

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CULTURALES QUE PROVOCAN
DEMANDA INSATISFECHA EN LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
EN LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL MUNICIPIO DE SANTO DOMINGO
XENACÓJ, DEPARTAMENTO DE SACATEPÉQUEZ DE MAYO A JUNIO DEL 2015**

Tesis

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

Sara Ester López Hidalgo

Médico y Cirujano

Guatemala, julio de 2015

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

El estudiante:

1. Sara Ester López Hidalgo 200910594

han 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 SOCIODEMOGRÁFICOS Y CULTURALES QUE PROVOCAN DEMANDA INSATISFECHA EN LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL MUNICIPIO DE SANTO DOMINGO XENACÓJ, DEPARTAMENTO DE SACATEPÉQUEZ DE MAYO A JUNIO DEL 2015

Trabajo asesorado por la Licda. Alma Judith Armas de Jiménez y revisado por la Dra. Mirna Noemí Solares López, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, a los veintiún días de julio del dos mil quince.


DR. MARIO HERRERA CASTELLANO
DECANO EN FUNCIONES



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

1. Sara Ester López Hidalgo 200910594

ha presentado el trabajo de graduación titulado:

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CULTURALES QUE PROVOCAN DEMANDA INSATISFECHA EN LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL MUNICIPIO DE SANTO DOMINGO XENACÓJ, DEPARTAMENTO DE SACATEPÉQUEZ DE MAYO A JUNIO DEL 2015

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

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Dr. César Oswaldo García García
Coordinador

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

Guatemala, 21 de julio del 2015

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

Dr. García:

Le informamos que la estudiante abajo firmante:

1. Sara Ester López Hidalgo



Presentó el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CULTURALES QUE PROVOCAN
DEMANDA INSATISFECHA EN LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
EN LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL MUNICIPIO DE SANTO DOMINGO
XENACÓJ, DEPARTAMENTO DE SACATEPÉQUEZ DE MAYO A JUNIO DEL 2015

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

Licda. Alma J. Armas de Solares
Col. E. L. 627

Asesora

Licda. Alma Judith Armas
Firma y sello

Das. Mirna Noemí Solares López
Medicina y Cirujana
Col. No. 8,112

Revisora

Dra. Mirna Noemí Solares López
Firma y sello

De la responsabilidad del trabajo de graduación:

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

ACTO QUE DEDICO

A DIOS PADRE, que me permitió ser, que bendice mi vida, me ilumina en cada paso, en cada decisión su mano me sostiene. Me colocó en un hogar y con una familia quien me enseñó antes que todo amarlo y luego todo ha sido añadido, solo Él ha podido darme la inteligencia y la sabiduría para llegar hasta el día de hoy donde estoy, y a Él debemos toda honra y toda gloria.

A MIS PADRES, Víctor y Herminia, que siempre han confiado en mí, lo mejor de mí son ellos, todos los días han tenido un consejo sabio, un abrazo fuerte, un beso sincero cuando he sentido caer su amor me levanta, su existencia me da paz, confianza y apoyo, gracias por haber sacrificado tantas cosas para que yo lo tuviera todo, hasta lo más valioso; el no estar juntos. Gracias a los dos porque por ustedes soy, este logro es más de ustedes que mío. Y como una madre hace años mi mamá Lolita bendijo mi vida, sus bendiciones siguen en mí y sé que estaría orgullosa, QEPD.

A MIS HERMANOS, Cesia, Víctor y Hamilton que siempre hemos estado ahí los cuatro para los cuatro, ser la más pequeña de los hermanos siempre tuvo sus ventajas, gracias por tomarse mis problemas y necesidades propios, jamás me han dejado sola. Entre regaños, enojos, risas, apoyo, lágrimas, triunfos, alegrías e incluso la distancia los cuatro nos hemos apoyado, no pude tener mejores hermanos, aunque estemos lejos nuestro corazón siempre estará unido. Gracias a mi segundo papá mi hermano mayor, Negrito; gracias por creer en mí cuando te dije quiero ser médico con voz aún de inmadurez e inseguridad, gracias por apoyarme estos años, gracias porque por tu esfuerzo nunca me ha faltado nada incluido amor y consejos, sé que nada me puede pasar porque mi hermano mayor está ahí cuidándome la espalda siempre. Y a mis casi hermanos, mis cuñados, Alejandra; gracias porque desde que llegaste a la familia has sido como una hermana, gracias por apoyarme, defenderme, consolarme y aconsejarme siempre. Maynor gracias por tu sincera amistad y por sacarme siempre una sonrisa, ambos son una bendición a nuestra familia.

A MIS SOBRINOS Y SOBRINA, que sus caritas y ocurrencias alegran mis días. Siempre han sido mis pacientes más fieles.

A LA FAMILIA, a todos aquellos primos, primas, tíos y tías que siempre han tenido una palabra de apoyo y aliento a lo largo de de estos siete años.

A MIS AMIGOS, esas personas que son como familia, que te levantan, te alientan, te regañan, te dan un hombro donde llorar, que comparten tus alegrías, que te tienden la mano, que no te dejan caer, algunos tengo años de conocerlos desde la primaria y a otros solamente meses, pero sin duda alguna todos han hecho de mí una mejor persona, llenan mi corazón y mi vida. No cabe duda " El amigo siempre es amigo, y en los tiempos difíciles es más que un hermano" pro. 17:7.

A CADA PACIENTE, que me dio la oportunidad de aprender con sus cuerpos y bajo su sufrimiento, algunos de ellos hasta sus últimos días.

A LOS PROFESORES de la Universidad de San Carlos que han dedicado su vida a la enseñanza y que disfrutaban de ello, gracias por su paciencia, por habernos formado y preparado para la vida. Gracias también a cada residente, jefe de servicio, internos y externos que en la vida hospitalaria tan corrida y cansada se tomaron aunque sea un minuto para enseñarme algo sin interés alguno.

A MI REVISORA Y ASESORA DE TESIS, muchas gracias Dra. Solares y Lic. Alma Judith ya que siendo mujeres exitosas y bastante ocupadas se tomaron el tiempo para apoyarme en este proceso.

A MIS PADRINOS, gracias por acompañarme y ser parte de este logro que sin duda es un recuerdo para toda la vida, gracias por los esfuerzos que hicieron para poder acompañarme.

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS, porque simplemente no existe otra. Nos debemos al pueblo y a ellos vamos a servir.

"En una mano el medicamento, en la otra el alivio, en la mente el conocimiento y en el corazón el amor al prójimo"

Id y enseñad a todos.

Sara E. López Hidalgo

RESUMEN

OBJETIVO: Describir los factores sociodemográficos y culturales que provocan una demanda insatisfecha en métodos de planificación familiar en Santo Domingo Xenacoj, departamento de Sacatepéquez en mayo-junio 2015. **POBLACIÓN Y MÉTODOS:** Estudio de corte transversal tipo descriptivo donde se tomó una muestra aleatoria de 259 mujeres en edad fértil. **RESULTADOS:** La edad más frecuente presentada fue de 34 años, un 86.5% mayas cakquichel, 60% católicas, 64% casadas, un 21.2% presentó analfabetismo y 56.7% solamente estudiaron primaria. El 41% refirieron fecundidad de 3 a 5 gestas, 61% con inicio de la vida sexual entre los 10 a 19 años de edad y 39% con periodos intergenésicos de 1 a 2 años. Un 59% fueron catalogadas con poco conocimiento sobre métodos anticonceptivos, siendo el servicio de salud la fuente de información para un 71% de ellas. Del total de la muestra 56% refirió haber utilizado anticonceptivos, de quienes 57.2% le atribuyeron enfermedad por lo cual lo abandonaron, del otro 44% que nunca habían utilizado un 43% refirió dudas e inseguridad y del total de las parejas de las entrevistadas 51% estaban de acuerdo en planificar. **CONCLUSIONES:** Como factores sociodemográficos que provocan demanda insatisfecha en métodos de planificación familiar se mencionan etnia, religión, analfabetismo y escolaridad baja, así como el inicio temprano de la vida sexual. Entre los factores culturales se obtuvo que las participantes no conocen o saben poco sobre métodos anticonceptivos, obteniendo información del servicio de salud, mencionaron entre razones de abandono o de nunca haber utilizado, enfermedad, inseguridad y dudas. Respecto a las parejas de las entrevistadas, la mitad refirió estar de acuerdo.

Palabras claves: Métodos anticonceptivos, demanda insatisfecha, planificación familiar.

ÍNDICE

	Página
1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	3
3. MARCO TEÓRICO	
3.1 Sociodemografía	5
3.1.1 Edad.....	5
3.1.2 Etnia.....	5
3.1.3 Religión.....	5
3.1.4 Estado civil.....	7
3.1.5 Escolaridad.....	7
3.1.6 Acceso a los servicios de salud.....	8
3.2 Aspectos socioculturales.....	9
3.3 Planificación familiar.....	11
3.4 Métodos anticonceptivos.....	12
3.5 Salud reproductiva.....	19
3.6 Demanda insatisfecha.....	23
3.7 Ubicación departamental.....	24
4. POBLACIÓN Y MÉTODOS	
4.1 Tipo y diseño de la investigación.....	25
4.2 Unidad de análisis.....	25
4.3 Población y muestra.....	25
4.4 Selección de sujetos a estudio.....	26
4.5 Medición de variables.....	27
4.6 Técnica, procedimiento e instrumento a utilizar.....	33
4.7 Análisis de datos.....	34
4.8 Alcances y límites de la investigación.....	34
4.9 Aspectos éticos de la investigación.....	35
5. RESULTADOS.....	37
6. DISCUSIÓN.....	43
7. CONCLUSIONES.....	47
8. RECOMENDACIONES.....	49
9. APORTES.....	51
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
11. ANEXOS.....	59

1. INTRODUCCIÓN

Por varias décadas la inequidad en el acceso a servicios e insumos de salud en general ha prevalecido en la mayoría de países en donde Guatemala no ha sido la excepción, principalmente en el tema de planificación familiar, el acceso a estos servicios en el área rural, poblaciones indígenas, población con escasa educación y de escasos recursos es deficiente.

Guatemala es un país cuya población es mayoritariamente joven, con hogares numerosos, con una proporción mayor de mujeres. Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), posee la tasa de fecundidad más alta de toda Latinoamérica, datos poco alentadores en un país con amplia desigualdad y falta de oportunidades. (1,2). De acuerdo a cifras de Asociación Pro-Bienestar de la Familia APROFAM en Guatemala el 54.1% de mujeres en edad reproductiva usan métodos de anticoncepción y el resto no, lo que incrementa el riesgo de embarazos no deseados, morbi-mortalidad materna y/o neonatal, entre otros. (3,4)

Sacatepéquez se encuentra ubicado en la región V (central) del país con una población integrada con el 49.2% de hombres y 50.8% de mujeres, y población indígena del 36.4% (4,5). En años anteriores ha reportado muertes maternas prevenibles en el municipio de Santo Domingo Xenacoj, así como partos atendidos no institucionalmente o de manera comunitaria, embarazos de alto riesgo en mujeres menores de 19 años, controles prenatales tardíos, renuencia para realizarse exámenes de Papanicolaou, baja cobertura en el uso de métodos anticonceptivos y desinformación de los mismos; lo cual lo ha convertido en un municipio de riesgo en comparación con los demás que conforman el departamento. (Alma Judith Armas Coordinadora programa de Salud Reproductiva Sacatepéquez, comunicación personal, 20 oct 2014).

Tomando en cuenta lo anterior se decidió realizar la investigación en este municipio, ya que sus condiciones son favorables, tomando en cuenta que en relación a los demás municipios de Sacatepéquez, éste presenta bajas coberturas en el componente de planificación familiar. Se planteó la pregunta principal: ¿Qué factores sociodemográficos y culturales provocan demanda insatisfecha en planificación familiar?

El estudio realizado es de tipo transversal descriptivo, en el cual el objetivo general era describir los factores sociodemográficos y culturales que provocan una demanda insatisfecha en métodos de planificación familiar en Santo Domingo Xenacoj, departamento de Sacatepéquez, del cual surgen los objetivos específicos: identificar los factores demográficos, sociales, culturales que están provocando esta demanda.

Los resultados obtenidos muestran a Santo Domingo Xenacoj con un 86.5% de población indígena, un 4.2% no profesa ninguna religión, en su mayoría se encuentran mujeres casadas, con analfabetismo en un 21.2%, así como mujeres con baja escolaridad; 56.7% solamente con estudios primarios. Como dato positivo el 99% de las mujeres encuentran el servicio de salud a menos de una hora de distancia, dato alentador el cual facilita la asistencia. Se encontró una alta tasa de fecundidad lo cual podría relacionarse al dato de inicio temprano de la vida sexual activa, y por ende periodos intergenésicos cortos con una media de dos años. El 70% de las mujeres fueron categorizadas como que no conoce o saben poco sobre planificación familiar, siendo su medio de información más importante el servicio de salud, y como segundo plano lo que han escuchado de vecinas, amigas o familiares.

Entre las razones por las cuales abandonan un método de planificación familiar mujeres que ya alguna vez en su vida han utilizado predomina el que les haya ocasionado algún daño a la salud, refiriendo como tal, lo que la literatura reporta como efectos adversos de la anticoncepción y no como enfermedad. Y entre las que nunca los han usado; casi la mitad de ellas se siente insegura y refieren dudas, seguido por razones como que no tienen tiempo, o que lo consideran un pecado, dudas que también presentan las parejas de las entrevistadas ya que solamente el 50% de ellos están de acuerdo. Considerando como aspectos socio culturales predominantes: la etnia, la religión, la escolaridad, el inicio de la vida sexual temprana, el poco o nada de conocimiento respecto a los métodos de planificación familiar generando así atribución de enfermedades y esterilidad, inseguridad, dudas y mostrando poco interés sobre el tema. Se puede concluir que si existen aspectos sociodemográficos y culturales que están aportando, esta demanda insatisfecha.

2. OBJETIVOS

2.1 General

Describir los factores sociodemográficos y culturales que provocan demanda insatisfecha en métodos de Planificación Familiar en las mujeres en edad fértil del municipio de Santo Domingo Xenacoj, en el departamento de Sacatepéquez, en mayo-junio 2015.

2.2 Específicos

Identificar:

- 2.2.1 Cuáles son los factores demográficos que provocan una demanda insatisfecha en métodos de Planificación Familiar.
- 2.2.2 Cuáles son los factores sociales que provocan una demanda insatisfecha en métodos de Planificación Familiar
- 2.2.3 Cuáles son los factores culturales que provocan una demanda insatisfecha en métodos de Planificación Familiar

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Sociodemografía

3.1.1 Edad:

La edad es un factor importante de la fecundidad, la misma al momento del matrimonio o unión de hecho estable, es una variable demográfica que puede jugar un rol significativo en la reducción general de la fecundidad, asumiendo que la actividad sexual femenina se limita principalmente al matrimonio. El iniciar relaciones sexuales tardías se acorta la duración de la edad reproductiva de la mujer, y es probable que tenga menos hijos, según lo indica la V encuesta nacional de salud materno infantil 2008-2009 que las edades donde la fecundidad es mayor son las edades de 20 a 34 años y de las 16,819 mujeres entrevistadas, 57.2 % tenían en el momento de la entrevista menos de 30 años de edad, porcentaje que coincide con los datos de las proyecciones de población para el país. (7)

En Guatemala la demanda de planificación familiar 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. (8)

3.1.2 Etnia:

Una etnia es una población humana en la cual los miembros se identifican entre ellos, normalmente con base en una real o presunta genealogía y ascendencia común, o en otros lazos históricos. (9)

Pese a la pluriculturalidad de Guatemala, el comportamiento sexual de los hombres es muy similar en todos los grupos étnicos y el denominador común es no discutir abiertamente el tema frente a las mujeres. (3)

3.1.3 Religión:

En América Latina, la religión de manera general no aparenta ejercer gran influencia sobre la utilización de los métodos anticonceptivos. Sin embargo,

aunque la religión no tenga efectos sobre las decisiones individuales, en algunos países ejercen un efecto importante sobre la disponibilidad de los métodos anticonceptivos, pues los dirigentes políticos y los proveedores de los servicios de planificación familiar vacilan en ofrecer este tipo de servicio por temor a enfrentarse a poderosas instituciones religiosas, según lo indica el estudio realizado en la organización siervas de los traspasados de Jesús y María en su artículo de planificación familiar. (9)

El discurso de las iglesias cristianas se sigue articulando sobre tres ejes fundamentales:

- La mujer debe estar subordinada al hombre.
- La relación sexual tiene únicamente propósitos de reproducción biológica, la mujer no puede decidir cuántos hijos tener, dado que estos son voluntad de Dios.
- El destino de la mujer es ser esposa y cuidar de la familia y el hogar. (9)

En nuestras comunidades prevalece la religión católica y evangélica, pero, a parte también existe las creencias propias de la región, los mitos, los encantamiento que tiene sus años en los más ancianos. Actualmente existe el 50% tanto católicos y evangélicos de acuerdo al censo elaborado anualmente, las iglesias cada día participan más entorno a la temática de Salud Reproductiva. (10)

En la mayoría de los sectores de la sociedad guatemalteca, según el estudio de APROFAM (1995), la procreación de hijos se considera un mandato de Dios y, por lo tanto, sagrado, la procreación de hijos constituye una de las razones principales de los seres humanos y la función central del matrimonio. Entre las poblaciones mayas, tener familia numerosa fue tradicionalmente estimado como muy positivo. (3)

La religión condena las relaciones extramaritales por constituir un pecado y el uso de métodos anticonceptivos ya que “se debe de tener cuanto hijo Dios mande”. Las creencias enumeradas se hallan diseminadas en cualquier sector económico y social. (9)

3.1.4 Estado civil:

El tener múltiples compañeros influye sobre el nivel de fecundidad, elevándolo. Si las mujeres son jóvenes y tienen un nivel de educación bajo, es más probable que se encuentren en unión libre y no formalmente casadas, como fue determinado en V encuesta nacional de salud materno infantil 2008-2009, Guatemala noviembre 2009, en donde las entrevistadas el 31.4% fueron solteras, 37.4 % estaban casadas, 22.7 % en unión libre y 2 % eran viudas. (7)

Los jóvenes casados expresaron esto explícitamente: “Nuestros padres dicen que ya no aguantamos mucho porque sólo llegamos a tener de 6 a 8 hijos, pero antes lo normal era tener 14 o 15 niños”. (12)

Entre los líderes y los hombres casados fue muy clara la desaprobación de la idea de tener una familia pequeña. Pensaban que tener una familia numerosa es bueno porque así habría alguien que les ayudara. También indicaron que el tener pocos hijos disminuiría la fuerza tanto de su raza como del país de Guatemala. Hablaron con desaprobación de los hombres que no podían mantener a sus familias y por esa razón no tienen muchos hijos. (11)

Entre las mujeres casadas o unidas el método anticonceptivo 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 (7)

3.1.5 Escolaridad:

El bajo nivel escolar es una seria limitante para la aceptación de los métodos de planificación familiar, ya que al no lograr captar el mensaje los potenciales usuarios recurren a fuentes de información inapropiadas, como son amigos o familiares con un nivel educativo similar. El analfabetismo y la baja escolaridad tanto de la mujer como del cónyuge, influyen directamente en el no uso de los métodos de planificación familiar, como lo indica el estudio factores que influyen en la aceptación o rechazo de métodos anticonceptivos en las mujeres en edad reproductiva de la comunidad de nuevo horizonte Santa Ana, Peten en julio 2008. (10)

En la V encuesta nacional de salud materno infantil 2008-2009, Guatemala noviembre 2009, de las mujeres entrevistadas el nivel de educación, desagregado por grupos de edad, muestra que los cambios son positivos en los grupos más jóvenes, el grupo más joven de 15 a 19, solo 7 % no tienen ningún nivel de educación, contrario al último grupo de 45 a 49 donde 38.5% que no tienen ningún nivel de educación. (18) El aumento en el uso de planificación familiar es más alto en las mujeres que tienen un nivel de educación mayor con 74.4%, todo lo contrario con las que no tienen ningún nivel de educación, cuyo porcentaje es de 39.9 %. (7)

3.1.6. Acceso a los servicios de salud:

La accesibilidad a la atención en planificación familiar en un servicio de salud, estará dada en la medida en que las personas en edad reproductiva, interesadas en reducir las probabilidades de un embarazo, puedan acceder a un servicio oportuno y a una atención de calidad, incluyendo acceder a una amplia gama de métodos anticonceptivos acorde a sus necesidades específicas. Al respecto, Bertrand y otros plantean la siguiente definición de acceso: “Es el grado en que los servicios de planificación familiar y suministros pueden ser obtenidos a un nivel de esfuerzo y costo aceptables para una gran mayoría de la población. Acceso en el sentido operativo se define en términos de presencia o ausencia de servicios de planificación familiar, de métodos anticonceptivos específicos o un paquete de servicios y métodos que satisfagan las necesidades y preferencias de la mayoría de la población objetivo” (13).

Los servicios de planificación familiar son de calidad cuando permiten su accesibilidad, y esto es importante debido a que representa el eje fundamental alrededor del cual gira la salud de toda la familia y de las futuras generaciones, permitiendo combatir muchos problemas de salud como lo son: los embarazos no deseados, el embarazo en adolescentes, la prematuridad y la mortalidad materna e infantil, entre otros. (13)

La Organización Panamericana de la Salud refiere que los servicios de salud sexual y reproductiva (incluyendo planificación familiar) de buena calidad: “son aquellos servicios que son accesibles y donde existe una buena interacción entre el prestador de servicios y las usuarias” (13).

Para gran parte de la población guatemalteca, el acceso a los servicios de salud es difícil. Generalmente están ubicados en poblaciones que tienen más de 2,000 habitantes, esta situación afecta principalmente a la población rural que vive en situación de pobreza y no tienen los recursos económicos para desplazarse hasta los servicios de salud. (14)

3.2 Aspectos socioculturales

Debido a que Guatemala es un país con una rica y variada cultura, los mitos y creencias se hallan profundamente arraigados entre la población, influenciando todos los aspectos de nuestra vida cotidiana. Los métodos de planificación familiar no son la excepción, como lo demuestra la gran cantidad de creencias que sobre los mismos existen en nuestro país. (15)

La cultura y la religión ejercen una influencia capital en las decisiones de la gente sobre el empleo de la planificación familiar y la aceptabilidad de ciertos métodos. En todo programa que aspire a ser eficaz habrá que esforzarse en comprender las creencias culturales y religiosas de la clientela y en adaptar en consecuencia los mensajes y estrategias. En general, los programas deben ser respetuosos con las creencias culturales y religiosas de sus clientes a menos que sean dañinas. (16)

En el marco de una sociedad como Latinoamérica donde se entremezclan una envidiable diversidad cultural, de grupos étnicos, valores éticos, morales y creencias religiosas, se genera un universo de factores que intervienen en la toma de decisiones frente a la salud sexual y reproductiva. La cultura se puede pensar, a pesar de las diferentes definiciones de este concepto, como los valores, normas y estilos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos de un grupo particular para guiar su pensamiento, decisiones y acciones de formas ya estipuladas (Leininger, 1995). Así, ésta direcciona los estilos de vida que influyen en las decisiones de la personas, permeando la vida diaria según las costumbres y creencias que se forjan en el colectivo e influyen a nivel individual. Así, cada cultura interpreta y da significado a su propia existencia y al mundo que la rodea; pensando y organizando la realidad de una manera determinada. Lo anterior se

aplica a todos los eventos de la vida entre los que se cuenta la sexualidad y la reproducción, que en este sentido se ven revestidas de valores culturales, sociales y afectivos. La planificación familiar se encuentra fuertemente arraigada en un sistema de creencias y tradiciones culturales, razón por la cual las personas no reemplazan fácilmente sus costumbres ancestrales por nuevos conocimientos, debido a lo complejo de las estructuras sociales que los guían. (17)

En Guatemala, la planificación familiar ha evolucionado en forma positiva en años recientes. La publicación de la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar vino a darle operatividad al Artículo 47 de la Constitución Política de la República de Guatemala y a complementar la Ley de Desarrollo Social y la Ley Contra el Femicidio y Otras Formas de Violencia Contra la Mujer (Decreto No. 22-2008), para dar soporte a la oferta sistemática de servicios de planificación familiar. (18)

En la actualidad hay una gran variedad de métodos, tanto naturales como modernos, reversibles o permanentes, que se pueden prescribir en el intervalo o post evento obstétrico; es obligación del proveedor de servicios de planificación familiar (PF) el informar a las mujeres y/o parejas cómo actúan los métodos de planificación familiar y los posibles efectos secundarios que puedan tener; ya con esta información la mujer puede elegir el método adecuado para ella. (19)

Las mujeres con una vida sexualmente activa tienen los niveles de conocimiento más elevados sobre cualquier método moderno, en Guatemala el grupo etario que conoce más sobre métodos anticonceptivos es el que se encuentra entre 35 y 39 años. (9)

Aunque las tasas de fecundidad han disminuido conforme los años, el número de hijos que tienen las guatemaltecas sigue siendo mayor al número de hijos que desean tener. Estas observaciones son un reflejo de los altos porcentajes de mujeres con una necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar que va de un 20% en el área urbana a un 32% en el área rural. Las mujeres indígenas tienen un 39% de necesidad insatisfecha comparado con sus contrapartes ladinas en quienes se estima en 22% y, en promedio, las mujeres

jóvenes de 20 a 24 años de edad tienen la necesidad insatisfecha más alta (33.8%). Este fenómeno prevalece entre los diferentes grupos de mujeres pero se acentúa en algunas regiones del país. (20)

3.3 Planificación familiar

Como un derecho humano, la planificación familiar, fue reconocida por primera vez en 1948 en la llamada proclamación de Teherán, en la cual se estableció que: “Los padres tienen el derecho humano básico de determinar libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos”, principio que se ha ampliado durante los últimos 25 años internacionalmente. Es el derecho que tiene toda pareja a decidir libremente y bien informada sobre el número de hijos que desea tener, y el momento oportuno para tenerlos. Es un derecho humano universal contemplado en las Naciones Unidas y aceptado por la mayoría de las naciones del mundo. (21)

En la V encuesta nacional de salud materno infantil 2008-2009, Guatemala noviembre 2009 el porcentaje de mujeres que actualmente se encuentran usando cualquier método es de 54.1%, en forma desagregada es 44% para el uso de métodos modernos y 10.1% para métodos naturales y folklóricos. (7)

La distribución geográfica en el uso de planificación familiar por departamentos puede agruparse en cinco grupos. En el primero se ubica Guatemala; en el segundo por arriba del promedio nacional que es de 54.1%, El Progreso, Sacatepéquez, Escuintla, Santa Rosa, Quetzaltenango, Retalhuleu, Izabal, y Jutiapa. El tercer grupo incluye Chimaltenango, Baja Verapaz, Zacapa, Suchitepéquez. En el y alejados del promedio nacional en un rango de 40 a 9%, son Totonicapán, San Marcos, Alta Verapaz, Petén, Chiquimula, Jalapa. En el quinto grupo están Sololá, Huehuetenango y Quiché. (22)

El método moderno más utilizado por las mujeres de 15 a 49 años a nivel nacional es la esterilización femenina con 18.9 %, en segundo lugar aparece la inyección con 14.7%. Según la edad de las mujeres, la planificación familiar es más usada en las mujeres a partir de los 35 años de edad. (7)

3.4 Métodos anticonceptivos

Se incluyen entre anticonceptivos todo objeto, sustancia y procedimiento utilizados de manera voluntaria para regular la capacidad reproductiva de una persona o una pareja con el fin de prevenir un embarazo no planeado, espaciar embarazos o incluso prevenir infecciones de transmisión sexual. (23)

Los métodos contraceptivos se clasifican en:

3.4.1 Anticonceptivos hormonales:

Son sustancias químicas que funcionan mediante la alteración del modelo hormonal normal de una mujer para que no se produzca la ovulación. Estos anticonceptivos pueden ser administrados en forma oral (píldora), inyectable o mediante implantes. (24)

- **Métodos inyectables:** Es un método hormonal para prevenir el embarazo su mecanismo de acción es prevenir la ovulación y hacer que el moco cervical se espese. Es una inyección que contiene una hormona llamada progestina y se inyecta en el brazo de la mujer para evitar un embarazo. Los pueden usar las mujeres que están dando lactancia.

Beneficios: Eficacia elevada, eficacia rápida, no requiere un examen pélvico, no interfiere con el coito, no afecta la lactancia materna, pocos efectos secundarios, puede disminuir los dolores menstruales, mejoran la anemia.

Limitaciones: Aumento de peso, tiene que disponer de reabastecimiento, no brinda protección contra las ITS y el VIH-SIDA. (25)

- **Anticonceptivos orales combinados (pastillas):** Son preparados hormonales que contienen estrógenos y progestágeno. Se administran con fines anticonceptivos de carácter temporal y reversible para inhibir la ovulación.

Beneficios: Eficacia elevada cuando se toma diariamente, eficacia inmediata de iniciarse dentro de los primeros 7 días del ciclo.

Limitaciones: Puede causar cambios en el patrón del sangrado menstrual, no brinda protección contra la ITS y el VIH-SIDA. Una vez administrado el método, la usuaria no puede interrumpir su uso, la eficacia puede ser alta. (25)

- Implantes subdérmicos: Son métodos anticonceptivos hormonales, de carácter temporal y reversible, de larga duración y que brindan protección hasta por cinco años. Este se presenta usualmente en seis cápsulas delgadas y flexibles, que contienen un progestágeno de depósito (levonorgestrel). Estas se insertan por debajo de la piel en el brazo de la usuaria mediante un procedimiento quirúrgico menor. Actúan inhibiendo la ovulación.

Beneficios: Eficacia elevada, eficacia rápida (menos de 24 horas) si se inicia en los primeros días del ciclo, duración prolongada (hasta 5 años), retorno inmediato de la fertilidad al removerse, puede ser proporcionado por personal capacitado no médico. No contienen estrógenos, Puede disminuir el flujo y los dolores menstruales, protege contra enfermedades pélvicas inflamatorias. (25)

Limitaciones: pueden provocar alteraciones del ciclo menstrual. No protege contra ITS. Requieren de un procedimiento quirúrgico tanto para la inserción como para el retiro. (25)

3.4.2 Métodos de abstinencia periódica:

Son aquellos en que las parejas evitan el embarazo no teniendo relaciones sexuales los días en que la mujer es fértil. La mujer identifica sus días fértiles de acuerdo a su ciclo menstrual, sus patrones de secreción de moco cervical o sensación de humedad, su temperatura y otros síntomas asociados al periodo. (24)

- Método del ritmo. Se basa en no tener relaciones sexuales durante el tiempo de ovulación, ayuda a la mujer para que reconozca sus días fértiles, previamente debe observar por lo menos 6 ciclos menstruales seguidos regulares. Por lo tanto los días que no deben tenerse relaciones sexuales son los 7 al 19, considerado periodo fértil. El periodo infértil estará comprendido entre el día 1 al 7 y desde el día 19 hasta el 7 del siguiente ciclo menstrual. (24)

Moco cervical. Consiste en determinar los días fértiles de la mujer, a través de la observación de los cambios o modificaciones del moco cervical. Después de la menstruación hay un número variable de días sin secreciones vaginales llamados días secos, que son infértiles. Después de estos días, el moco cervical empieza progresivamente a hacerse más abundante, elástico y transparente hasta llegar a presentar características semejantes a la clara del huevo, lo cual lo acompaña una sensación de humedad en los genitales, los cuales son los días fértiles. (25)

Temperatura basal. El método se basa en la observación en que la ovulación coincide con cambios ligeros en la temperatura de la mujer. La mujer debe tomarse la temperatura oral todos los días en las mañanas, a la misma hora, apenas despierte y antes de realizar alguna actividad. En el momento de la ovulación hay una elevación de la temperatura de aproximadamente 0.5 0C; que se mantiene a ese nivel hasta la próxima menstruación. (17)

Beneficios: Está disponible en cualquier situación sin costo alguno. Involucra al hombre (17)

Limitaciones: Eficacia limitada. Requiere atención y dedicación por parte de la usuaria. No protege contra ITS. (17)

3.4.3 Método del coito interrumpido:

Es un método tradicional de planificación familiar en la que el hombre retira totalmente de la vagina de la mujer antes de eyacular, los espermatozoides no entran, previniendo la fecundación.

Beneficios: Está disponible en cualquier situación sin costo alguno.

Limitaciones: Eficacia limitada, Aunque el coito interrumpido no tiene efectos secundarios médicos, la interrupción de la relación sexual puede resultar inconveniente para algunas parejas. No protege contra ITS. (24)

3.4.4 Método del collar o días fijos:

Éste se basa en el conocimiento de la fecundidad. Permite a las parejas espaciar los embarazos en forma natural, a través de saber cuáles son los días fértiles de la mujer y evitar las relaciones sexuales desprotegidas durante esos días. Es un collar de perlas de colores que representa el ciclo menstrual de la mujer, ayuda a saber en qué días hay mayor riesgo de embarazo si tiene relaciones sin protección, está formado por 32 perlas de colores, un anillo de hule negro y una flecha, cada perla del collar representa un día.

Beneficios: La pareja no necesita tomar ni usar nada, ni someterse a procedimientos quirúrgicos, fomentar la participación del hombre en la anticoncepción, le ayuda a saber cómo funciona su fecundidad y observar cómo es su ciclo a través del tiempo.

Limitaciones: Eficacia limitada si la mujer tiene ciclos muy cortos (menos de 26 días) o muy largos (más de 32 días), No protege de las ITS y VIH/SIDA. (24, 22,26)

3.4.5 Métodos de barrera:

Consisten en el bloqueo físico del útero para impedir la entrada del esperma. Incluyen el preservativo masculino y femenino, el diafragma y la esponja vaginal. (22,)

- Método condón masculino: Recubrimiento delgado de látex, que se coloca en el pene erecto para impedir de manera mecánica y/o químico del encuentro del óvulo con los espermatozoides.

Beneficios: Fáciles de adquirir, Tienen eficacia inmediata, protege de las ITS y VIH/SIDA. No precisa de control médico. (22,27)

Limitaciones: se necesita su uso en cada relación. Existe el riesgo de romperse. Hay personas alérgicas al látex y algunos usuarios tanto hombres como mujeres lo sienten incomodo. (27)

- Método condón femenino: Consiste en una funda de poliuretano con dos anillos flexibles en cada extremo. Uno de ellos se fija a la vagina, mientras que el otro permanece fuera, cubriendo parcialmente los órganos genitales externos. Utilizado correctamente tiene una eficacia del 79%, algo menor que la del preservativo masculino y, al igual que éste. (27)

Beneficios: Tienen eficacia inmediata. Todavía no está claro su grado de protección frente a las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA. No precisa de control médico. (22,27)

Limitaciones: se necesita su uso en cada relación, no es fácil de conseguir como el condón masculino. Existe el riesgo de romperse. Hay personas alérgicas al látex y algunos usuarios tanto hombres como mujeres lo sienten incomodo. (27)

- Método de diafragma: En el caso de las mujeres, el método de barrera más empleado es el diafragma, una cubierta de goma que se ajusta al cérvix (cuello del útero) y que contiene una crema o gel

espermicida (destructor de esperma) que inutiliza a los espermatozoides próximos a los bordes del diafragma. (27)

Beneficios: fácil de colocar. Rápidamente reversible. Se pueden iniciar relaciones sexuales a las pocas horas de la colocación.

Limitantes: puede provocar reacción alérgica y no protege contra las ITS.

3.4.6 Anticonceptivos químicos:

Agentes químicos que se introducen en la vagina para inactivar los espermatozoides. (27) Entre ellos podemos encontrar:

- Cremas
- Jaleas
- Espumas
- Tabletas
- Óvulos vaginales
- Esponjas

Beneficios: la fertilidad se conserva constante.

Limitantes: No protegen contra ETS. Son poco efectivos. Pueden causar alergia. Tasa de fracaso del 18-28%. (27)

3.4.7 La "T" de cobre o dispositivo intrauterino DIU:

Es un cuerpo flexible en forma de T que contiene un principio activo de 380mm² de cobre que se coloca dentro de la cavidad uterina con fines anticonceptivos, impidiendo la fecundación. La T de Cobre brinda una larga protección anticonceptiva de 10 años.

Beneficios: Altamente eficaz, método a largo plazo, no afecta la lactancia, retorno inmediato de la fertilidad posterior al retiro. Es de carácter temporal, reversible y de larga duración. (22)

Limitantes: puede provocar alteraciones del ciclo menstrual; sangrados abundantes o ausencia de menstruación. Se ha relacionado con cólicos pélvicos. Existe riesgo de expulsión. Debe ser insertado y retirado por un médico. (22)

3.4.8 Métodos de esterilización:

- Anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina (AQV): Es una operación sencilla y permanente para la mujer que ya no desea tener más hijos-as que consiste en la oclusión tubárica bilateral, tarda más o menos 20 minutos. Al bloquear las trompas de Falopio (mediante corte, sección, cauterización, anillos o grapas) que impiden que los espermatozoides lleguen al ovulo y lo fertilicen.

Beneficios: Eficacia inmediata y elevada, permanente, no interfiere en el coito, cirugía sencilla, que generalmente se realiza bajo anestesia local, no tiene efectos secundarios a largo plazo. La mujer sigue menstruando. (22,28)

Limitantes: es un procedimiento quirúrgico invasivo el cual puede tener complicaciones aunque estas son poco usuales. (28)

- Anticoncepción quirúrgica voluntaria masculina (Vasectomía): es una pequeña operación voluntaria que provee anticoncepción permanente a los hombres que no quieren tener más hijos. Se ocluyen y se seccionan los conductos deferentes, así se evita el paso de espermatozoides en la eyaculación. (28)

Beneficios: Permanente, no interfiere en el coito, implica menos riesgo quirúrgico y menor gasto que la operación de la mujer, cirugía sencilla, que se realiza bajo anestesia local, no tiene efectos secundarios a largo plazo. (22,28)

Limitantes: puede haber dolor a la colocación de la anestesia local. Este método no brinda protección contra el embarazo hasta que se observe la “ausencia” de espermatozoides en una muestra de semen, aproximadamente 20 eyaculaciones o 12 semanas. (22)

3.5 Salud reproductiva

Se considera salud reproductiva a un estado general de bienestar físico, psíquico, personal y social en todos los aspectos relacionados con la sexualidad humana, con las funciones y procesos del sistema reproductivo, con una vida sexual coherente con la propia dignidad personal y las propias opciones de vida que conduzcan a disfrutar la sexualidad satisfactoriamente y sin riesgos, así como la libertad de procrear o no y de decidir cuándo y con qué frecuencia de una manera responsable. (29)

La salud sexual es parte de la vida, siendo la reproducción humana o procreación un proceso biológico que se basa y fundamenta en la sexualidad. Las parejas necesitan comprender y aceptar lo siguiente:

- a) Las mujeres y Hombres tiene derecho a manifestar sus decisiones.
- b) Es importante expresar el amor o el deseo que sienten.
- c) Ambos deben decidir y estar de acuerdo cuándo y cuántos hijos desean tener.
- d) Deben tener la libertad de escoger a su pareja.

La sexualidad es parte de la vida de todos los seres humanos. Muchas personas creen que es solo tener relaciones sexuales o que tiene que ver solamente con nuestros genitales. Pero es mucho más que eso, abarca nuestro cuerpo, los sentimientos y las emociones y está muy ligada a nuestra identidad. La sexualidad la vivimos y la sentimos; tiene que ver con la forma de movernos, vestarnos expresarnos y relacionarnos con los demás, explica UNFPA en la Guía sobre salud sexual y reproductiva. (30)

Se puede considerar parte positiva de la vida, pero también pueden acarrear problemas como embarazos no deseados que amenazan la salud de la mujer,

enfermedades de transmisión sexual, y/ o daños físicos y emocionales causados por el sexo forzado. (31)

El Tema de Salud Reproductiva el cual conlleva diferentes componentes, sin duda alguna el que más trascendencia durante los años ha tenido es la Planificación Familiar con su lenta evolución así como inefectiva, que se ha dado en Guatemala principalmente en las poblaciones indígenas. (32)

Emma Chirix García escribe en la Agencia Latinoamericana de Información -ALAI – la importancia de construir un marco explicativo para analizar fenómenos complejos e interrelacionar conceptos y disciplinas para analizar el fenómeno social en diferentes dimensiones. La mirada de las ciencias sociales al tema de la sexualidad debe trascender desde una conceptualización de la reproducción hacia una construcción social e histórica de la sexualidad, que abarque la dimensión social, cultural, y afectivo-emocional, en la cual juegan identidades, valores, sentidos, resistencias y placeres, porque la sexualidad se encuentra sumergida en relaciones de poder, que abarca múltiples opresiones y explotación. (33)

Chirix explica brevemente la deficiente evolución del tema de salud reproductiva en Guatemala, durante la década 1990 al 2000 en donde este tema se centraliza únicamente en una concepción biológica del cuerpo “se suma la existencia de normas y valores en donde se exaltan la procreación como única finalidad de la vida, la responsabilidad de la cohesión familiar, el control sobre su función reproductiva biológica”. Aquí aparece contemplada la sexualidad como un hecho aislado, natural, no dinámico y sólo producto de disposiciones biológicas, “olvidando la dimensión social, cultural y afectivo-emocional y el análisis de la sexualidad como algo relevante Si la preocupación inicial de los estudios había sido la mujer y una construcción naturalista de la sexualidad, que consiste en abordar la sexualidad desde la identificación y descripción de órganos y funciones fisiológicas del cuerpo; entre 1995 y 2000, otro tema emparentado fue la salud reproductiva fue el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Es hasta 1998 donde se empieza a mostrar preocupación por involucrar al hombre; no obstante los estudios sobre la mujer continuaron. En cuanto a los hombres se llevaron a cabo estudios que pusieron

interés en la percepción de los hombres indígenas y en su participación. A partir de 1998 se introduce el enfoque y el concepto de género en los estudios que se refiere a la sexualidad. Lo que conlleva que en los años 2000 sea emparentado con la sexualidad y la salud reproductiva el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual (ETS). (33)

En cuanto a interés gubernamental por abordar este tema como una prioridad de Salud, aportando fondos para que los números de natalidad y muerte materna redujeran es muy poca hasta a partir del año 2000 específicamente en el mes de septiembre se lleva a cabo la Cumbre del Milenio en la sede de Naciones Unidas, representantes de 189 estados miembros de la Naciones Unidas, plasmaron acciones y compromisos, creando la Declaración del Milenio donde se codificó en una serie de objetivos, conocidos como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, a partir de allí empiezan a tomar acciones gubernamentales en Guatemala. (34)

En 2003, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en Guatemala (MSPAS), incluyó la provisión de servicios e insumos de PF (condones, píldoras e inyectables) dentro del paquete básico de servicios de salud del Programa de Extensión de Cobertura, el cual brinda servicios primarios incluyendo PF a través de alianzas con más de cien organizaciones no gubernamentales (ONGs) en todo el país. Este programa enfoca sus esfuerzos en poblaciones ubicadas geográfica y culturalmente en áreas aisladas. Además, en 2004 se promulgó la Ley del Impuesto sobre la Distribución de Bebidas Alcohólicas, que garantizó un 15% de los ingresos provenientes del impuesto para financiar los programas de salud reproductiva y prevención del alcoholismo y tabaquismo. Todo esto con el fin de fortalecer la maternidad saludable en donde indudablemente se vendría a beneficiar el país en el tema de Planificación Familiar. (34)

Se espera que estos objetivos sean cumplidos al finalizar el año 2015, para lo que el PNUD o Programa de Naciones Unidas en Guatemala en el año 2012 en su informe explica la situación "Han pasado 12 años desde que se establecieron los ODM y el marco de acción derivado de ellos ha motivado esfuerzos para el desarrollo, ha ayudado a fijar prioridades nacionales e internacionales y ha guiado la atención respecto a las acciones consiguientes. No obstante, queda

mucho trabajo por delante en áreas cruciales como la pobreza y la desigualdad y el cuidado del medio ambiente”. No obstante en su informe del 2014 las Naciones Unidas explican que hubo un aumento de la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos en las regiones en desarrollo entre 1990 y 2012 acompañado de un descenso (del 17% al 12%) de la necesidad insatisfecha de planificación familiar, la cual registró su valor más alto en África subsahariana. En 2012, el 25% de las mujeres de 15 a 49 años, casadas o en unión de pareja, expresó su deseo de demorar o evitar el embarazo, pero también señaló que no había utilizado ningún método anticonceptivo. Siguen persistiendo grandes diferencias entre los residentes urbanos y los de zonas rurales, entre los hogares ricos y los pobres y entre la población con educación y sin ella. (34)

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), Asociación Pro Bienestar de la Familia de Guatemala (APROFAM) y agencias de cooperación internacional como UNFPA y USAID, en el año 2008 dan a conocer un informe de opiniones de usuarias de métodos de planificación familiar en donde resaltan que las tasas de fecundidad en Guatemala son entre las más altas de la región. (34)

Las cifras para el desarrollo Humano dan a conocer que los riesgos para la salud comienzan desde el embarazo, Guatemala tiene una de las tasas de fecundidad más altas de la región y la cuarta parte de estos embarazos no son deseados. Por otra parte en nuestro país independientemente de la lentitud con la que el gobierno maneja sus políticas de salud reproductiva, la población pasa a ser esencial para el desarrollo, avanza y éxito de una buena salud reproductiva ya que son estos quienes ponen muchas más barreras que promueven una demanda insatisfecha como se da a conocer en el estudio del acceso a servicios en insumos de planificación familiar, realizado por USAID, explican que los factores culturales parecen ser los obstáculos más significativos para acceder a la planificación familiar entre poblaciones indígenas y los esposos ejercen una influencia sustancial sobre las esposas, en relación al idioma a pesar de la diversidad de idiomas que en total son 23 incluyendo el español no se refiere ser un problema para comunicarse con el proveedor de salud.(35)

La incorporación del enfoque de derechos humanos en la políticas públicas es importante y fundamental para la salud sexual y reproductiva, esto dio a conocer la Organización Panamericana de Salud, en el libro Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y Jóvenes en América Latina: Incorporando la Perspectiva de Derechos Humanos en las Inversiones de Salud Pública, describe también que el derecho a la igualdad y discriminación es clave en la concepción sustantiva de los derechos. Estos derechos impactan el tema de sexo, género, educación, entre otros. (33)

3.6 Demanda insatisfecha

Definición. Mujeres unidas (casadas y en unión consensual) que no desean tener más hijos o que postergarían el siguiente nacimiento, que nunca han utilizado ningún método de planificación familiar o que han dejado de utilizarlo. (27) La determinación de la necesidad insatisfecha es un proceso complejo y puede variar ligeramente según las categorías de mujeres incluidas en la definición. Una vez derivada, la cifra puede desglosarse en “necesidad insatisfecha de espaciamiento” (mujeres que desean un niño después de dos o más años) y “necesidad insatisfecha de límite” (mujeres que no desean tener más niños). (36)

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. (37)

En los países menos desarrollados, más de 100 millones de mujeres –cerca del 17% de las mujeres casadas– preferirían evitar un embarazo y, sin embargo, no utilizan ningún método de planificación familiar. Los demógrafos y los especialistas en salud dicen que estas mujeres tienen una “necesidad insatisfecha” de planificación familiar, concepto que ha influido en la constitución de los programas de planificación familiar por más de 20 años. En la última década, el incremento en el uso de anticonceptivos ha reducido esa necesidad en la mayoría de los países. No obstante, es aún muy alta (más de una quinta parte de las mujeres casadas) en algunos países, e incluso muestra una tendencia a aumentar, señal de que es necesario realizar un esfuerzo muy grande para entender y abordar las causas de esa necesidad insatisfecha. (36)

Varios estudios revelan que, además del acceso físico a los servicios, hay toda una gama de factores que impiden a las mujeres utilizar la planificación familiar. Una mayor comprensión y utilización de los datos que existen sobre esta necesidad insatisfecha permitiría a legisladores y directores de proyectos fortalecer los programas de planificación familiar. Sin embargo, para ello es preciso tomar en consideración las características tanto de las mujeres como de las parejas que tienen esta necesidad insatisfecha y trabajar para eliminar los obstáculos que les impiden escoger y utilizar un método de planificación familiar. (36)

3.7 Ubicación departamental

El departamento de Sacatepéquez está ubicado en la Región V (Central) del país. Ocupa una superficie aproximada de 465 km² y su cabecera departamental, Antigua Guatemala, se ubica aproximadamente a 1,530 metros sobre el nivel del mar. En 2010, a lo largo de sus 16 municipios vivían poco más de 310 mil personas. Se estima que un 15% de sus habitantes vive en áreas rurales. (4)

El municipio de Santo Domingo Xenacoj, se encuentra ubicado en el departamento de Sacatepéquez con coordenadas: latitud 14° 40' 48" y longitud 90° 42' 00", a una altura de 1,830 metros sobre el nivel del mar, el municipio de Santo Domingo Xenacoj cuenta con una extensión territorial aproximadamente de 37 kilómetros cuadrados. La distancia a la cabecera municipal es 25 kilómetros y a la ciudad capital de 45 kilómetros. (6)

Colinda al Norte con San Juan Sacatepéquez y el Tejar Chimaltenango; al este con San Juan Sacatepéquez y San Pedro Sacatepéquez; al sur con Santiago Sacatepéquez; al oeste con Sumpango, Sacatepéquez. (6)

Está integrado por la cabecera municipal dividida en 4 zonas, las cuales conforman el casco urbano, 22 lugares poblados, 2 aldeas, 3 caseríos y 2 lugares con población dispersa como se estableció en el taller de lugares poblados llevado a cabo en 2009. (6)

4. POBLACIÓN Y MÉTODOS

4.1 Tipo y diseño de la investigación

El presente estudio es de corte transversal, no experimental de tipo descriptivo.

4.2 Unidad de análisis

- Unidad primaria de muestreo: Mujeres en edad fértil, de 10 a 54 años de edad, residentes en el municipio de Santo Domingo Xenacoj, Sacatepéquez, mayo del 2015. Población estimada para el 2015 de 3,747 mujeres en edad fértil.
- Unidad de análisis: Respuestas obtenidas por la unidad primaria de muestreo por medio de la entrevista estructurada realizada.
- Unidad de información: mujeres entrevistadas, que cumplieron con los datos de inclusión.

4.3 Población y muestra

1) Población universo

Mujeres del municipio de Santo Domingo Xenacoj, departamento de Sacatepéquez Guatemala.

2) Marco muestral

Mujeres en edad fértil, de 10 a 54 años de edad, nacidas o que residan en las zonas 1, 2, 3 y 4 del municipio de Santo Domingo Xenacoj, Sacatepéquez, mayo 2015.

3) Muestra

Se utilizó la fórmula siguiente:

$$n = \frac{N\sigma^2Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2Z^2}$$

Donde:

N= 2,747

$\sigma = 0,5$

Z = 1.65

e = 0.05

Dando como resultado 254 más un 2% da un total de 259 mujeres a entrevistar.

4.4 Selección de los sujetos a estudio

4.4.1 Criterio de inclusión

Mujeres en edad fértil de 10 a 54 años residentes del municipio de Santo Domingo Xenacoj, durante el mes de mayo del año 2015 que:

- No están embarazadas y que manifestaron que no desean tener más hijos.
- No están embarazadas y que manifestaron que no desean tener hijos, en ese momento.

4.4.2 Criterios de exclusión

Mujeres que:

- Ya están practicando planificación familiar.
- Actualmente estén embarazadas previamente empleando alguna forma de anticoncepción.
- No han tenido hijos nacidos vivos en los últimos cinco años a pesar de haber estado en unión y no haber usado anticoncepción.
- Sean fértiles y desean un hijo en los próximos 2 años o antes.
- Se encuentren en edad fértil y no tengan vida sexual activa.
- Sean menores de edad que no cuenten con el consentimiento informado del padre, madre o encargado legal para la participación en esta investigación.
- No estén dispuestas a participar voluntariamente en la investigación y que no firmen el Consentimiento Informado, o que en su defecto coloquen su huella dactilar en caso no poder firmar.

4.5 Medición de variables

Macro variable	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación
Factores Demográficos	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta la actualidad.	Edad en años que la entrevistada indique tener.	Cuantitativa	Razón	Edad en años
	Grupo Étnico	Grupo de familias en un área geográfica variable, cuya unidad se basa en una estructura familiar, económica y social comunes y en una lengua y cultura igualmente comunes.	Etnia a la que la entrevistada refiere pertenecer.	Cualitativa	Nominal	Ladina o mestiza Maya Cakchiquel Otro grupo maya Otro grupo étnico
	Religión	Conjunto de creencias y dogmas que definen las relaciones entre las personas y lo divino o sagrado.	Religión a la que la entrevistada refiere pertenecer.	Cualitativa	Nominal	Católica Evangélica Otra Ninguna

Estado Civil	Condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones civiles, especialmente en su vida de pareja.	Estado civil que la entrevistada refiera.	Cualitativa	Nominal	Casada Soltera Divorciada Viuda Unida
Analfabetismo	Ausencia de instrucción para leer y escribir	Si la entrevistada refiere no poder leer ni y escribir.	Cualitativa	Nominal	Si sabe leer No sabe leer
Escolaridad	Grados cursados de acuerdo a los distintos niveles del sistema educativo nacional vigente.	Ultimo grado cursado que la entrevistada refiera.	Cualitativa	Nominal	Primaria Secundaria Universitaria Ninguna
Tiempo de Viaje	Es el tiempo que le toma llegar de su casa al servicio de salud.	Tiempo que indique la entrevistada tardar en llegar al servicio de salud.	Cualitativa	Nominal	Menos de una hora Más de una hora

Factores Sociales		Número de Gestas	Número de hijos nacidos vivos y fetos muertos mayores de 20 semanas de gestación que haya tenido la madre en el evento mórbido.	Número de hijos que la entrevistada refiere tener.	Cuantitativa	Razón	Número de gestas
		Edad de Inicio de la Vida Sexual	Edad en la que se tiene por primera vez en la vida relaciones sexuales.	Edad que la entrevistada tuvo por primera en su vida relaciones sexuales.	Cuantitativa	Razón	Edad en años
		Periodo Intergenésico	Tiempo que va desde el nacimiento de un hijo hasta el embarazo del siguiente.	Tiempo transcurrido que refiera la entrevistada desde que nació un hijo hasta que inicio el embarazo del siguiente.	Cualitativa	Nominal	Menor de 6 meses De 6 meses a 1 año De 1 año a 2 años De 2 años a 4 años Más de 4 años

Factores Culturales	Conocimientos sobre métodos de planificación familiar	Información adquirida sobre que es la planificación familiar y los diferentes métodos anticonceptivos que existen.	Se medirá el conocimiento por medio de 6 preguntas. Se considerará que: si sabe; si contesta 5-6 preguntas, sabe poco; si contesta entre 3-4 preguntas y que no sabe; si contesta 2 preguntas o menos.	Cualitativa	Nominal	Si sabe Sabe poco No sabe
	Medios de información	Medios por el cual la entrevistada refirió haber obtenido información sobre planificación familiar.	Medios de comunicación que la entrevistada refirió.	Cualitativa	Nominal	Centro de salud Campañas informativas Jornadas Club de embarazadas Vecinas Otro medio

	<p>Razón de abandono de método anticonceptivo</p>	<p>Razón por la cual la entrevistada dejó de utilizar métodos anticonceptivos</p>	<p>Razón que la entrevistada refiera.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Por dudas e inseguridad Porque no hay en el puesto de salud El puesto de salud me queda lejos El servicio en el puesto no me gusta No tengo tiempo Mi esposo y/o suegra no me dejan No tengo dinero para el transporte Me ocasiono algún problema de salud</p>
--	--	---	---	--------------------	----------------	--

	<p>Razón de nunca usar un método anticonceptivo</p>	<p>Razón por la cual la entrevistada nunca a lo largo de su vida ha utilizado ningún tipo de anticoncepción.</p>	<p>Razón que la entrevistada refiere.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Por dudas e inseguridad Porque no hay en el puesto de salud El puesto de salud me queda lejos El servicio en el puesto no me gusta No tengo dinero No tengo tiempo Mi esposo y/o suegra no me dejan Lo considero un pecado</p>
--	--	--	---	--------------------	----------------	--

4.6 Técnica, procedimiento e instrumento utilizados en la recolección de datos

4.6.1 Técnica:

Se realizó una entrevista estructurada de opción múltiple cubriendo los aspectos necesarios para determinar las causas que provocan demanda insatisfecha en métodos de planificación familiar en mujeres en edad fértil, la cual incluyó aspectos demográficos, sociales y culturales.

4.6.2 Procedimiento:

La entrevista consistió en una serie de preguntas cerradas de opción múltiple. Se realizó una prueba piloto por muestreo no probabilístico, según criterio del investigador, la cual consto de 10 entrevistas realizadas a población objetivo, además se socializó el material de recolección de datos con personal del Programa de Salud Reproductiva del Área de Salud de Sacatepéquez, el distrito 4 de salud, el puesto de salud y con la municipalidad del municipio quienes mostraron aceptación.

Se hizo la selección de las viviendas de forma aleatoria por bloque ya que Santo Domingo Xenacoj aún no cuenta con mapa por vivienda y de esta manera se buscaría eliminar el sesgo que se produciría si sólo se consideraba a las mujeres que asisten al Puesto de Salud.

Se enumeró cada bloque empezando por 1 en el punto de union de las cuatro zonas y en sentido de las agujas del reloj, sin tomar en cuenta el bloque del parque ni las colonias aledañas a las cuatro zonas a evaluar, dando un total así de 93 bloques, tomando en cuenta solamente una mujer a entrevistar por cada casa necesitaríamos un total de 259, con un promedio de 16 casas por bloque se necesitaría un total de 17 bloques para completar la muestra requerida. Posteriormente en Microsoft Office Excel 2007 se realizó aleatoriamente por medio de la fórmula: =ALEATORIO.ENTRE (inferior; superior) la selección de estos 17 bloques.

Se procedió a entrevistar a la población previamente delimitada y que cumpliera con los criterios de inclusión, no fue necesario el uso de un traductor del idioma maya.

4.6.3 Instrumento:

Se realizó el instrumento de recolección de datos con un total de 17 preguntas, tomando como ejemplos instrumentos de recolección de datos de tesis realizadas en la Universidad de San Carlos de Guatemala en años previos sobre temas relacionados, no se tomó una copia de instrumento exacta, éste se realizó en base a las necesidades del estudio.

4.7 Análisis de datos

Se realizó un procesamiento de la información así como acciones de clasificación, organización y revisión del material que fue utilizado para la investigación.

Se inició la tabulación de todos los datos obtenidos por medio de Epi Info y luego se trasladaron los datos a una tabla en Microsoft Office Excel 2007, considerando dos fases; la primera consistió en tabular cada una de las 259 entrevistas, y la segunda fase consistió en utilizar el sistema Microsoft Office Excel 2007, utilizando fórmulas que permitieran crear tablas estadísticas para obtener datos cuantitativos como frecuencias y porcentajes.

Luego de obtenidos los datos que permitieran el análisis, se inicio a evaluar los hallazgos para crear conclusiones y recomendaciones, basados en los objetivos de la investigación.

4.8 Alcances y Límites de la Investigación

Alcances:

- Se cubrió las cuatro zonas que conforman el municipio de Santo Domingo Xenacoj.
- No se encontró barrera lingüística.
- Socialización de la investigación con autoridades locales.
- Participación de 259 mujeres de la localidad 100% de cobertura planeada.

Límites:

- La entrevista se realizó en época de campaña electoral y vinculaban el estudio a situación política.
- Algunas mujeres se negaron a contestar la entrevista por desconfianza.

- Es un municipio de trabajadoras migrantes, algunas no se encontraba en su casa, habían salido a otros municipios.
- En horas de la mañana muchas señoras no atendían porque estaban en sus actividades domesticas.

4.9 Aspectos éticos de la investigación

Principios éticos generales

En esta investigación se tomaron en cuenta los principios de respeto por las personas, beneficencia y no maleficencia y autonomía.

- **Respeto por las personas:**
Ante todo se busco no afectar a las personas entrevistadas desde ningún punto de vista, se tomó en cuenta cada opinión sin juzgarles y respetando siempre aspectos socioeconómicos y culturales de las comunidades, así como su cosmovisión e idioma, ya que dichos aspectos influyen de forma significativa en la manera de actuar de los individuos.
- **Beneficencia y no maleficencia:**
Se maximizaron los efectos benéficos al obtener los datos mediante técnicas observacionales, evitando así comprometer la integridad de los sujetos de estudio y obteniendo la información suficiente que nos permitió realizar un análisis completo, según los objetivos trazados. El uso de los datos brindados por los participantes fueron utilizados exclusivamente para la realización de esta investigación; no se proporcionó a empresas o personas ajenas a la misma ya que, ante todo, se pretende la privacidad de los involucrados. Tampoco se utilizó dicha información para su comercialización o para emprender acciones legales o civiles. No se solicitaron datos personales que resultaran irrelevantes para la investigación.
- **Autonomía:**
Las personas que participaron en la investigación fueron previamente informadas y siempre estuvieron en la libertad de

participar o no de este, se tomaron en cuenta las personas que cumplieron con los criterios de inclusión. Para contar con un soporte por escrito se realizó para cada una de ellas un consentimiento informado claro y sencillo que explicó el propósito y los beneficios del estudio y la razón por la cual se le tomó en cuenta; si la mujer entrevistada no podía leer o escribir se procedió de forma oral a exponerle la información. Se les hizo saber que la información proporcionada es anónima y confidencial y su acceso será exclusivamente para el estudio.

Categoría de riesgo

En este estudio no se realizó ninguna intervención o modificación intervencional con las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de las personas que participaron de dicho estudio, la entrevista no invadió la intimidad de la persona. Por lo cual se considera categoría I.

5. RESULTADOS

Con un total de 259 entrevistas obtenidas siendo este el 100% de lo planificado se utilizaron los programas Epi Info y Microsoft Office Excel 2007, y así se pudo tabular cada dato sin excepción y realizarse las fórmulas correspondientes para obtener los cuadros y porcentajes presentados, la entrevista fue a mujeres en edad fértil, entre 10-54 años de edad residentes del municipio de Santo Domingo Xenacoj que cumplieron los criterios de inclusión antes establecidos.

La entrevista constó de 17 preguntas de opción múltiple, se tabuló cada variable y se presentan a continuación en forma de cuadros según los 3 factores estudiados de la siguiente manera:

CUADRO 1

Factores demográficos obtenidos en una muestra de mujeres entrevistadas en edad fértil,
en Santo Domingo Xenacoj, municipio de Sacatepéquez, mayo - junio 2015

FACTORES DEMOGRÁFICOS	Variable	Categoría	No.	%
	Edad	10-19 años	6	2.3
		20-24 años	24	9.2
		25-50 años	213	82.2
		51-54 años	16	6.1
	Grupo étnico	Ladina	35	13.5
		Maya Cakchiquel	224	86.5
	Religión	Católica	155	60
		Evangélica	89	34.4
		Otra	4	1.5
		Ninguna	11	4.2
	Estado civil	Casada	166	64
		Soltera	18	7
		Unida	70	27
		Divorciada	2	0.77
		Viuda	3	1.15
	Analfabetismo		55	21.2
	Escolaridad	1ro a 3er año de primaria	66	25.48
		4to a 6to año de primaria	81	31.3
		Secundaria	53	20.46
Universitario		13	5	
Ninguno		46	17.7	
Distancia del centro de salud a su casa	Menos de una hora	257	99	
	Más de una hora	2	1	

CUADRO 2

Factores sociales obtenidos en una muestra de mujeres entrevistadas en edad fértil, en Santo Domingo Xenacoj, municipio de Sacatepéquez, mayo - junio 2015

	Variable	Categoría	No.	%
FACTORES SOCIALES	Número de gestas	1-2 gestas	91	35.1
		3-5 gestas	106	41.0
		Mayor o igual a 6 gestas	62	23.9
	Edad de inicio de la vida sexual	10-19 años	159	61.4
		20-24 años	70	27.0
		25-50 años	30	11.6
		50-54 años	0	0
	Periodo intergenésico	Menor de 6 meses	6	2.6
		De 6 meses a 1 año	59	26.2
		De 1 año a 2 años	88	39.1
		De 2 años a 4 años	56	24.8
		Más de 4 años	16	7.1

CUADRO 3

Factores culturales obtenidos en una muestra de mujeres entrevistadas en edad fértil, en Santo Domingo Xenacoj, municipio de Sacatepéquez, mayo - junio 2015

	Variable	Categoría	No.	%
FACTORES CULTURALES	Conocimiento sobre planificación familiar	Si sabe	78	30.1
		Sabe poco	154	59.4
		No sabe	27	10.42
	Medio de información	Centro de salud	184	71.04
		Campañas informativas	2	0.7
		Jornadas	18	6.9
		Club de embarazadas	2	0.7
		Vecinas	42	16.22
		Otro	11	4.2
	Razón de abandono de método	Por dudas e inseguridad	27	18.6
		Porque no hay en el centro de salud	4	2.7
		El puesto de salud me queda lejos	0	0
		El servicio en el puesto no me gusta	10	6.9
		No tengo tiempo	12	8.3
		Mi esposo y/o suegra no me dejan	9	6.2
		No tengo dinero para el transporte	0	0
Me ocasiono algún problema de salud		83	57.2	

FACTORES CULTURALES	Razón para nunca utilizar un método de planificación familiar	Por dudas e inseguridad	50	43.8
		Porque no hay en el centro de salud	3	18.7
		El puesto de salud me queda lejos	1	0.8
		El servicio en el puesto no me gusta	3	2.6
		No tengo dinero	7	6.14
		No tengo tiempo	20	17.5
		Mi esposo y/o suegra no me dejan	14	12.2
		Lo considero un pecado	16	14.0
	Opinión de pareja sobre planificar	Está de acuerdo	135	52.1
		No está de acuerdo por miedo	85	32.8
		Es pecado, o está mal visto por la comunidad	25	9.6
		No está de acuerdo porque quiere tener bastantes hijos	14	5.4

6. DISCUSIÓN

Santo Domingo Xenacoj de acuerdo a Secretaria Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN) cuenta con una población conformada por el 49% hombres y el 51% mujeres, el 2% es ladina y el 98% indígena. En los datos obtenidos se muestra una media de edad de las mujeres entrevistadas de 34.8 años, con el intervalo de 25-50 como el de más frecuencia, el 86.5% es indígena. Estas poblaciones presentan menores ingresos, habitan en áreas rurales, con una barrera lingüística y cultural como limitante, son las que menor acceso tienen a los servicios e insumos de Planificación Familiar, según la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional, USAID, por sus siglas en inglés, varios de estos aspectos ponen en desventaja al municipio, (7) y según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI), reportó en el año 2002 que el 83.5% de esta población conoce algún método anticonceptivo y solo el 31.7% los ha utilizado, en contraste a los datos obtenidos de la población ladina en donde el 98.1% conoce y un 70.6% ha utilizado los métodos para planificación familiar. (7) así que el ser una población indígena interpone limitantes.

La religión se vincula a temas como tener el número de hijos que Dios mande, o que la mujer sea exclusivamente para la procreación y crianza de los hijos, entre los datos se muestra que el 94.4% de las mujeres entrevistadas proclaman una religión factor que puede ser colaborador en datos como una alta fecundidad, no usar métodos anticonceptivos porque el esposo no la deja, el considerar que el planificar es pecado, etc. (9)

De las mujeres entrevistadas 64% se encuentran casadas, y solamente un 27% se encuentran en unión libre. Una escolaridad baja se relaciona al hecho que las mujeres se encuentren en unión libre como lo demostró la V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009 (7).

En el estudio el 21.2% de las entrevistadas son analfabetas y de las que si refieren el haber estudiado el 56.8% refieren una escolaridad baja con solamente primaria. El bajo nivel escolar es una seria limitante para la aceptación de los métodos de planificación familiar (10), ya que al no captar el mensaje las usuarias recurren a fuentes de información inapropiada.

En cuanto a accesibilidad el 99% de las entrevistadas refieren que el servicio de salud les queda a menos de una hora, este se encuentra en un área central rodeada de las cuatro

zonas que constituyen el municipio datos cuales no se relacionan con el hecho que la mayoría de población guatemalteca tiene difícil acceso a los servicios de salud según la organización panamericana de salud. (14) y dato que encontramos a favor de poder aumentar la asistencia al centro de salud sin mayor dificultad.

En la población estudiada la tasa de fecundidad es de 3.8 muy similar al promedio nacional en Guatemala la cual se encuentra entre las más altas de la región. (34) y promedio de inicio de la vida sexual de 19 años, siendo el intervalo de edad con mayor porcentaje de de 10-19 años (61.4%), además presentan periodos intergenésico cortos con una media de 2 años entre embarazos. Todos estos factores reflejos de no utilizar métodos de planificación familiar.

Varios estudios revelan que además del acceso físico a los servicios hay otros factores que impiden el utilizar la planificación familiar. (36) Como una mayor comprensión y utilización de los métodos. De 259 participantes, 155 (59.8%) saben poco, dato medido por medio de un cuadro con seis interrogantes, y de ellas 26 fueron clasificadas como "no saben" tomando un dato global tenemos que el 69.8% de estas 259 mujeres no saben o saben poco sobre planificación familiar y un 30.1% de ellas "si saben", Difiere de los estudios realizados en los años 1991, 1994 y 1996 en nuestro país en donde el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos es mayor del 50%; pero es similar a un estudio realizado en el año 2006 en dos aldeas de Tecpán en donde el conocimiento es menor del 20%. (15)

En cuanto a las parejas de las entrevistadas 52% de ellos están de acuerdo con la planificación familiar y 48% no lo están, mencionando que las razones son; porque sienten miedo (32.8%), por qué piensan que es pecado o que es mal visto por la comunidad (9.6%) y menos importante (5.4%) porque desean tener bastantes hijos, dato vinculado con creencias religiosas o de poder como lo que explícitamente expresaron varios jóvenes en Alta Verapaz, "Nuestros padres dicen que ya no aguantamos mucho porque solo llegamos a tener de 6 a 8 hijos, lo normal es de 14 a 15". Por lo tanto es importante tomar en cuenta a la pareja en los planes informativos. (12)

En el Cuadro No. 1 de aspectos demográficos presentado en resultados se observa que; 71% de las entrevistadas (184) refieren haber obtenido la información de personal capacitado en el servicio de salud, y un 16.2% refiere haberlo escuchado del vecino o familia, sumando a esto 4.2% que obtuvo la información de otros medios varios en los

cuales se mencionaron iglesia y televisión, se encuentra que un 20.4% de ellas obtienen la información conocida de medios no seguros, donde no se abordan todos los métodos o donde puede quedar dudas al aire, en los años 1995 y 1999 en donde las fuentes más comunes de información sobre los métodos anticonceptivos son las platicas entre amigos y las revistas, esto ha cambiado partir del año 2000 cuando el Ministerio de Salud de nuestro país en conjunto con la USAID, posicionaron a la planificación familiar como componente clave del plan de salud reproductiva, con lo que ha aumentado la divulgación de la información a través del personal de salud y de los medios de comunicación (15). Ante el resultado de que más del 70% de ellas, han obtenido información del servicio de salud y que el mayor porcentaje de las entrevistadas fueron clasificadas como "sabe poco" o "no saben" cabe hacernos la pregunta ¿El personal encargado de transmitir la información a las pacientes está bien capacitado sobre el tema?

En los países menos desarrollados más de 100 millones de mujeres cerca del 17% de las casadas desearían usar un método anticonceptivo más sin embargo no lo usan. (36) Del total de entrevistadas 114 mujeres dijeron no haber utilizado ningún método anticonceptivo, 35 refiere el si querer utilizarlo y 79 no querer hacerlo, es importante mencionar que entre las razones porque las cuales no quieren utilizar métodos se encuentran respuestas como "estoy insegura", "mi esposo no me deja" respuestas que nos dejan deducir que en algún momento ellas si desearían hacerlo si estas situaciones cambiaran.

Entre las interrogantes a tomar en cuenta sobre el cuadro de conocimientos realizados, de las 6 respuestas obtenidas, 225 mujeres de las 259 entrevistadas saben el concepto de planificación familiar y de ellas 232 (89.5%) conocen o saben que existe la operación definitiva y un 76% conoce varios métodos anticonceptivos. Más sin embargo un 66% lo relaciona con esterilidad y un 61.7% a enfermedades. Lo que demuestra que si conocen de anticonceptivos más sin embargo saben poco no saben los diferentes tipos. De un total de 145 participantes que si han utilizado algún método entre las razones por las cuales refieren abandonarlos mencionan como la más importante en un 58.7% que les ha ocasionado algún problema de salud, de los cuales los tres mas mencionados son, aumento de peso (30%), cefalea (32.5%) y varios tipos de reacciones alérgicas (10.8%) los cuales se consideran efectos adversos y no enfermedad.

Entonces el 86.8% de la población entrevistada sabe que los métodos anticonceptivos sirven para evitar embarazos o espaciarlos, pero al compararlo con el porcentaje de la

muestra que ha utilizado algún método anticonceptivo 55.9%; demuestra que no solo el conocimiento sobre los mismos es necesario para su utilización sino también adecuada información por medio de los servicios de salud. Barreras culturales, desaprobación por parte de la pareja y oposición religiosa estos son considerados obstáculos que se presentan en comunidades rurales y de bajos ingresos según lo reportado por una organización no gubernamental (ALAS) en el 2005 (36), hasta el momento relacionado con los resultados presentados.

En los resultados se obtuvo que un 70% de las que refirieron no haber utilizado nunca ningún tipo de anticoncepción, desearían hacerlo y entre las razones por las cuales no lo han hecho mencionan; sentir dudas e inseguridad (43.8%). A pesar que desde en años anteriores se viene fortaleciendo el tema de salud reproductiva como en el año 2003 el MSPAS incluyó la provisión de servicios e insumos de planificación familiar dentro del paquete básico de servicios de salud, y se ha obtenido respuestas; en el 2014 las Naciones Unidas explican que hubo un aumento de la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos en las regiones en desarrollo entre 1990 y 2012 acompañado de un descenso de la necesidad insatisfecha de planificación familiar. (12)

7. CONCLUSIONES

7.1 Los factores demográficos que provocan demanda insatisfecha en métodos de planificación familiar en Santo Domingo Xenacoj son:

- Mujeres habitantes predominantemente mayas
- Analfabetismo
- Niveles de escolaridad bajo
- Profesar determinada religión.

7.2 Los factores sociales que provocan demanda insatisfecha en métodos de planificación familiar en Santo Domingo Xenacoj son:

- El inicio de vida sexual prematuro; 19 años.

7.3 Los factores culturales que provocan demanda insatisfecha en métodos de planificación familiar en Santo Domingo Xenacoj son:

- Las mujeres saben poco o casi nada sobre los métodos anticonceptivos.
- La consejería en planificación familiar que reciben las usuarias en los servicios de salud pública del municipio de Santo Domingo Xenacoj es insuficiente ya que persiste el miedo de utilizar métodos anticonceptivos porque no se les está explicando efectos secundarios, confundiéndolos con una enfermedad.
- Entre las mujeres que nunca han utilizado métodos anticonceptivos refieren no sentirse seguras y con dudas.
- La mitad de las parejas de las entrevistadas están de acuerdo en utilizar algún método de planificación familiar y la otra mitad no lo está por miedo, porque lo consideran pecado o porque quieren tener muchos hijos.

8. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:

- Supervisar el buen uso del recurso material brindado a los programas de salud reproductiva de los diferentes distritos del país así como la adecuada distribución y capacitación del recurso físico establecido.

Al equipo de Salud Reproductiva del distrito 4 de Sacatepéquez:

- Debe realizarse procesos de educación y sensibilización en la comunidad incorporando al hombre para que puedan favorecer el conocimiento adecuado de cada uno de los métodos anticonceptivos implementado medidas para una mejor difusión de la información, tomando en cuenta que existen factores tales como etnia, religión y analfabetismo que influyen en la adecuada recepción de la información.
- Promover en las adolescentes una vida sexual responsable, con el fin de evitar embarazos no deseados y de alto riesgo, favoreciendo un inicio de actividad sexual tardía y promoviendo desde ya a la utilización de los métodos anticonceptivos.
- Capacitar al personal de salud para que puedan brindar una orientación adecuada sobre los diferentes métodos anticonceptivos para planificación familiar a las personas que lo soliciten, enfocándose en efectos adversos y dando la oportunidad de manifestar dudas para poder ser solucionadas.

A las autoridades del municipio y dirigentes religiosos de la comunidad:

Que pueda existir un trabajo conjunto entre las autoridades de salud local y con los dirigentes religiosos para poder difundir una mejor información sobre los diferentes métodos para planificación familiar. Impartir charlas sobre educación sexual en las escuelas e iniciarlas desde la primaria.

9. APORTES

El presente estudio contribuyó a evaluar las causas sociodemográficos y culturales que están provocando la demanda insatisfecha en métodos de planificación familiar en mujeres en edad fértil del municipio de Santo Domingo Xenacoj, así mismo midió el conocimiento que ya tienen.

Los resultados de este estudio fueron presentados en orden a: el Área de salud de San Lucas Sacatepéquez, el Distrito 4 a donde pertenece Santo Domingo Xenacoj, a la municipalidad y al puesto de salud principalmente, con el fin de que ellos puedan evaluar los resultados y así realizar las mejores pertinentes en el tema, ya sea implementado nuevos programas, mejorando los existentes, garantizando que el personal de salud este actualizado permanentemente sobre salud sexual y reproductiva.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta nacional de condiciones de vida principales resultados. [en línea] Guatemala: INE, SEN, Banco Mundial; 2006 [citado 20 Mayo 2015] Disponible en: <http://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2014/01/16/ToW94hMmUnfPw6hGAnGmb2AA7iGw5R8a.pdf>
2. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Caracterización departamental Sacatepéquez 2012. Guatemala: INE; 2013.
3. Centro de Reportes Informativos Sobre Guatemala. Precaria situación en la salud sexual y reproductiva de las mujeres en Guatemala: APROFAM. [en línea] Guatemala: CERIGUA; 2012 [citado 5 Feb 2015] Disponible en: <http://cerigua.org/article/precaria-situacion-en-la-salud-sexual-y-reproducti/>
4. Guatemala. Secretaría de Planificación y Programación. Plan de desarrollo Santo Domingo Xenacoj Sacatepéquez. Guatemala: SEGEPLAN; 2002.
5. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Cifras para el Desarrollo Sacatepéquez. Guatemala: PNUD; 2011.
6. Estada R. Conocimientos y creencias sobre métodos anticonceptivos para planificación familiar. [tesis Médico y Cirujano] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala; 2006.
7. Ruiz A, Williams D, Hidalgo E, Goodwin M, Stupp P, Klein R, et al. Informe Final V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, mujeres 2008-2009. Guatemala: MSPAS; 2010.
8. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe ejecutivo de encuesta nacional de salud materno infantil. [en línea] Guatemala: MSPAS; 2002 [citado 30 Abr 2015] Disponible en: <http://www.nutrinet.org/encuestanacionaldesalud.htm>

9. Tiu I, González V, Santos M, Portillo S, Mazariegos S, Ruiz P, et al. Consideraciones sobre factores que favorecen el uso de métodos de planificación familiar en población femenina en edad reproductiva. Quiche. [tesis Médico y Cirujano] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2006.
10. Menéndez Salazar de Bac L Z, Cabrera González J. Factores que influyen en la aceptación o rechazo de métodos anticonceptivos en las mujeres en edad reproductiva de la Comunidad de nuevo Horizonte Santa Ana, Petén. [tesis Licenciatura en Enfermería] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2008.
11. Population Reference Bureau. Seguridad de los anticonceptivos: Rumores y realidades. New York: PRB; 1999.
12. Villegas A, Flores M. Factores epidemiológicos y actitudes de las mujeres en edad fértil sobre métodos de planificación familiar. Jalapa. [tesis Médico y Cirujano] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; Guatemala 2014.
13. Masis Cordero E. Demanda insatisfecha y la accesibilidad a la atención en planificación familiar en los servicios de la CCSS. Costa Rica, 2000. [en línea] [tesis Magíster Profesional en Población y Salud] Costa Rica: Ciudad Universitaria "Rodrigo Facio". Postgrado Escuela de Estadística; 2004 [citado 2 Feb 2015]. Disponible en: http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/tfgs2004/tfg_emasis.pdf
14. Guatemala. Secretaria General de Planificación. Ley de desarrollo social y salud reproductiva. Guatemala: SEGEPLAN; 2006.
15. Morales M, Zelaya G. Conocimientos y creencias en población de 15 a 49 años sobre métodos anticonceptivos para planificación familiar. Tecpán. [tesis Médico y Cirujano] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2006.

16. De Peña Amaya P. Perspectivas de investigación en enfermería en Centroamérica y el Caribe en salud familia, cuidado para la salud cardiovascular, gerencia en los servicios de salud, cuidado al paciente crónico, cuidado materno perinatal. [tesis Maestría de Enfermería] Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2,004.
17. Laza Vásquez C. Cultura y planificación familiar: un debate aún en construcción. Teoría y Praxis Investigativa. [en línea] 2008 Sep- Nov [citado 28 Ene 2015]; 3(2):66-72. Disponible en: https://www.google.com.gt/?gws_rd=ssl#q=2.%09Laza+Vasquez+C.+Cultura+y+PI+anificacion+familiar:un+debate+aun+en+construcci%C3%B3n.+Teoria+y+Praxis+I+vestigativa+
18. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guías nacionales de planificación familiar. Guatemala: MSPAS; 2009.
19. Andrade H, Morales E, Morales E. Conocimiento de los métodos de planificación familiar en estudiantes de último año de Medicina en Guatemala. Rev de la Facultad de Medicina Universidad Francisco Marroquín (Guatemala). Ene-Jun 2011: 1(12):9-11
20. Ruiz A, Williams D, Hidalgo E, Goodwin M, Stupp P, Klein R, et al. Informe Final V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, hombres 2008-2009. Guatemala: MSPAS; 2011.
21. Ramírez Caal M, Quiroa Casado M. Características sociodemográficas, creencias de las mujeres en edad fértil, uso de métodos de planificación familiar Y la participación de la pareja: estudio descriptivo realizado en las comunidades: Chitocan y Satis, municipio de Cobán, departamento de Alta Verapaz. [tesis Médico y Cirujano] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2011.
22. Galindo Santos D. Conocimientos y actitudes del personal de salud respecto a métodos de planificación familiar. Chimaltenango. [tesis Médico y Cirujano].

Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2010.

23. Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar. [en línea] Ginebra: OMS; 2011 [citado 3 Feb 2015] (Nota descriptiva No 351). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
24. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guías de métodos para el espaciamiento de embarazos, nivel comunitario. Guatemala: MSPAS; 2005.
25. APROFAM. Clínica de planificación familiar. [en línea] Guatemala: APROFAM; [201?] [citado 25 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.aprofam.org.gt/servicios-medicos/consultas/planificacion-familiar/>
26. Hatcher R A, Rinenart W, Blackburn R, Geller J S, Shelton J D. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. Baltimore, Maryland: Universidad de Johns Hopkins, Facultad de Salud Pública; 2002
27. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan estratégico para la reducción de la mortalidad materna 2004-2008. Guatemala: MSPAS; 2003.
28. Magzul Tucux M. Control prenatal, parto y post parto en adolescentes Hospital Nacional de Chimaltenango. [tesis Médica y Cirujana] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2002.
29. Zamberlin N, Portnoy F. Tu cuerpo, tu salud, tus derechos: Guía sobre salud sexual y reproductiva. [en línea] Buenos Aires, Argentina: Fondo de Población de Naciones Unidas; 2007 [citado 3 Feb 2015] Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/pdf/unfpa-baja.pdf>
30. García Hernández A. Conocimientos, prácticas y actitudes sobre salud reproductiva en adolescentes municipio de Santa Catarina Pínula, departamento de Guatemala 2006. [tesis Médico y Cirujano] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2006.

31. Programa Naciones Unidas para el Desarrollo. Cifras para el desarrollo humano Sacatepéquez. [en línea] Guatemala: PNUD; 2011 [citada 5 Feb 2015] Disponible en:
<http://desarrollohumano.org.gt/sites/default/files/03%20Fasciculo%20Sacatepequez.pdf>
32. Organización Panamericana de la Salud. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes en América Latina. [en línea] El Salvador: OPS; 2012 [citado 5 Feb 2015] Disponible en:
http://siteresources.worldbank.org/INTLACREGTOPHEANUTPOP/Resources/832436-1363200877627/Informe_SSR_FINAL.pdf
33. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo del milenio: informe 2014. New York: ONU; 2014.
34. Rivera García G. Conocimientos y creencias sobre métodos anticonceptivos para Planificación familiar en mujeres en edad fértil. Villa nueva. [tesis Médico y Cirujano] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2007.
35. Ashford L. Necesidad insatisfecha de planificación familiar: enfoques recientes e implicaciones programáticas. [en línea] Washington: Population Reference Bureau Measure Communication; 2003 [citado 5 Feb 2015]. Disponible en :
http://www.prb.org/pdf/unmetneed_spanish.pdf
36. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Guatemala: estudio del acceso a servicios e insumos de planificación familiar para identificar estrategias que mejoren el acceso hasta el último rincón del país. [en línea]. Guatemala: USAID; 2011 [citado 2 Feb 2015] Disponible en:
http://osarguatemala.org/userfiles/GT_EstudAcceso.pdf
37. Nazar A, Saltatierra B. Embarazo no deseado en la población indígena y mestiza de Chiapas. Población y Salud en Mesoamérica. [en línea] 2008 [citado 9 Mar 2015]; (5):1-16. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/446/44650201.pdf>

11. ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Información a participantes

INTRODUCCIÓN:

Yo soy estudiante de séptimo año de la carrera de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Estoy investigando sobre la demanda insatisfecha en métodos de planificación familiar. Quiero realizar este estudio para poder descubrir las causas de porque en esta comunidad las mujeres no usan los métodos de planificación familiar, yo le voy a dar información que quiera saber previo a participar, lo cual va consistir en la realización de una pequeña entrevista. No tiene que decidir hoy si quiere participar. Antes de decidirse, puede hablar con alguien con quien se sienta cómoda sobre la investigación. Por favor, deténganos según le informamos para darnos tiempo para explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede hacérselas cuando crea más conveniente.

PROPÓSITO

Mi propósito es saber las causas de porque las mujeres que están en edad fértil con vida sexual activa y que no desean tener más hijos, no usan métodos anticonceptivos.

SELECCIÓN DE PARTICIPANTES:

Estoy invitando para este estudio a personas que se encuentran entre los 10-54 años de edad, que residan en las zonas 1, 2,3 y 4 del municipio de Santo Domingo Xenacoj, del departamento de Sacatepéquez, para identificar cuáles son las verdaderas causas de por qué las mujeres en edad fértil que no quieren tener hijos o sea que quisieran planificar no lo hacen, para así mismo brindar ayuda de alguna manera para que se les facilite el adquirir los métodos de planificación familiar.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

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

PROCEDIMIENTOS Y DESCRIPCIÓN DEL PROCESO:

El procedimiento que se llevará a cabo de la siguiente manera:

-Seleccionaré mujeres que cumplan con las características del estudio que necesito.

-Procederé a realizar la entrevista que incluye 27 preguntas de selección múltiple donde usted contestará la que más le parezca adecuada, así mismo si usted lo desea puede abstenerse de contestar alguna de ellas.

-Al finalizar la realización de la entrevista se agradecerá por su participación, y si durante la entrevista o al final de ella le surgen dudas se las resolveremos con todo gusto.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

INFORMADO

He sido invitada a participar en la investigación **CAUSAS DE LA DEMANDA INSATISFECHA EN METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN SANTO DOMINGO XENACAJ, DEPARTAMENTO DE SACATEPEQUEZ.**

Entiendo que se me pasará una entrevista con 27 interrogantes, las cuales contendrán varias respuestas de las cuales yo voy a seleccionar la que más me parezca. **He leído y/o me han explicado y así mismo he comprendido la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera a mi cuidado (médico).**

Nombre del participante

Firma del participante

Fecha _____

Si es analfabeto

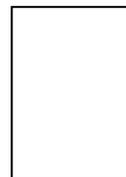
Debe firmar un testigo que sepa leer y escribir (si es posible, esta persona debiera ser seleccionada por el participante y no debiera tener relación con el equipo de investigación). Los participantes analfabetos debieran incluir también su huella dactilar.

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

Nombre del testigo

Firma del testigo

Huella dactilar del participante:



Fecha _____

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas.

Confirmando que la persona ha dado consentimiento libremente.

Nombre del investigador

Firma del Investigador _____

Fecha_____

Ha sido proporcionada a la participante una copia de este documento de consentimiento informado_____ (iniciales del investigador/subinvestigador).

UNIDAD DE RECOLECCIÓN DE DATOS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

Fecha: _____

Entrevista de la investigación "**Demanda insatisfecha en métodos de planificación familiar**"

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

- | | |
|---|--|
| <p>1. Edad _____</p> <p>2. Grupo étnico</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Ladino o Mestizo<input type="radio"/> Maya Cakchiquel<input type="radio"/> Otro grupo Maya <p>3. Religión</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Católica<input type="radio"/> Evangélica<input type="radio"/> Otra<input type="radio"/> Ninguna <p>4. Estado civil</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Casada<input type="radio"/> Soltera<input type="radio"/> Unida<input type="radio"/> Divorciada<input type="radio"/> Viuda | <p>5. Sabe leer y escribir</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Si<input type="radio"/> No <p>6. Escolaridad</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> 1ro a 3er año de primaria<input type="radio"/> 4to a 6to año de primaria<input type="radio"/> Secundaria<input type="radio"/> Universitario<input type="radio"/> Ninguno <p>7. ¿A cuánto tiempo de distancia está el servicio de salud más cercano de su casa?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Menos de 1 hora<input type="radio"/> Más de 1 hora |
|---|--|

ASPECTOS SOCIALES

- 8. No. De veces q ha estado embarazada** _____
- 9. ¿A qué edad tuvo relaciones sexuales por primera vez?** _____
- 10. ¿Cuánto tiempo ha esperado entre cada embarazo? (periodo intergenésico)**
- Menor de 6 meses

- De 6 meses a 1 año
- De 1 año a 2 años
- De 2 años a 4 años
- Más de cuatro años

ASPECTOS CULTURALES

11. Cuadro sobre conocimientos de planificación familiar, clasificar las respuestas en correcto e incorrecto.

	Correcto	Incorrecto
La planificación familiar son prácticas que permiten a las parejas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos.		
Los métodos de planificación familiar son dañinos y pueden llegar a ocasionar enfermedad a la mujer.		
Si utiliza un método de planificación puede quedar estéril y no poder volver a tener hijos en toda su vida.		
Los métodos de planificación familiar pueden ser pastillas, inyección, t de cobre, condón y algunos otros.		
Si ya no quiero tener hijos puedo operarme definitivamente.		
Los métodos de planificación familiar son caros y no los regalan en el servicio de salud. Hay que pagar por ellos.		

12. Si la paciente conoce o sabe sobre planificación familiar, ¿Dónde escucho esa información?

- Puestos o centro de Salud
- Campañas informativas
- Jornadas
- Ferias de Salud
- Club de embarazadas
- Mis vecinas/amigas/familiares me contaron
- Otro _____

13. ¿Ha utilizado anteriormente algún método de planificación familiar?

- No
- Si

14. Si la respuesta a pregunta 13 es Si; ¿Por qué razón ha dejado de utilizarlo?

- Porque tengo dudas y me siento insegura

- Porque no hay en el puesto de salud
- El puesto de salud me queda lejos
- El servicio en el puesto no me gusta
- No tengo tiempo
- Mi esposo y/o suegra no me deja
- No tengo dinero para el transporte
- Le ocasiono algún problema de salud. ¿Cuál? _____

15. En caso de no haber utilizado nunca un método familiar; ¿Ha querido utilizar algún método de planificación familiar?

- Si
- No

16. ¿Por qué razón no ha utilizado ningún método de planificación familiar?

- Porque tengo dudas y me siento insegura
- Porque no hay en el puesto de salud
- El puesto de salud me queda lejos
- El servicio en el puesto no me gusta
- No tengo dinero
- No tengo tiempo
- El puesto de salud queda a lejos
- Mi esposo y/o suegra no me deja
- Lo considera un pecado

17. ¿Qué opina su pareja sobre planificar?

- Está de acuerdo
- No está de acuerdo por miedo
- Que es pecado, o está mal visto por la comunidad
- No está de acuerdo porque quiere tener bastantes hijos