentes embarazadas que consultaron a los centros de salud de salud del departamento de Petén durante los meses de octubre 2001 a enero 2002. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 2002.
13. Magzul Tucux, MR. Control prenatal, parto y postparto en la adolescente Hospital Nacional de Chimaltenango: estudio descriptivo realizado a mujeres entre 12 y 19 años que asistieron al Hospital Nacional de Chimaltenango para atención del parto en los meses de junio y julio del año 2002. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 2002.
14. Wikipedia.org, Embarazo [sede Web]. Wikipedia.org; 2008- [actualizada 2 de julio 2009; accesado 14 de septiembre 2009]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo>
15. Enfemenino.com, consecuencias del embarazo no deseado [sede Web]. España: Enfemenino.com; 2008- [accesado 5 de octubre 2009]. Disponible en: http://www.foro.enfemenino.com/forum/f95/_f5241_f95-Consecuencias-del-embarazo-no-deseado.html
16. The Johns Hopkins School of Public Health. Consecuencias sociales y económicas de la procreación temprana. The Johns Hopkins School [revista en línea] 1995 octubre

- [accesado 8 de octubre 2009]; 23(3). Disponible en:
http://www.info.k4health.org/pr/prs/sj41/sj41chap2_5.shtml]
17. Guatemala. Presidencia de la República, Secretaría de Bienestar Social, movimiento social por los derechos de la niñez, adolescencia y juventud. Política pública de protección integral y plan de acción nacional a favor de la niñez y adolescencia 2004-2015. Guatemala: Secretaría de Bienestar Social, 2006.
 18. Guatemala. Consorcio por los Niños de la Calle, Policía Nacional Civil. Sensibilización y capacitación en los derechos del niño y protección del niño en situación de vulnerabilidad. Guatemala: CONACMI, 2006.
 19. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia social. Informe ejecutivo de encuesta nacional de salud materno infantil [en línea] Guatemala: MSPAS, 2002. [accesado 30 de julio 2009]. Disponible en:
<http://www.nutrinet.org/encuestanacionaldesalud.htm>
 20. ----- . Encuesta nacional de salud materno infantil. Guatemala: MSPAS, 2002.
 21. Reynolds L, Lam J. Persiste la práctica del aborto clandestino. El Periódico. Domingo 27 de septiembre de 2009; Nacionales: p.6.
 22. Saéñz S. Morbilidad por aborto en Guatemala. Instituto Guttmacher [revista en línea] 2006 octubre [accesado 7 de julio 2009]; (27). Disponible en:
<http://www.guttmacher.org/pubs/2006/11/09/rib-Guatemala.pdf>
 23. Phillip G. Planeación familiar. En: Berek J. Ginecología de Novak. 13 ed México: McGraw-Hill Interamericana; 2006: p.191-205.
 24. Cuidados de salud femenina [sede Web]. España: Bayer Schering Pharma, 2009 [accesado 16 de septiembre 2009]. Investigación y desarrollo. Disponible en:
<http://www.bayerscheringpharma.cl/investigacionydesarrollo/index.asp#>
 25. Programa de Atención Primaria en Salud. Participación de la mujer en decisiones relacionadas con la salud reproductiva. Guatemala: PAPS, 2004.
 26. Universidad de Costa Rica. Embarazo no deseado en la población indígena y mestiza de Chiapas. Red de Revistas de América Latina y el Caribe [revista en línea] 2005 diciembre [accesado 9 de octubre 2009]; (5). Disponible en:
<http://www.redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/446/44650201.pdf>

27. Naciones Unidas [sede web] Violencia sexual. España: Organización Mundial de la Salud, 2005 [accesado 3 de marzo 2010]. Disponible en : <http://www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletin/mujer/ip3.html>
28. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Análisis situacional de la violencia contra la mujer. Informe final. Guatemala: RSMLAC, 2009.
29. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Mapeo de actores relacionados con el abordaje de la violencia contra la mujer. Guatemala: RSMLAC, 2009.
30. Centro Internacional para Investigaciones en Derechos Humanos. Situación de los derechos económicos, sociales y culturales de Guatemala. Informe 2009. Guatemala: CIIDH, 2009.
31. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. [sede web]. Informe nacional de desarrollo humano 2007/2008. Guatemala: PNUD, 2008 [accesado 1 de julio 2010]. Disponible en: <http://www.undp.org.gt/>
32. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe preliminar de encuesta nacional de salud materno infantil 2008-2009. Guatemala: MSPAS, 2009.
33. Programa Económico y Social de la Mujer Kichin Konojel. Nosotras las del futuro. Curso nacional de educación cívico política de mujeres mayas. Guatemala: KK, 2004.
34. Reynoso C. Aumentan los embarazos en adolescentes. Prensa Libre, domingo 18 de octubre de 2009; Nacionales, p.2-3.
35. Álvarez A. El aborto es práctica común. Prensa Libre, domingo 24 de enero de 2010; Nacionales, p.12-13.
36. Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Estudio del acceso a los servicios e insumos de planificación familiar. Guatemala: USAID, 2009.
37. Programa Económico y Social de la Mujer Kichin Konojel. Ley contra el femicidio y otras formas de violencia contra la mujer. Versión Popular. Guatemala: KK, 2010.
38. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Protocolo de atención a víctimas de violencia intrafamiliar. Guatemala: MSPAS, 2008.

39. Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala [sede Web] Código deontológico. Guatemala: COLMEDEGUA, 2010. [accesado 17 de julio 2010]. Disponible en:<http://www.colmedegua.com/>
40. Mays N, Pope C. Qualitative research in health care: assessing quality in qualitative research. Br Med J. (Reino Unido) 2000; 320 (7226): 50-52.
41. ----- . Qualitative research in health care: analyzing qualitative data. Br Med J. (Reino Unido) 2000; 320 (7227): 114-116.
42. Organización Panamericana de la Salud. Investigación aplicada en salud pública: métodos cualitativos. Washington, D.C.: OPS, 2006. (Publicación científica y técnica; 614).
43. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill Interamericana, 2008.

10. ANEXOS

Anexo 1. Guía de la entrevista

Fecha: _____

Hora: _____

Lugar: _____

Código: _____

PARTE I

Datos Generales

Edad: _____

Grupo étnico: _____

Estado civil: _____

Ocupación: _____

Religión: _____

Escolaridad: _____

PARTE II

1. ¿Cuántos hijos tiene y cuántos pensaba que era adecuado tener antes de ser madre por primera vez?
2. ¿Algunos de sus embarazos fueron mejor que otros?
3. ¿Tuvo algún embarazo difícil? ¿Por qué?
4. ¿Cree usted que hubiera sido mejor que alguno de sus hijos naciera en otro momento? ¿Por qué?
5. ¿Tenía una relación de pareja en ese momento?
6. ¿Quedó embarazada mientras vivía con su familia? ¿Produjo esto algún tipo de disgusto? ¿Por qué?
7. ¿Lamenta haber quedado embarazada ante una situación difícil para usted, su familia o su pareja?

PARTE III

1. ¿Al estar embarazada o al tener sus hijos mejoró o empeoró su situación económica? ¿Por qué?
2. ¿En ese momento de quién dependía usted económicamente? ¿Cómo se sentía?
3. ¿Su pareja o su familia le recriminaba por los gastos económicos que hicieron durante su embarazo y manutención de su hijo/a? ¿Por qué?
4. ¿Cree que hubiera sido mejor no tener alguno de sus hijos porque la falta de dinero le perjudicaba a usted, su familia y su pareja?

PARTE IV

1. ¿Qué es para usted educación sexual?
2. ¿Cree que hubiera sido importante saber información sobre este tema antes de quedar embarazada? ¿Por qué? ¿Qué persona le hubiera gustado que hablara con usted sobre este tema?
3. Si hubiera sabido cómo cuidarse usted y su pareja, ¿cree que hubiera quedado embarazada?
4. ¿Habla usted con su pareja sobre métodos anticonceptivos, cuándo tener relaciones y el embarazo? ¿Cómo se siente al respecto?
5. ¿La religión que profesa le permite el uso o no uso de métodos anticonceptivos? ¿Por qué?

PARTE V

1. ¿Qué es para usted planificación familiar?
2. ¿Qué sabe usted sobre métodos anticonceptivos? ¿Dónde obtuvo esa información?
3. ¿Está de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos? ¿Por qué?
4. ¿Cree que hay una diferencia entre usted y su pareja para aceptar el uso de métodos anticonceptivos? ¿Por qué?
5. ¿Ha usado algún método de planificación Familiar?
6. ¿Quién se lo recomendó y por qué?
7. ¿En dónde lo obtuvo?
8. ¿Si ha usado algún método, este alguna vez le ha fallado dando como resultado un embarazo? si fue así, ¿cómo se sintió usted?

PARTE VI

1. ¿Qué es para usted abuso sexual?
2. ¿Ha sido usted abusada sexualmente por su pareja u otra persona?
3. ¿Ha quedado embarazada por ser abusada sexualmente?
4. Si usted quedó embarazada, ¿qué pensó hacer con su embarazo y cómo se sintió?

PARTE VII

1. ¿Qué es para usted el aborto?
2. Si usted tuvo un embarazo difícil o no lo quería, ¿pensó en abortar o abortó? ¿Por qué?
3. Si usted abortó, ¿qué la impulsó a abortar y quién la apoyó?
4. ¿Mejoraron o empeoraron sus problemas después del aborto?

Anexo 2. Cartas de consentimiento informado

Chimaltenango, marzo/abril 2010

Estimada señora/señorita:

Ha sido elegida a participar en el estudio sobre factores condicionantes del embarazo no deseado es decir, las condiciones en las cuales un embarazo se da sin que se haya previsto y como afecta la vida de la mujer embarazada como a su familia. Fue elegida por recomendación de una persona conocida de usted, por lo que le solicitamos que platique con nosotras con confianza, sobre las condiciones en que tuvo sus embarazos, el resultado de los mismos y cualquier otra información que quiera y pueda proporcionarnos al respecto.

Su participación es totalmente voluntaria y por lo tanto usted puede suspender la entrevista en cualquier momento si se siente incómoda de hablar de este tema.

Este estudio es importante para buscar los apoyos para que aquellas mujeres que no desean quedar embarazadas no se vean obligadas a ello contra su voluntad y necesidades, así como lograr que el Estado establezca las condiciones indispensables para que las mujeres, en sus diferentes edades solo tengan el número de hijos que deseen y puedan tener.

Durante esta entrevista, si usted autoriza, se pondrá una grabadora para no tener que escribir todo lo que nos cuente. En ningún momento se mencionarán su nombre ni su apellido, nos referiremos a usted solo como señora o señorita y si no le parece que la información quede grabada se omitirá el uso de la misma pero se tomará nota de los aspectos más importantes.

He leído y entendido la información proporcionada por el entrevistador por lo que consiento en participar y ser parte de esta investigación.

Firma del participante: _____

Firma del investigador: _____

Rat Ixoq/q'opoj ixoq

Rat xat kicha' chin ya k'uje' chupan ri tijonik paruwí' ri ixoq manrajo' ta nu royob'äj ak'wal, chuqa' ri ru k'ayewal ru kamon pe ra ruk'aslem ri ixoq chuqa' chkikojöl ri rach'alal. At cha'on ruma xat ki' ch'lab'ej pe ruma jun chik winäq ri reta'n jebël awäch, ruma ri niqa k'utuj chawe chin yatzijonta qik'in ya jelunta pe, chin niqa tzijöj rij achike rob'eyal xab'an täq awoyob'an ak'wal, ri xb'anatäj chuqa ch'aqa' chik jalajöj täq k'ayewal tikirel naya' chiqe.

Ri ya k'uje' we nawajo', we rat nawajo' na pab'a' ri tzijonem xab'a achike ramaj we nawajo' ta ya ch'on paruwí' ri ak'ayewal.

Re tijonik re' janila okël chin niqa kanuj to'ik kichin ch'aqa' chik ixoqui' rin nan kajo'ta ni woyob'äj ak'wal, man ki b'änta chike we rijo man kajo' ta chuqa man kirayijta, chuqa niqab'an chi ri tinamit nuya' ri k'atzinel chike ri ixoqi' ri jalajöj ki juna', chin ni k'uje' ri ak'wala' ri ruje nikajo' o tikirel nikiwilij.

Chupan ri tzijonem chiqä kojöl, we rat nawajo', niya'ox jun yaköl tzij, chin manqa tz'ibajta ronojel ri na tzijoj chiqe. Majun niqanataj ab'í', xaxe' niqab'ij, rat ixoq rat q'opöj, we man ütztan a wak'a xaj ri tzijonem ni yake' kan, manqa kusajta, xaxe' nqa kusaj ri okël chupan ri tzijonem.

Xin sik'ij y xq'ax chin wäch re nub'ij re wuj re' ri xub'ij ri k'utunel, ruma ri ni b'ij chin nwajo' yi kuje' chupan re jun cholaj samaj.

Juch' chin ri winaq_____

Juch' chin ri nk'amotzij_____