

# “Uno tiene que cuidar también de sí mismo”: Poniendo la planificación familiar guatemalteca en contexto utilizando Teoría Cognitivo-Social y un análisis de economía política

Emma Richardson<sup>1,2,3,4</sup>, Ken Allison<sup>3</sup>, Albert Berry<sup>5</sup> & Dionne Gesink<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Centro de Riesgo Ético, Social y Cultural, Hospital St. Michael's, Toronto, Canadá. <sup>2</sup> Facultad de Ciencias Sociales, Universidad del Valle de Guatemala.

<sup>3</sup> Escuela de Salud Pública Dalla Lana, Universidad de Toronto. <sup>4</sup> Departamento de Bioestadística y Epidemiología, Universidad de McMaster, Hamilton, Canadá. <sup>5</sup> Departamento de Economía y Centro Munk de Estudios Internacionales, Universidad de Toronto

emmazoelouise@gmail.com

**RESUMEN:** En Guatemala, las mujeres indígenas siguen teniendo mayor necesidad insatisfecha de planificación familiar en comparación con las mujeres ladinas. Para entender las barreras que enfrenten las mujeres indígenas en el acceso a la planificación familiar, es necesario examinar simultáneamente factores individuales como estructurales. Se realizaron entrevistas de elicitación con mujeres indígenas, casadas, entre 20 y 24 años de edad, de zonas rurales del Municipio de Patzún del Departamento de Chimaltenango en Guatemala para poder entender las barreras que enfrentan para acceder y utilizar métodos de planificación familiar. Los datos codificados de estas entrevistas fueron analizados tomando en cuenta el contexto dado por documentos históricos y políticos y un análisis de economía política. Los elementos estructurales críticos que afectan las decisiones de planificación familiar actualmente incluyen: inequidad de género; la influencia de la Iglesia católica a nivel estatal y en las creencias individuales, tanto como la influencia de otras iglesias; y la exclusión social y la represión de la población indígena que se remonta a la época colonial y se exacerbó con la guerra civil reciente. Un nuevo marco se presenta para considerar simultáneamente factores proximales, intermedios y distales que afectan a la planificación familiar. Este análisis también pone de manifiesto la necesidad en Guatemala de mejorar los servicios en cuanto a calidad, pertinencia cultural y adaptaciones lingüísticas con mecanismos que garanticen la participación, la confianza y la confidencialidad de poblaciones indígenas quienes han sido históricamente oprimidas y marginadas.

**PALABRAS CLAVE:** Planificación familiar, economía política, Teoría Cognitivo-Social, indígenas.

## 'One has to take care of oneself': Putting Guatemalan family planning decisions in context using Social Cognitive Theory and a political economy analysis

**ABSTRACT:** In Guatemala, indigenous women continue to have greater unmet need for family planning than ladina women. To understand the barriers indigenous women face in accessing family planning, it is necessary to simultaneously examine both individual and structural factors. Elicitation interviews were carried out with married, indigenous women, aged 20 to 24, from rural districts of Patzún, Chimaltenango in Guatemala in order to understand the barriers faced in accessing and using family planning. Coded data from these interviews were analyzed in light of context provided by historical and political documents and a political economy analysis. Critical structural issues affecting current family planning decisions include: gender inequity; the influence of the Catholic Church at the state level, and on individual beliefs, along with that of other Churches; and social exclusion and repression of indigenous people dating back to colonial times and exacerbated by the recent civil war. A novel framework is presented for simultaneously considering proximal, intermediate and distal factors affecting family planning. This analysis also highlights the need to expand high quality, culturally and linguistically appropriate services, with mechanisms to ensure participation, trust and confidentiality, for indigenous populations who have historically been oppressed and marginalized.

**KEYWORDS:** Family planning, political economy, Social Cognitive Theory, indigenous.

## Introducción

Numerosos estudios han documentado tasas de prevalencia anticonceptiva desiguales en Guatemala a lo largo de líneas étnicas (Bertrand et al. 1979; Chen et al. 1983; Bertrand et al. 2001; De Broe, 2005; Lindstrom y Muñoz-Franco, 2005; Lindstrom, 2006; USAID, 2008; Ishida et al. 2012;). De hecho, el 54% de ladinas utilizan la planificación familiar, comparado con el 28% de las mujeres indígenas y la necesidad insatisfecha de planificación familiar en las mujeres indígenas (29,6%) es casi el doble que el de las mujeres ladinas (15,1%; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2009). La necesidad insatisfecha de planificación familiar se define como el "porcentaje de mujeres unidas (casadas y en unión de hecho), que no desean tener más hijos o que postergarían el siguiente nacimiento de un hijo, pero que no están usando un método de planificación familiar" (Westoff, 2006; Mills et al. 2010). Las diferencias étnicas se han explicado en parte por factores proximales y, a veces intermedios, como: las características socio-económicas y demográficas; conocimientos y actitudes; la distancia física o tiempo de viaje a los servicios anticonceptivos; el estado de la migración; las redes sociales; y la calidad de los servicios (Bertrand et al., 1979; Chen et al., 1983; Seiber y Bertrand, 2002; Lindstrom y Muñoz-Franco, 2005; Bertrand y Anhang, 2006; Lindstrom, 2006; USAID, 2008; Ishida et al., 2012).

Chirix García (2010) hace una fuerte crítica de la literatura existente sobre la planificación familiar en Guatemala. Expone que la mayoría de los estudios han incorporado implícitamente una aplicación desigual de la perspectiva neo-malthusiana<sup>1</sup>, por lo que las personas pobres, indígenas de Guatemala deben limitar su procreación para evitar desajustes catastróficos en los recursos disponibles y el número de bocas que alimentar, pero esta lógica no se aplica a otros sectores de la sociedad y no tiene en cuenta las estructuras sociales injustas. Ella señala, además, que la mayoría de los estudios son cuantitativos, positivistas y superficiales en términos de los factores de comportamiento que toman en cuenta, y con frecuencia tienen un trasfondo de paternalismo y racismo sin tener en cuenta "el significado más profundo de la conducta social, las tendencias históricas y códigos simbólicos de la cultura maya" (Chirix García, 2010). Este estudio se deriva de una comprensión de las decisiones de fertilidad en relación con los derechos humanos, por lo que las personas tienen el derecho a "una vida sexual satisfactoria y sin riesgos" y deben tener la "capacidad de reproducirse y la libertad de decidir si, cuándo y con qué

frecuencia hacerlo"<sup>2</sup> (United Nations, 1994). Este artículo responde a la afirmación de Chirix García (2010) que "la sexualidad debe ser un concepto histórico-social, dinámico, íntimamente vinculado a lo político y económico" al utilizar un enfoque de economía política. Este estudio fue dirigido por una investigadora no-Maya de Canadá, en colaboración con un equipo de investigadores locales, utilizando principios de investigación participativa para promover que las prioridades y prácticas de las personas Mayas condujeran la investigación, las metodologías y la interpretación de los resultados.<sup>3</sup>

## Marco Teórico

Las teorías del comportamiento en salud son útiles para organizar, analizar y contextualizar los datos de las entrevistas con mujeres individuales. Estos modelos presentan y examinan las relaciones entre conceptos que son postulados influir en el comportamiento de los individuos a nivel intrapersonal, interpersonal, comunitario y político. Uno de estos modelos que resulta especialmente prometedor para la comprensión de las decisiones sobre la planificación familiar es la Teoría de Aprendizaje Social (TAS), con su concepto fundamental de la auto-eficacia. La auto-eficacia percibida no sólo influye en si una persona va a iniciar un comportamiento, sino también "cuánto esfuerzo se gasta y cuánto tiempo se mantendrá frente a los obstáculos y las experiencias adversas" (Bandura, 1977). TAS designa como la auto-eficacia puede aumentarse, a través de: los logros de desempeño, la experiencia indirecta, la persuasión verbal, y los estados fisiológicos" (Bandura, 1977; Bandura, et al. 2001). El rendimiento o logros de maestría personales pueden mejorar las expectativas de eficacia porque la gente ve evidencia de su capacidad para llevar a cabo la conducta. A través de la experiencia indirecta las personas observan a otros que llevan a cabo las conductas. La persuasión verbal consiste en ser convencido por los argumentos de otros influyentes (Bandura, 1977). El cuarto, estados fisiológicos, no es tan relevante para el uso de anticonceptivos, que depende de los patrones de comportamiento a largo plazo y abarcan un mayor tiempo de duración de un estado fisiológico aumentado.

La Teoría de Aprendizaje Social (TAS) también es ventajosa para considerar la conducta de anticonceptivos en Guatemala rural debido a cómo se sitúan los factores ambientales. TAS se basa en el determinismo recíproco, según el cual "el funcionamiento psicológico implica una interacción recíproca continua entre las influencias conductuales, cognitivas y ambientales" (Bandura,

<sup>1</sup> Malthus advirtió en su influyente libro de 1798 "Un ensayo sobre el principio de la población", que el crecimiento poblacional sobrepasaría la producción agrícola y, finalmente, daría lugar a una hambruna generalizada y a enfermedades (Stilwell, 2012).

<sup>2</sup> Todas las citas originalmente en inglés fueron traducidas al español por los autores

<sup>3</sup> Agradecen los autores a Regina Solís, quien efectuó la traducción de este artículo del inglés al español, y a Mylini Saposan, quien ayudó con el manejo de las referencias.

1978; Glanz y Rimer, 2005). En esta conceptualización, se eleva al ambiente a tener una influencia independiente, que es apropiado para el contexto guatemalteco, donde los elementos estructurales de la opresión han sido y siguen siendo tan significativo. TAS, sin embargo, puede subestimar estos aspectos estructurales. Bandura explica que "la mayoría de las influencias ambientales afectan el comportamiento a través de procesos cognitivos intermediarios" (Bandura et al., 2001). Si los individuos son influenciados principalmente por el medio ambiente y los factores socio-estructurales a través de los efectos que tienen sobre la cognición, entonces el medio ambiente está concebido temporalmente en el presente, y no se toma en cuenta suficientemente la discriminación estructural que se ha acumulado y agravado la situación de las mujeres indígenas guatemaltecas durante siglos.

## Enfoque de economía política

Para poder abordar esta limitación de la Teoría de Aprendizaje Social, es útil tener en cuenta los aportes de la perspectiva de la economía política. Los economistas políticos suelen considerar el enfoque de análisis que los científicos del comportamiento utilizan como demasiado centrado en causas proximales. El "enfoque de economía política para entender la salud y la enfermedad considera los contextos políticos, sociales, culturales y económicos en los que surgen la enfermedad y el malestar, y examina las formas en que las estructuras sociales interactúan con las condiciones particulares que conllevan a la buena o mala salud" (Birn, 2009).

El modelo conceptual desarrollado para esta investigación (figura 1) abarca, pues, el concepto de determinismo recíproco que sustenta TAS de Bandura, y también hace hincapié en el carácter histórico y político de las influencias ambientales sobre el comportamiento y los resultados.

El objetivo general de este trabajo es de presentar y aplicar un marco conceptual novedoso, lo cual combine la economía política y la ciencia de la conducta, para entender y contextualizar las experiencias de mujeres indígenas rurales de Guatemala en acceder a la planificación familiar.

## Materiales y métodos

### Contextualización del estudio

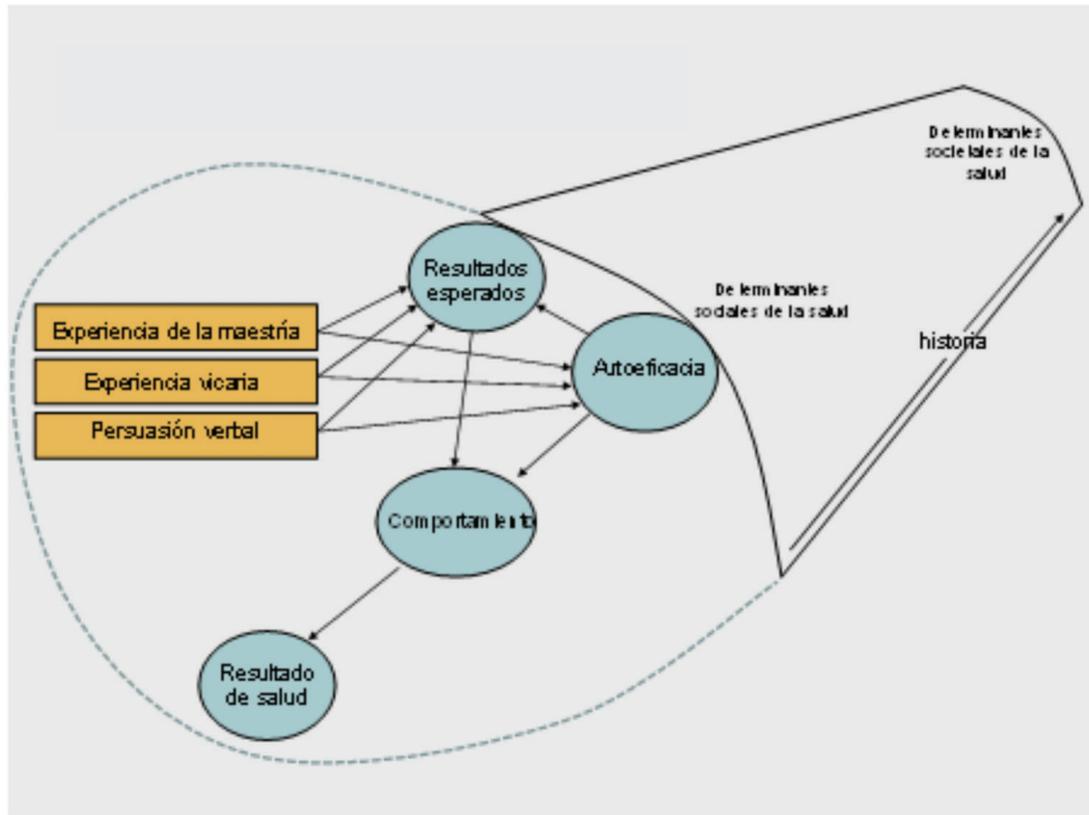
Patzún se encuentra en el borde occidental del Departamento de Chimaltenango, en el centro de la región Kakchiquel y de Guatemala (SEGEPLAN, 2010). Se estima que 630.609 personas

habitan el departamento, el 12,6% de las cuales son analfabetas (Instituto Nacional de Estadística, 2013; Instituto Nacional de Estadística, 2014). La Tasa Neta de Cobertura<sup>4</sup> en Chimaltenango para niños entre 7 y 12 años es del 81,2%, lo cual está por debajo del promedio nacional de 89,1% (Instituto Nacional de Estadística, 2014). En el último censo nacional de 2002, se describe a Patzún por tener 42.326 habitantes, con la mayoría, 40.241 personas, identificándose indígena, y 2.085 no indígena (Instituto Nacional de Estadística, 2002). En promedio, las mujeres de 20 a 24 en Chimaltenango desean tener 3 hijos, lo que es igual a la media nacional (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2010). Sin embargo, el 69% de las mujeres en Chimaltenango nunca han utilizado un método anticonceptivo en su vida, lo que convierte al departamento en uno de los más bajos en términos de uso de anticonceptivos (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2010). Además, la tasa global de fecundidad para el Departamento es de 3,3, por encima de la media nacional de 3.1 (Instituto Nacional de Estadística, 2013). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (2009), el 25,3% de las mujeres en Chimaltenango tienen una necesidad insatisfecha de planificación familiar (necesidad insatisfecha 11,9% para el espaciamiento y el 13,4% la necesidad insatisfecha de limitar).

### Entrevistas de elicitación

Las entrevistas individuales (n=16) se llevaron a cabo en los distritos rurales de Patzún, Chimaltenango, Guatemala con mujeres indígenas, con edades entre 20 a 24 años, casadas o unidas. La guía de entrevista seguía de cerca consejos para entrevistas de elicitación para la investigación en auto-eficacia (Middlestadt et al. 1996; Montaña y Kasprzyk, 2008). Incluyó preguntas generales sobre la edad, la etnia, la educación de las participantes y sus familias y luego se desplaza a preguntas específicas acerca de sus conocimientos y opiniones de los métodos de planificación familiar. Las preguntas que se incluyeron fueron sobre las barreras para el acceso y uso de planificación familiar que fueron identificadas en la literatura existente. La aprobación ética se obtuvo de la Universidad de Toronto y la Universidad del Valle de Guatemala. Las participantes fueron intencionalmente muestreados de tal manera que la mitad estaban usando anticonceptivos (n=8) y la otra mitad no (n=8; USAID, 2008; Stilwell, 2012). La mitad de aquellos que no utilizaban métodos anticonceptivos cumplían con la definición de la necesidad insatisfecha de planificación familiar (n=4). La edad promedio de las participantes fue de 22.4 años, con un rango de 20 a 24 (tabla 1). Las entrevistas fueron grabadas y transcritas textualmente, después se analizaron de acuerdo con el método de comparación constante (Glaser, 2008). Los temas

<sup>4</sup> La Tasa Neta de Cobertura indica cuántos niños en edad escolar están asistiendo a la primaria, en relación a la población de 7 a 12 años del lugar.



**Resultado de Salud:** Evitar el embarazo no deseado

**El comportamiento:** Usar la planificación familiar

**La auto-eficacia:** “La convicción que uno puede ejecutar con éxito el comportamiento requerido para lograr los resultados [deseados]” (Bandura et al. 2001)

**El resultado esperado:** “Los costos o beneficios de los distintos hábitos de salud” (Bandura, 2004). Estos incluyen de 3 tipos: físicos (“los efectos agradables y adversos del comportamiento y los beneficios y pérdidas materiales acompañantes”), sociales (“la aprobación y desaprobación social que causa el comportamiento en las relaciones interpersonales”) y las expectativas de auto-evaluación (“las reacciones de auto-evaluación positivas y negativas al comportamiento y estatus de salud” (Bandura, 2004).

**La experiencia de la maestría, la experiencia indirecta y la persuasión verbal:** Estas son tres de las cuatro fuentes de auto-eficacia como se define arriba y por Bandura (1977).

**Los determinantes sociales y societales de la salud:** En nuestro marco conceptual (Figura 1), la historia separa las determinantes sociales de la salud más proximales de sus antecedentes más distales, las determinantes societales de la salud. Las determinantes sociales de salud son las “circunstancias bajo las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas puestos en marcha para hacer frente a las enfermedades” (WHO, 2004). Mientras las determinantes sociales pueden ser considerados las “causas de las causas,” las determinantes societales son “las causas de las causas de las causas” de la salud y la enfermedad (Birn y López, 2011). Estos determinantes sociales y societales de salud son concebidos en el modelo de estructurar un rango de probables escenarios acerca de las auto-eficacias, los resultados esperados, el comportamiento y los resultados de salud relacionados al uso de la planificación familiar. Entonces estos determinantes no son completamente preceptivos, pero si influyen considerablemente los rangos probables para los determinantes y los resultados individuales.”

Figura 1. Determinantes individuales, sociales y societales del comportamiento contraceptivo.

se identificaron tanto deductiva como inductivamente. El análisis de los datos de las participantes dio lugar a los temas inductivos, que era una función de las propias entrevistas, mientras que los temas deductivos se generaron a partir de una consideración de la literatura existente. La validez y precisión del esquema de codificación fue verificado por el primer autor y el equipo de investigación local, que incluyó un asistente de investigación de la comunidad, un lingüista que realiza transcripciones bilingües (Kakchiquel y español), y un coordinador de la investigación local.

## Fuentes de economía política

Se hizo un análisis de economía política para comprender los factores históricos y políticos que subyacen a las barreras más proximales al uso de anticonceptivos. La información acerca de las estructuras políticas, económicas y culturales que afectan a las decisiones de planificación familiar se obtuvo de diversas fuentes en la literatura gris y académica: documentos históricos y políticos, las encuestas del gobierno, las Naciones Unidas y los informes de los donantes e investigaciones publicadas. Esta revisión centrada y crítica de la literatura se utilizó para apoyar temas estructurales emergentes y generar temas deductivos para consideración en el análisis de las entrevistas de elicitación.

## Resultados

Los elementos estructurales críticos que afectan las decisiones de planificación familiar actualmente incluyen: inequidad de género; la influencia de la Iglesia católica a nivel estatal y en las creencias individuales, tanto como la influencia de otras

iglesias; y la exclusión social y la represión de la población indígena que se remonta a la época colonial y se exacerbó con la guerra civil reciente. Estas influencias se discutirán a su vez, a partir de los documentos políticos e históricos y citas directas de las entrevistas de elicitación que aluden a estos factores, siempre que sea posible, con el fin de entrelazar las perspectivas de la economía política con las de las teorías del comportamiento en salud.

## La inequidad de género

La cultura maya es patrilocal, en que las mujeres viven con las familias de sus maridos, y patriarcal (Chirix García, 2010). El patriarcado "refiere a los desequilibrios de poder, prácticas culturales y sistemas que otorgan a los hombres más poder en la sociedad y les ofrecen beneficios materiales, tales como un mayor ingreso y beneficios informales, incluyendo cuidados y servicios domésticos por parte de las mujeres y niñas en la familia" (World Health Organization, 2007). La inequidad de género nunca fue etiquetada como tal por las participantes, sin embargo, aplicando una lente de género en la interpretación de los datos de las entrevistas indican varios ejemplos de patriarcado, tocando temas de: desigualdad de oportunidades educativas, el significado de ser mujer en este contexto, los peligros potenciales de violencia de género y el poder diferencial basado en la toma de decisiones sobre la planificación familiar.

## Educación

Cuando se habla de los méritos de espaciamiento de sus hijos, una participante mencionó que le hubiera gustado tener menos hijos para que ella pudiera educar a sus hijas. Describió que durante su propia infancia:

*"Bueno eso, en mi caso yo quise estudiar pero no tuve apoyo de mi papá y decía el más vale los hombres y no las mujeres porque las mujeres se casan...eh... bueno en el caso de mi papá dice que a los hombres más, en su hermanito o sea mi hermanito tuvo oportunidad pero el no supo aprovechar, bueno no quiso y, bueno yo quise pero no se podía hacer nada porque yo soy la primera y tengo que cocinar, tengo que ir al campo arreglar a mis hermanitas ya no entran en la escuela y muchas cosas que de veras me siento muy a veces sola y muy triste... Yo quiero tener algo y darle estudio a mis hijas."*

Las conceptualizaciones de género ciertamente influyen en el acceso a la educación en Guatemala. La población mayor a 15 años tiene un promedio de 4.5 años de educación; los hombres, no indígenas, del área urbana tienen el mayor promedio de escolaridad (8.9 años) y las mujeres indígenas del área rural tienen el menor (1.2 años; UNICEF, 2007).

**Tabla 1.** Características descriptivas de las participantes (n=16)

Característica	n	%
<b>Nivel educacional más alto</b>		
6 <sup>o</sup> grado o menos	10	63
Por lo menos un año de básico	5	31
La secundaria completa	1	6
<b>Número de niños vivos</b>		
0	2	12
1	7	44
2	7	44
<b>Embarazada</b>		
Sí	4	25
No	12	75
<b>Método de planificación actual</b>		
Depo-Provera (inyección de 3 meses)	7	44
Condones	1	6
Ninguno	8	50

## Ser mujer

Las participantes comúnmente describían las identidades de las mujeres en su comunidad en relación cercana a tener hijos. Inclusive las mujeres que tienen hijos corren el riesgo de ser criticadas por no ser mujeres (*¿No sos mujer?*) si no proveen muchos hijos a su esposo (6 de 16 participantes describen esto en detalle). Esta expresión de condición de mujer es una variante interesante del estereotipo común del hombre latinoamericano como machista y su sentimiento de que tener muchos hijos es una señal importante de su masculinidad (Zelaya et al., 1996). Las participantes describen que las críticas por no ser mujer provienen de vecinos, esposos, suegras y las mujeres mismas (tabla 2).

El lento proceso para aprobar leyes de violencia de género ejemplifica la conceptualización de mujeres como únicamente madres y esposas. Por ejemplo, en lugar de condenar toda la violencia hacia la mujer, y a pesar de esfuerzos realizados por los grupos de mujeres para hacer una ley más comprensiva, en el año 1996 la Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar, como el título sugiere, está limitada a la violencia “en la familia”.

## Cultura de violencia contra la mujer

La expresión más extrema de violencia contra la mujer en Guatemala es el impresionante número de mujer asesinadas, clasificado como femicidios, con 8.38 mujeres asesinadas anualmente por cada 100mil habitantes en el país. Entre 2005, 2006 y 2007, 1,986 mujeres fueron asesinadas en Guatemala, dos tercios de las cuales fueron asesinadas por hombres que eran cercanos a ellas (parejas, esposos, padres, etc.). Quizás es aún más impactante la impunidad con la cual estos crímenes

son cometidos, con un único 2% de los perpetradores siendo condenados. (43 condenas entre 2005 y 2007). Esto representa un legado de violencia de género conectado con la guerra civil (Berry, 2010) y otorga credibilidad a las preocupaciones de mujeres individuales quienes temen la violencia de sus esposos si utilizan métodos de planificación familiar sin su conocimiento o consentimiento.

A pesar de estos altos niveles de violencia en contra de la mujer, este tema está prácticamente envuelto en el silencio, de tal forma que las mujeres están menos dispuestas a compartir abiertamente sus experiencias por miedo a la violencia. Durante la guerra civil el silencio fue una estrategia de protección aprendida utilizada por personas indígenas, quienes eran objeto de la violencia por parte de los rebeldes y especialmente por parte del Estado. Familias indígenas enteras no identificaban a sus propios familiares asesinados en las operaciones contrainsurgentes, por miedo de ser asesinados (Lovell, 2010). La violencia afectó “particularmente a las personas mayas, cuyas mujeres eran consideradas botines de guerra y sobre quienes recayó todo el peso de la violencia institucionalizada” (Lovell, 2010). Las mujeres indígenas fueron utilizadas como peones durante la violencia y eran consideradas la propiedad del enemigo (García Chirix, 2009).

Reconocer la vacilación de reportar casos de violencia es importante para comprender los matices en las entrevistas con las mujeres a nivel individual. Por ejemplo, muchas mujeres hicieron referencia a “problemas” en su relación marital que podrían potenciarse si usaban la planificación familiar sin el consentimiento de su marido y que éste se enterara después. Debido a la evidencia de algunas mujeres que fueron más explícitas es probable que el término “problemas” se emplee comúnmente como un eufemismo para violencia (tabla 3).

**Tabla 2.** Críticas por *no ser mujer* si una no tiene muchos hijos

Fuente de la crítica	Datos
Los vecinos	“La gente dice que no es mujer, por eso no se puede, no se puede cuidar, que no puede tener hijo y así. . . Uno pasa le dice, ‘A ella no es mujer, que no puede tener bastantes hijo o así. Uno se molesta. . .’”
El esposo	“Pero antes él no quiere escuchar sobre métodos. Teniendo ya ahí los papeles de métodos le empiezo hablar con el, y el nó, me dice que ‘Nó, ¿para qué? ¿Acaso no sos mujer pues?’”
La mujer misma	“Tengo una mi cuñada. Aja y ella a cada año tiene sus bebés. . . Así como dice ella que ‘Mientras que me casé con mi marido yo de mujer le tengo que dar todos los hijos, todos los hijos que él quiere,’ dice.”
La suegra y el esposo	“Mi vecina pues dice que regaña su esposo: ‘¿Que si no quieres hijo por qué veniste pues? No sos mujer por eso.’ Así dice su esposo. Pero yo digo si es a la fuerza así creo que es una violación pues. Así dice, hasta su suegra dice así, su suegra dice que ‘¿Porque vino con mi hijo pues si no quiere sus hijas?’”

**Tabla 3.** Discusión de mujeres alrededor de “problemas” y violencia. *Nota:* Texto en itálico denota la voz del entrevistador

Situación	Datos
Experimentó “problemas” cuando usó la planificación familiar y el esposo no estaba de acuerdo	“Y si tu pareja no está de acuerdo para planificar, si uno desea planificar y el otro no, no es posible la planificación porque surgen problemas. . . La primera vez [que use un método de planificación familiar] sí, tuve problema porque él no estaba de acuerdo que planificara, y como yo me decidí pues porque, porque, porque de mi primer bebé casi se me murió y ya estaba así y le dije que yo ya no quiero, me voy a planificar. El no quiso y como yo quise, fui a pedir, me dieron [un método]. Pero ya después que él empezó a sospechar, empezamos a tener problemas entre pareja.”
“Problemas” maritales potenciales que se refieren a la violencia	“Yo diría que no [usaría planificación familiar si mi esposo estaba en contra], sí porque igual se daría cuenta. . . habría pelea porque no, no opinamos lo mismo. . . <i>“Y piensas que hay peligro también en esos casos de que hay violencia, de que se pega a una esposa por eso?”</i> “Hay yo digo que sí, porque tal vez el esposo le prohíbe y ella porque quiere ayudarse, se cuida, tal vez habría problemas.”
Problemas con la violencia cuando el esposo se emborracha	“A veces dicen que los esposos no quieren [usar planificación familiar], entonces uno amenaza a su mujer o por eso lo golpea. . . Si no están de acuerdo los esposos entonces a veces por eso hay problemas aja porque uno se cuida. . . Por ejemplo, cuando está sano tal vez no te puede decir o hasta que, que emborracha y así y te empieza a golpear en la casa.”
Hubiera usado la planificación familiar sin el consentimiento del esposo, pero con miedo de problemas, incluyendo la violencia	“Hay tal vez se enojaría bastante y me empezaba a regañar digo yo. . . Sí también miedo de que me hubiera pegado o, sí, el primer día que yo le dije eso yo tenía miedo”

Se dio especial cuidado a no exponer inadvertidamente el estatus de las mujeres respecto a la planificación familiar cuando fueron invitadas a participar en este estudio. De este modo, las participantes tenían menos probabilidades (que las mujeres indígenas promedio en este rango de edad) de utilizar planificación familiar sin el consentimiento de sus esposos. La enfermera que provee servicios de extensión en salud en el distrito rural en donde la mayoría de entrevistas de elicitación se llevaron a cabo, describió que tenía que atender situaciones de violencia doméstica en una comunidad adyacente, en donde una mujer buscó servicios médicos después de haber sido golpeada por su esposo cuando él encontró que estaba utilizando métodos de planificación familiar. En un otro distrito rural en donde pudo haberse llevado a cabo el proceso de entrevistas, la enfermera no se sintió cómoda colaborando con el proceso de reclutamiento, ya que sabía que muchas participantes potenciales estaban utilizando métodos de planificación familiar sin el consentimiento de sus parejas, y había atendido varios casos de violencia intrafamiliar relacionados con hombres que se enteraron que sus esposas utilizan planificación familiar. En general, los comentarios explícitos e implícitos por parte de las participantes con respecto al miedo a la violencia, la experiencia de las enfermeras en el área y las estadísticas nacionales y las políticas sobre violencia de género, conjuntamente señalan una inequidad de género persistente apuntando a una limitada esfera de

decisiones de las mujeres respecto a la utilización de métodos de planificación familiar.

### ¿De quién es la decisión?

Cuando se les preguntó quién era responsable de las decisiones acerca del número de hijos que se tenían o de la planificación familiar, superficialmente, las respuestas de las participantes generalmente conllevaban una visión más equitativa entre ellas y sus esposos acerca del proceso de toma de decisiones. Sin embargo, recurrentemente al adentrarse al final de la entrevista, o al cruzar referencias con otras respuestas, se observa un patrón en donde los esposos esencialmente tenían el poder de veto sobre las decisiones de la planificación familiar. La decisión es “compartida”, como las mujeres describían, siempre y cuando el esposo expresa su aprobación.

Una participante reveló la oposición por parte de su esposo respecto a la utilización de planificación familiar, únicamente a través del curso de la entrevista. Cuando se le preguntó inicialmente, “¿Qué piensa su esposo sobre eso [planificación familiar]?” Ella contestó: “Está de acuerdo.” Luego, cuando se discutía el temor a Dios en relación con el uso de planificación familiar, la participante admitió, “El casi no está de acuerdo”.

Finalmente, cuando se discutía su confianza en la utilización de planificación familiar acorde a diferentes escenarios, la participante confirmó, "No va a estar de acuerdo..." Continué elaborando que ella no se sentiría cómoda utilizando planificación familiar sin el apoyo de su esposo, porque ella temía que él la abandonará y perdiera la ayuda de su esposo en caso de enfermarse.

Cuando se les preguntó directamente, la mayoría de participantes comentaron que creían que la utilización de la planificación familiar es una decisión en conjunto, esposo y esposa, sin embargo, muchas de sus respuestas mostraron que el esposo es quien en efecto tiene el poder de decisión en el asunto.

*"De quien piensa que es la decisión de, de usar planificación familiar, más de la mujer, del hombre o de los dos?"*

*"De los dos, yo opino de los dos, porque entre los dos están de acuerdo no, uno no va a venir, uno no tiene problemas digamos, y si solo uno está de acuerdo y uno no, ahí hay problemas"*

Otra participante es más directa en cuanto a que su esposo tiene que estar de acuerdo respecto a la planificación familiar:

*"De todos modos esta bueno, pero sí, uno tiene que estar de acuerdo los dos, con la esposa y el esposo entonces si se puede, si solo la mujer casi no, por mi parte no haría eso porque, si algún día se enteraría es un problema... Si pues a mi, Eh... tendríamos que hablar los dos para usar esos métodos..."*

Una mujer es explícita respecto a no ser capaz de imponerse frente a su esposo:

*"Yo no puedo mandarlo solo, no puedo decidir yo solita, así es hay que estar de acuerdo los dos, Mmm, así es."*

## **Influencia de la Iglesia católica y otras iglesias**

La mayor influencia proximal de la Iglesia es a través de la manera en que las afiliaciones religiosas de los y las guatemaltecas influyen en la forma de comprender y opinar acerca de los anticonceptivos. Once participantes de 16 discutieron alrededor de cómo la conceptualización de la planificación familiar como un pecado puede ser una barrera hacia el uso y el acceso a la misma. De estas once, cinco participantes atienden activamente a la Iglesia (cuatro católicas y una evangélica) y dos tienen un fuerte "temor de Dios" que definitivamente les disuade de utilizar la planificación familiar. Inclusive si las mujeres por sí mismas no iban a la Iglesia, estaban influenciadas indirectamente por

lo que ellas entendían acerca de las enseñanzas de la Iglesia, y por miembros de su familia o comunidad quienes tienen fuertes creencias acerca de los métodos anticonceptivos como un pecado:

*"A veces mandamos que la ley de Dios pues no no... y más en las comunidades así religiosas no permiten eso, entonces eso [la planificación familiar] no. Digamos que es pecado porque si mientras que nosotros buscamos un esposo es para tener hijos, porque Dios mismo así dijo, si pues, si yo eso pienso, si pues."*

"Y por qué piensas que su mamá no estaría de acuerdo?"

*"Mmm, como te dije anteriormente, ella, en primer lugar es pecado, hacer eso de usar todos los métodos, yo así pienso."*

Otra participante discute las repercusiones de la planificación familiar en relación con Dios:

*"Es un pecado delante de Dios, ajá porque talvez el tiene planes de mandar a los hijos aquí en la tierra pero nosotros no queremos, aaja... Pues lo que yo pienso por los hijos es que Dios a veces manda las bendiciones. Aaja, sí, por cada niño que nace el nos da todo lo que los padres necesitan. Por los hijos es que comen los padres... Y si uno, yo pienso que si, si al usar los métodos es porque uno lo quiere y no vendrían tantas bendiciones... Lo que hemos pensado es Eh usar métodos, pero a la vez también da pena y da miedo, como...siendo un temor de Dios. ¿Saber?"*

En Guatemala la influencia de la Iglesia católica en el gobierno se remonta a tiempos coloniales, cuando era posiblemente tan significativa como la de la burocracia secular (Calder, 1970; Few, 1995; Bendaña, 2010). Few (1995) documenta cómo el Santo Oficio de la Inquisición en Santiago de los Caballeros de Guatemala ejercía poder y control social sobre sujetos coloniales. En general, "la sexualidad de las mujeres [era] constituida por la iglesia y la autoridad civil como peligrosa para el orden social en un sentido amplio" (Few, 1995). La Iglesia atacaba sistemáticamente la sexualidad abierta y saludable de las personas indígenas, intentando reemplazarla con costumbres sexuales opresivas y "decentes" (Grupo de Mujeres Mayas Kaq'la, 2004).

La influencia de la Iglesia católica en las políticas poblacionales guatemaltecas ha servido para limitar el acceso y el uso de anticonceptivos. Cuando la organización privada de planificación familiar de Guatemala, APROFAM, fue fundada en 1962, muchos líderes fueron desalentados de iniciar o continuar como

miembros del consejo debido a la constante presión de la Iglesia que se oponía a la planificación familiar (Santiso-Galvez y Bertrand, 2007). En 1979, después de alcanzar ciertas metas en el servicio de planificación familiar, el Ministerio de Salud sucumbió a la presión de la Iglesia católica, la cual decía que los dispositivos intrauterinos eran abortivos, suspendiendo el programa de planificación familiar y ordenando que todos los dispositivos intrauterinos fueran removidos (Santiso-Galvez y Bertrand, 2007; Santiso-Galvez y Jane, 2004).

Otra importante advertencia es que el catolicismo, por sí mismo, no es suficiente para explicar la falta de prevalencia anticonceptiva en Guatemala, mientras las mismas influencias se presentaron en otros países de América Latina también, tales como Chile y Colombia en donde las tasas de utilización anticonceptiva son mayores (Robinson y Ross, 2007). En lugar de eso, es una confluencia de factores en Guatemala, y los “lazos cercanos entre la Iglesia católica y la élite dominante en el asunto de la planificación familiar” como señala Santiso-Gálvez y Bertrand (2007), lo que contribuye a la “atrasada revolución anticonceptiva” en este país (Santiso-Galvez y Jane, 2004).

## Sexualidad de la mujer envuelta en silencio

La superposición de la inequidad étnica y de género, la historia colonial así como la influencia de la Iglesia, han contribuido a una situación en donde la sexualidad de la mujer es un tema tabú en Guatemala en todas las clases sociales, y aún más en las mujeres mayas (Pick et al. 2008; Chirix García, 2010). Emma Chirix García, escribe acertadamente acerca de las maneras en las cuales la sexualidad de la mujer maya ha sido reprimida. Ella describe cómo las representaciones de cerámica prehispánica de mujeres mayas muestran la figura humana incluyendo imágenes eróticas, sin ninguna carga negativa. Su análisis histórico de las políticas del cuerpo maya trazan cómo las concepciones occidentales de la belleza y la castidad han conducido a la “colonización del cuerpo”, llegando a la explotación corporal, culpa y la doble moral (García Chirix, 2009). Así, acorde a Chirix García, las conceptualizaciones de la desnudez y la sexualidad por parte de las mujeres mayas han sido trasplantadas a través de la imposición de otra “visión, otro sistema de valor, otra forma de vestir...Se los instruyó a vivir la sexualidad como pecado, como sucia e impura, como algo privado y como una actividad vergonzosa,” con “el cuerpo humano indigno de disfrutar del placer” (García Chirix, 2009).

Como se esperaba, la represión de la sexualidad femenina no fue mencionada directamente por las participantes, pero se pudo observar a través de diversas líneas de interpretación. Cinco participantes hablaron sobre sexo en un total de siete ocasiones, a pesar de nunca usar el término directamente. Las participantes se refirieron a “tener” relaciones en cuatro momentos

y a “cuidarse” en tres. A lo largo de las entrevistas, el término “cuidarse” tomó muchos significados, la mayoría para describir la utilización de planificación familiar, con métodos naturales y modernos. En dos de tres ocasiones en ese contexto, las mujeres se refirieron a “cuidarse” como evitar el sexo con sus esposos durante el periodo fértil de su ciclo, cuando utilizan el método del ritmo: “Si uno no cuida los días que uno no puede estar con él pero, si uno no pudo cuidar, ahí se queda embarazada.” Nunca se mencionó el sexo en relación con el placer o disfrute de las mujeres. Por el contrario, dos mujeres hablaron de tener miedo de tener “relaciones” con sus esposos cuando no están utilizando métodos modernos de planificación familiar, porque ellas no querían quedar embarazadas: “Hasta uno se siente miedo. Siente miedo al tener relación porque qué tal si me quedo embarazada otra vez y yo no quiero y así uno piensa pues. Hasta por eso no a veces no se siente bien por eso también hay problemas porque los esposos se dan cuenta que uno pues no, no digamos que no, no se siente bien con el, aaja...” En estas instancias las mujeres han tenido problemas experimentando placer en el sexo porque ellas están preocupadas acerca de las implicaciones reproductivas. Para las mujeres que tienen necesidades de planificación familiar insatisfechas, que prefieren esperar para tener hijos pero no están utilizando ningún método moderno, el miedo de quedar embarazadas parece que potencialmente apaga la posibilidad del placer, y puede crear una nueva fuente de ansiedad.

El tema de la reproducción en general se habla poco, inclusive entre madres, hijas y hermanas, con líneas de comunicación atrasadas respecto a tener hijos y la planificación familiar hasta después de que el primer embarazo ha comenzado:

*“Bueno... lo comentábamos [tener una familia] a veces pero no es... no es lo mismo que cuando uno ya lo está viviendo pues ya ...a uno ya lo orientan más que - claro - que cuando todavía no... Solo pues un comentario nada más que pasa, pero... ya cuando uno ya lo está viviendo ya es, es más... más amplio el comentario que le dan a uno pues.”*

“Y...tener hijos en general es algo que se...se planifique o simplemente...se da?”

*“Pues en mi caso creo que es... algo que... que me pasó y...así me pasó.”*

Discutir el tema de anticonceptivos con la propia familia es inclusive menos común, con muchas participantes que se enteraron de la planificación familiar a través de los proveedores de los servicios de salud hasta que creían estar embarazadas o ya habían dado a luz a su primer hijo/a.

Los esposos utilizan diversas tácticas para atrasar y evitar hablar del tema de planificación familiar. Por ejemplo, una mujer describe cómo su esposo prefirió discutir el tema de la planificación familiar después de haber tenido su primer hijo, y en este entonces confirmó que estaba en contra:

*“Si, hablamos con el [sobre la planificación familiar]...pero después me dijo que 'ahí hablamos sobre eso después cuando ya teníamos el primer hijo,' me dijo, 'para definirlo bien.' Ajá, pero si hablamos un poco [después del primer hijo] pero el casi no está de acuerdo.”*

Las discusiones que sí ocurren entre jóvenes parejas cuando el esposo no quiere utilizar métodos de planificación familiar parece ser mayormente de una parte, con el esposo negándose a revelar sus razones por las cuales no está de acuerdo:

*“Mmm no está de acuerdo, no está de acuerdo, no...”*

“Y por qué dice el, por qué piensa que no está de acuerdo?”

*“De eso si no. Me dice que no está de acuerdo, simplemente dijo que no estaba...”*

“¿Y ahí se quedó la conversación?”

*“Sí.”*

Otra participante describe que tenía tanto miedo de tan siquiera tocar el tema de la planificación familiar que inicialmente se sentía cómoda únicamente tratando el tema como una broma.

*“Sí, el primer día que yo le dije eso [sobre la planificación familiar] yo tenía miedo de mmhu como empezar a decirle entonces yo le le empezaba a decir con bromas. Ajá bromas le decía y bromas y bromas y así y hasta que algún día si le hablé en serio... La broma que yo le hicé es que le dije que '¿Que decis tu si algún día usamos un método?' Así le decía yo, Entonces el se empezaba a reír Mmm y me dijo 'No, eso no quiero yo' Y nos empezamos a reír, así en bromas.”*

El humor puede facilitar la expresión de los pensamiento que no están normalmente permitidos, y las bromas son a veces utilizadas para probar temas incómodas (Wellings, 2000). Mediante la expresión inicial en broma, esta participante logró abordar un tema sensible como la planificación familiar. Examinando las entrevistas para encontrar patrones de risas, se encontró que las participantes se reían más frecuentemente cuando se discutía si ellas habían estado embarazadas o cuántos hijos querían tener, y si el tiempo con el que habían tenido su

último hijo era el ideal para ellas o no. Estas risas son otro indicador de que las conversaciones acerca de decisiones reproductivas son inusuales y hasta cierto punto incómodas para las participantes del estudio. García Chirix (2009) documentó cómo en Comalapa, Chimaltenango, Guatemala, el tema de la sexualidad provoca risas, con muchas mujeres expresando sus sentimientos, emociones y experiencias sexuales a través de bromas. Las mujeres se refieren indirectamente a las partes de su cuerpo, utilizando recurrentemente metáforas, demostrando la resistencia a los patrones dominantes de represión sexual (Chirix García, 2009).

## **Exclusión social étnica a través de la historia, culminando en la Guerra Civil**

La introducción de la Comisión para el Esclarecimiento Histórico (CEH, 1999), que intenta documentar y entender las raíces de la violenta y prolongada guerra civil en Guatemala, explica la “constatación insoslayable: que ésta es una sociedad profundamente heterogénea y polarizada en términos económicos, sociales y culturales, sin un proyecto común de nación que reconozca en los hechos la igualdad de oportunidades para todos sus ciudadanos.” La Comisión de la Verdad, como comúnmente se hace referencia a esta Comisión, documentó también las altamente desiguales relaciones sociales que precedieron y fueron la raíz de la Guerra Civil, la cual duró treinta y seis años hasta la firma de los Acuerdos de Paz en 1996.

Más allá de sus efectos directos en la salud y el bienestar, la sangrienta y prolongada guerra civil rupturó los servicios sociales y de salud y contribuyó a un persistente ambiente de desconfianza. Este estado general de desconfianza puede ayudar a explicar porque las mujeres indígenas continúan percibiendo los servicios de salud pública con recelo, incluyendo el acceso a métodos de planificación familiar. Durante la guerra civil los servicios de transporte fueron interrumpidos, ya no se construían nuevas unidades de salud o no se les daba el mantenimiento adecuado, y “poco personal de salud estaba dispuesto a ser reubicado en áreas de conflicto armado...,” contribuyendo a una “disminución crónica de enfermeras/as y doctores/as” (Santiso-Galvez y Jane, 2004).

Berry (2010) ha explorado el racismo institucional como un determinante de los bajos resultados en la salud materna en la población de mujeres indígenas en Guatemala, y para explicar su aparente rechazo contradictorio a un cuidado obstétrico de emergencia “moderno.” A través de la observación participante antropológica como método de investigación y “reconociendo la influencia de un contexto social e histórico más amplio,” Berry muestra cómo los servicios culturalmente inapropiados y discriminatorios, particularmente en hospitales, contribuyen a

que las mujeres indígenas desconfíen y a que las familias se rehúsen a llevar a las mujeres al hospital, inclusive en casos claros de emergencias obstétricas (Berry, 2008, 2010). Ella muestra cómo los esfuerzos realizados por el Ministerio de Salud para hacer los servicios de maternidad más modernos han alentado indirectamente a doctores/as y enfermeros/as a buscar pacientes que para ellos representan esa “modernidad” y critican, castigan y rechazan a pacientes quienes, para ellos, encajan en el estereotipo del “indio bruto,” no merecedor del cuidado y desechados fácilmente dado que son “analfabetas, atrasados, sucios, simples, pobres, perezosos o estúpidos” (Berry, 2010). Luego muestra cómo el ambiente general de la violencia cotidiana y el legado de la desconfianza en el gobierno desde la guerra civil, refuerzan la renuencia a utilizar los servicios médicos durante el embarazo y el parto: “Dado el contexto palpable de violencia que hace lo impensable plausible, podemos ahora entender por qué las aldeanas son tan razonablemente renuentes a aceptar completamente una política [de salud materna] que resulta en que ellas tienen que ceder cualquier pequeña porción de control que tienen sobre sus cuerpos” (Berry, 2010).

## Discusión de resultados y conclusiones

Como se ha descrito en el análisis de factores políticos, económicos, sociales y culturales, las decisiones individuales respecto a la planificación familiar están moldeadas por fuerzas sociales más amplias. En Guatemala, la combinación de la discriminación histórica y reciente basada en los aspectos étnicos, la violencia, la inequidad de género y la influencia poderosa de las iglesias, se entrelazan para propiciar las crecientes inequidades en cuanto al acceso y uso de la planificación familiar. La mezcla de estos factores ayuda a explicar por qué la trayectoria de la planificación familiar en Guatemala es tan diferente inclusive de otros países en Centroamérica, muchos de los cuales comparten algunas de estas estructuras, pero no todos al mismo nivel ni con los mismos efectos combinados. Los factores socio-políticos, incluyendo a la Iglesia católica y el sistema de educación, afectan la reducida disponibilidad de métodos de planificación familiar. Una sociedad inequitativa en cuanto al género y con un sistema legal débil perpetúa la violencia institucionalizada en contra de las mujeres y contribuye a una cultura de miedo e intimidación alrededor de la planificación familiar.

Este análisis demuestra algunos de los factores explorados previamente por Santiso-Gálvez y Bertrand (2004) en su exploración de influencias a un nivel macro respecto a la planificación familiar en Guatemala, tal como la prolongada guerra civil y la influencia de la Iglesia católica, sin embargo,

estos factores son examinados de una manera más crítica, implicando un grado de culpa por parte del estado cuando es pertinente, y reconociendo los efectos proximales actuales de los determinantes sociales respecto a la planificación familiar, tal y como la continua influencia de la guerra civil en cuanto a la desconfianza hacia el estado por parte de las poblaciones indígenas.

Estos hallazgos sugieren que para reducir la brecha entre las tasas de necesidad insatisfecha de planificación familiar entre indígenas y no indígenas de una manera prolongada y real, se requiere un re-ordenamiento significativo de las relaciones sociales en Guatemala. La influencia de la Iglesia católica y la inequidad de género es significativa para mujeres indígenas y ladinas, sin embargo factores como el legado de la violencia, la pobreza y el racismo tienen una influencia concentrada en cuanto al reducido acceso a la planificación familiar por parte de las mujeres indígenas en Guatemala. Los esfuerzos para aliviar la pobreza y redistribuir bienes, como es el caso del programa de transferencias monetarias condicionadas, si se mantienen, pueden llegar a mejorar la participación política de la población indígena en Guatemala. La nueva iniciativa de educación bilingüe intercultural, la cual se generó en el marco de los Acuerdos de Paz, puede remediar las barreras culturales en cuanto a educación, particularmente la educación para las niñas, a través de la provisión de una educación de alta calidad y culturalmente apropiada impartida por docentes bilingües en instalaciones adecuadas y dignas (UNICEF, 2007). Los programas y políticas que contribuyen a la equidad de género pueden llegar a niños/as y jóvenes antes que se arraigue en ellos una visión desigual en cuanto a relaciones de género. Políticas que atraviesen a todos los sectores, tal como la implementación del derecho de las mujeres a poseer tierras y a participar políticamente, puede ayudar a mejorar la equidad de género. Las políticas de salud reproductiva y una planificación más inclusiva y participativa podrían contribuir a trascender las provisiones de los servicios básicos y tomar en cuenta la cultura local y la religión. Dado el legado histórico de desconfianza que debe ser superado para que las mujeres indígenas busquen y acepten los servicios de planificación familiar, los proveedores de dichos servicios deben asegurar que el personal, sea de la comunidad o no, comprenda la importancia y pueda proteger la confidencialidad. Los/as defensores/as de la salud reproductiva y la planificación familiar deben aprovechar éxitos anteriores y lecciones aprendidas, tal como la aprobación de la Ley de Desarrollo Social, en donde el cabildeo discreto y oportuno con los obispos católicos ayudó a adelantarse a la inevitable oposición de la Iglesia católica.

Este examen más profundo de las decisiones individuales respecto a la planificación familiar aumenta la comprensión de la complejidad del tema, pero los hallazgos sugieren que el cambio político de raíz es necesario. No se había utilizado una perspectiva

de economía política para investigar la auto-eficacia para la planificación familiar, y este enfoque contribuye a diferenciar los aspectos y orígenes de las necesidades insatisfechas en cuanto a planificación familiar que son más individuales y estructurales por naturaleza. A través de este novedoso marco teórico, las barreras para acceder a la planificación familiar mencionadas por las mujeres en entrevistas individuales son consideradas de una manera simultánea y recíproca con influencias estructurales más amplias que enmarcan sus experiencias a nivel individual. Tomando una visión histórica

más amplia, las barreras que no fueron mencionadas específicamente por las mujeres en las entrevistas de elicitación todavía son consideradas, luchas pasadas son honradas, y se evita una visión simplista y exclusivamente biomédica de la planificación familiar. La combinación de la teoría del comportamiento en salud con una perspectiva de economía política representa un enfoque metodológico que es útil para un entendimiento holístico y pragmático de los problemas de salud tanto dentro como fuera de la esfera de la salud reproductiva.

## Bibliografía

- Arciniega, G.M., Anderson, T.C., Tovar-Blank, Z., Tracey, T.J.G. (2008) *Toward a Fuller Conception of Machismo: Development of a Traditional Machismo and Caballerismo Scale* Journal of Counseling Psychology 55 (1): 19-33.
- Bandura, A. (1977) *Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change* Psychological Review 84 (2): 191-215.
- Bandura, A. (1978) *The self system in reciprocal determinism* American Psychologist 33 (4): 344-358.
- Bandura, A. (2004) *Health Promotion by Social Cognitive Means* Health Education & Behavior 31 (2): 143-164.
- Bandura, A., Barbaranelli, C., Caprara, G.V., y Pastorelli, C. (2001) *Self-Efficacy Beliefs as Shapers of Children's Aspirations and Career Trajectories* Child Development 72 (1): 187-206 <http://doi.org/10.1111/1467-8624.00273>.
- Bendaña, R. (2010) *La Iglesia en la historia de Guatemala: 1500-2000* (Vol. 1) Guatemala, Guatemala: Liberías Artemis Edinter.
- Berry, N.S. (2008) *Who's judging the quality of care? Indigenous Maya and the problem of "not being attended"* Medical Anthropology 27 (2): 164-189.
- Berry NS (2010) *Unsafe motherhood: Mayan maternal mortality and subjectivity in post-war Guatemala* New York Berghahn Books.
- Bertrand, J.T., Anhang, R. (2006) *The effectiveness of mass media in changing HIV/AIDS-related behaviour among young people in developing countries* World Health Organization - Technical Report Series (938) 205-241.
- Bertrand, J.T., Pineda, M.A., Santiso, R. (1979) *Ethnic differences in family planning acceptance in rural Guatemala* Studies in Family Planning 10 (8-9): 238-245.
- Bertrand, J.T., Seiber, E., Escudero, G. (2001) *Contraceptive Dynamics in Guatemala: 1978-1998* International Family Planning Perspectives 27 (3): 112-136.
- Birn, A. (2009) *Textbook of international health \_: global health in a dynamic world* (Vol. 3rd ed.) New York: Oxford University Press Retrieved from <http://www.loc.gov/catdir/toc/ecip0819/2008022619.html>
- Birn, A., y López, R.N. (2011) *Footprints on the Future: Looking Forward to the History of Health and Medicine in Latin America in the Twenty-First Century* The Hispanic American Historical Review, 91 (3), 503-527.
- Calder, B.J. (1970) *Crecimiento y cambio de la iglesia católica guatemalteca: 1944-1966* (Vol. 1) Guatemala, Guatemala: José de Pineda Ibarra.
- Chen, C.H., Santiso, R., Morris, L. (1983) *Impact of accessibility of contraceptives on contraceptive prevalence in Guatemala* Studies in Family Planning 14 (11): 275-283.
- Chirix García, E.D. (2010) *Ru rayb'al ri qach'akul =: Los deseos de nuestro cuerpo* (Vol. 1. ed.) Antigua Guatemala, Guatemala Ediciones del Pensativo.
- Comisión para el Esclarecimiento Histórico (1999) *Guatemala: Memoria del Silencio* (Vol. 1) Guatemala, Guatemala: UNOPS.

- De Broe, S. (2005) *Ethnic diversity in reproductive behaviour in Guatemala, a focus on the Ch'orti area* ProQuest UMI Dissertations Publishing.
- Few, M. (1995) *Women, Religion, and Power: Gender and Resistance in Daily Life in Late-Seventeenth-Century Santiago de Guatemala* *Ethnohistory* 42 (4): 627-637.
- García Chirix, E.D. (2009) *Los cuerpos de las mujeres kaqchikeles* *Desacatos* 1 (30): 149-160.
- Glanz, K., Rimer, B. (2005) *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice* Washington, D.C. National Cancer Institut.
- Glaser, B.G. (2008) *The Constant Comparative Method of Qualitative Analysis Grounded Theory Review\_*: An International Journal 7 (3).
- Grupo de Mujeres Mayas Kaqla (2004) *La palabra y el sentir de las Mujeres Mayas de Kaqla* (Vol. 1) Guatemala, Hivos.
- Instituto Nacional de Estadística (2002) *Census: Guatemala*.
- Instituto Nacional de Estadística (2013) *Caracterización Departamental: Chimaltenango 2012* Guatemala.
- Instituto Nacional de Estadística (2014) *Datos recolectados, procesados y calculados por Luis Ernesto Velásquez Alvarado* Guatemala.
- Ishida, K., Stupp, P., Turcios-Ruiz, R., William, D.B., Espinoza, E. (2012) *Ethnic inequality in Guatemalan women's use of modern reproductive health care* *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 38 (2): 99-108.
- Lindstrom, D.P. (2006) *Internal Migration and Contraceptive Knowledge and Use in Guatemala* *International Family Planning Perspectives* 32 (3): 146-153.
- Lindstrom, D.P., Muñoz-Franco, E. (2005) *Migration and the diffusion of modern contraceptive knowledge and use in rural Guatemala* *Studies in Family Planning* 36 (4): 277-288.
- Lovell, W.G. (2010) *A beauty that hurts: life and death in Guatemala* (Vol. 2nd rev. e) Austin University of Texas Press.
- Middlestadt, S.E., Bhattacharyya, K., Rosenbaum, J., Fishbein, M., Shepherd, M. (1996) *The use of theory based semistructured elicitation questionnaires: formative research for CDC's Prevention Marketing Initiative* *Public Health Reports* (Washington, D.C.: 1974) 111 Suppl 18-27.
- Mills, S., Bos, E., Suzuki, E. (2010) *Unmet need for contraception* Washington D.C. World Bank.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2009) *Informe Preliminar: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil* Guatemala: MSPAS.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2010) *Informe Final: V Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil 2008-2009* Guatemala.
- Montaño, D.E., Kasprzyk, D. (2008) *Theory of Reasoned Action, Theory of Planned Behavior, and the Integrated Behavioural Model* In: Glanz, K., Rimer, B.K., Viswanath, K. (Eds.) *Health Behavior and Health Education* (Vol. 4, pp. 67-92) San Francisco CA: Jossey-Bass.
- Pick, S., Vera, J., Leenen, I., Venguer, T., Givaudan, M., Poortinga, Y.H. (2008) *Effectiveness of a Mexican health education program in a poverty-stricken rural area of Guatemala* *Journal of Cross-Cultural Psychology* 39 (2): 198-214.
- Robinson, W., Ross, J. (2007) *The Global Family Planning Revolution* Retrieved from <http://www.slideshare.net/HarveyDiaz/world-bank-global-family-planning>
- Santiso-Galvez, R., Bertrand, J.T. (2007) *Guatemala: The Pioneering Days of the Family Planning Movement* 137-154.
- Santiso-Galvez, R., Jane, T.B. (2004) *The Delayed Contraceptive Revolution in Guatemala* *Human Organization* 63 (1): 57.
- SEGEPLAN (2010) *Modelo de Desarrollo Territorial Actual: Municipio de Patzún del Departamento de Chimaltenango* Guatemala.
- Seiber, E.E., Bertrand, J.T. (2002) *Access as a factor in differential contraceptive use between Mayans and ladinos in Guatemala* *Health Policy and Planning* 17 (2): 167-177.
- Stilwell, F.J.B. (2012) *Political economy: the contest of economic ideas* (Vol. 3rd ed.) Australia Oxford University Press.
- UNICEF (2007) *Mírame: Situación de la niña indígena en Guatemala; Ri rub'anon ri tixten aj qach'amaqil pa Iximuleu*.
- United Nations (1994) *Programme of Action: Adopted at the International Conference on Population and Development* (Vol. 1).

USAID (2008) *Increasing Access to Family Planning Among Indigenous Groups in Guatemala Health Policy Initiative.*

Ward, V.M., Bertrand, J.T., Puac, F. (1992) *Exploring Sociocultural Barriers to Family Planning Among Mayans in Guatemala* International Family Planning Perspectives 18 (2): 59-65.

Wellings K (2000) *Discomfort, Discord and Discontinuity as Data: Using Focus Groups to Research Sensitive Topics* Culture Health and Sexuality 2 (3): 255-267.

Westoff C (2006) *New Estimates of Unmet Need and the Demand for Family Planning: DHS Comparative Reports Number 14* Calverton, Maryland Macro International Inc.

World Health Organization (2007) *Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: Evidence from programme interventions* Geneva.

WHO. <br />Backgrounder 3: Key concepts" <Social Determinants of Health.> (2014) Available at: [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/fin alreport/key\\_concepts/en/index.html](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/fin alreport/key_concepts/en/index.html) Accessed 03/16, 2014.

Zelaya, E., Peña, R., García, J., Berglund, S., Persson, L.A., Liljestrang, J. (1996) *Contraceptive patterns among women and men in León, Nicaragua* Contraception 54 (6): 359-365.