

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA Y GERENCIA

CARACTERÍSTICAS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN GUATEMALA. ESTUDIO
REALIZADO CON BASE EN LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTIL
2009. GUATEMALA 2017.
TESIS DE POSGRADO

ANA CECILIA ESCOBAR MARTÍNEZ
CARNET 54101-95

LA ANTIGUA GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 2017
SEDE REGIONAL DE LA ANTIGUA

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA Y GERENCIA

CARACTERÍSTICAS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN GUATEMALA. ESTUDIO
REALIZADO CON BASE EN LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTIL
2009. GUATEMALA 2017.
TESIS DE POSGRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

POR
ANA CECILIA ESCOBAR MARTÍNEZ

PREVIO A CONFERÍRSELE
EL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA Y
GERENCIA

LA ANTIGUA GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 2017
SEDE REGIONAL DE LA ANTIGUA

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. MARCO TULLIO MARTINEZ SALAZAR, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANO: DR. EDGAR MIGUEL LÓPEZ ÁLVAREZ
SECRETARIA: LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN
MGTR. CORALIA ARGENTINA HERRERA HERNÁNDEZ

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN
DR. DANIEL ELBIO FRADE PEGAZZANO
MGTR. ANA VICTORIA ARREAZA MORALES DE FRANCO
MGTR. JUDITH MARINELLY LOPEZ GRESSI

Guatemala, 12 de julio de 2017

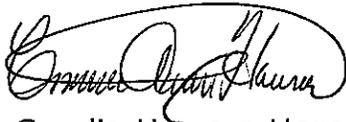
Doctor
Daniel Frade
Director de Posgrados
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Rafael Landívar
Ciudad

Estimado Dr. Frade:

Por este medio, hago constar que he asesorado la elaboración del informe final de tesis "***Características del embarazo en adolescentes en Guatemala***" de Ana Cecilia Escobar Martínez, estudiante de la maestría en Salud Pública con énfasis en Epidemiología y Gerencia. Al estar a mi entera satisfacción doy el mismo por aprobado.

Sin otro particular, aprovecho para suscribirme,

Atentamente,



Licda. Coralia Herrera Hernández



Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Posgrado de la estudiante ANA CECILIA ESCOBAR MARTÍNEZ, Carnet 54101-95 en la carrera MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA Y GERENCIA, de la Sede de La Antigua, que consta en el Acta No. 09484-2017 de fecha 18 de agosto de 2017, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

CARACTERÍSTICAS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN GUATEMALA. ESTUDIO REALIZADO CON BASE EN LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTIL 2008-2009. GUATEMALA 2017.

Previo a conferírsele el grado académico de MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA Y GERENCIA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 11 días del mes de septiembre del año 2017.

LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN, SECRETARIA
CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Rafael Landívar



Resumen

El embarazo en adolescentes en Guatemala, es una problemática grave de la que mucho se habla, pero que poco se analiza, especialmente en el contexto nacional para la toma de decisiones. Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud indican que a nivel mundial alrededor de 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años dan a luz un hijo, mientras un millón de niñas menores de 15 años se convierten en madres.¹ En Guatemala, las estadísticas vitales del Instituto Nacional de Estadística indican que 19% de los nacimientos registrados en el 2015, corresponden a madres adolescentes entre los 10-19 años. Si bien, en términos generales, el porcentaje se ha mantenido más o menos estable a lo largo de los años, este dato no logra evidenciar la complejidad del problema.²

El presente estudio, es de tipo transversal, descriptivo, utiliza como fuente de información la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2008/2009. El objetivo general es analizar las características sociodemográficas de las mujeres entre 15 a 49 años en Guatemala, que tuvieron su primer hijo en edad adolescente o bien que, al momento de la encuesta, eran adolescentes y estaban embarazadas. El grupo de análisis lo constituyeron las mujeres en edad fértil, entre 15-49 años, que participaron en la ENSMI 2008/2009 y que ya habían tenido algún hijo, incluyendo las que estaban embarazadas al momento de la encuesta. La muestra estuvo conformada por 11,639 mujeres, dato que excluye a las mujeres que no habían tenido algún hijo y tampoco estaban embarazadas. La discusión de resultados se desarrolló en función de las mujeres que tuvieron su primer embarazo o primer hijo en edad adolescente, en comparación con las mujeres que tuvieron su primer hijo a partir de los 20 años.

Los resultados obtenidos muestran que la maternidad en Guatemala tiene un rostro adolescente. El 57,3% de las mujeres entre 15-49 años que han tenido hijos, han tenido su primer embarazo en edad adolescente, es decir entre 10-19 años. Las mujeres adolescentes rurales, pobres y sin educación, se encuentran en condición de mayor vulnerabilidad. Por esta razón, para tener impacto, las intervenciones que se desarrollen

deben estar orientadas a alcanzar a las adolescentes más excluidas, bajo un enfoque integral con participación intersectorial.

Índice

	Pág.
I. Introducción	1
II. Planteamiento del problema	2
III. Antecedentes	5
IV. Marco teórico	15
V. Justificación	25
VI. Objetivos	27
VII. Diseño de investigación	27
VIII. Metodología	27
IX. Presentación y análisis de resultados	31
X. Conclusiones	44
XI. Recomendaciones	45
XII. Referencias bibliográficas	49

I. Introducción

A nivel mundial el embarazo en la adolescencia constituye un problema de salud pública que requiere de atención inmediata. En el 2008 se registraron 16 millones de nacimientos de madres en edades comprendidas entre los 15 y 19 años, que constituye el 11% de los nacimientos. Se estima que el 95% de estos nacimientos corresponden a países de ingresos bajos y medios.³ Guatemala que es un país joven, no es ajeno a esta situación y contribuye de manera importante a las estadísticas.

Esta investigación, propone abordar la problemática haciendo uso de los datos de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2008-2009. Esta encuesta constituye una de las fuentes más importantes de información, para establecer los cambios en la salud materno neonatal, infantil y salud reproductiva en Guatemala. La información que provee, permite analizar datos desagregados por variables sociodemográficas, utilizando para ello una muestra de cobertura nacional, representativa para los 22 departamentos del país.

Utilizando la información que presenta la ENSMI 2008/2009, este estudio realiza un análisis que busca conocer la problemática del embarazo adolescente, al caracterizar a las mujeres que tuvieron un embarazo en ese período etario (entre 10-19 años). Esto se considera clave, para contar con información confiable y representativa, que facilite un análisis objetivo y promueva el desarrollo de propuestas de intervención que aborden la problemática, acorde a la realidad del país y que, por lo tanto, puedan generar cambios y ser efectivas.

II. Planteamiento del problema

Dos factores asociados a la maternidad temprana son la pobreza y la falta de oportunidades. Varios estudios “han encontrado una correlación significativa entre la maternidad temprana, menor rendimiento educativo y peores resultados en el mercado laboral para las mujeres”. La desigualdad es otro factor que limita las oportunidades de desarrollo y la probabilidad de éxito económico para las adolescentes, especialmente cuando se vincula con pobreza. Cuando la madre es una adolescente, se ha comprobado que el riesgo de mortalidad materna, muerte del feto, mortalidad infantil y suicidio es mayor. Ser madre a temprana edad, es considerada una experiencia negativa que incide en la perpetuación de la pobreza intergeneracional y la exclusión social. La educación sexual y el acceso a métodos anticonceptivos, constituyen acciones clave para prevenir la maternidad entre adolescentes. “En la mayoría de países de ALC, la proporción de suicidios entre adolescentes mujeres y hombres es mayor que la proporción media de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico”. El suicidio es actualmente considerado una de las principales causas de muerte entre las adolescentes embarazadas. ⁴

Se estima que, en los países en desarrollo, unas 20.000 menores de 18 años dan a luz diariamente y que nueve de cada diez de estos partos ocurren dentro de un matrimonio o unión de hecho. 27% de los partos de menores de 18 años, corresponden a niñas menores de 15 años. Aproximadamente 70.000 adolescentes mueren cada año en países en desarrollo, por causas relacionadas con el embarazo y el parto, un poco menos de 200 adolescentes al día.⁵

Estimaciones de la OMS indican que, cada año, a nivel mundial alrededor de 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años dan a luz un hijo, mientras un millón de niñas menores de 15 años se convierten en madres. ¹

Los embarazos adolescentes tienen graves consecuencias en la educación, salud y oportunidades de desarrollo para las niñas. En cualquier parte del mundo, las niñas más pobres o que viven en áreas rurales, tienen más probabilidades de quedar embarazadas

a temprana edad. El acceso limitado a métodos anticonceptivos para este grupo poblacional aumenta el riesgo de embarazos tempranos. La educación constituye un factor protector importante, para preparar a las adolescentes para futuros empleos y actividades de subsistencia; aumenta su autoestima y les facilita participar e involucrarse en las decisiones que afecta su vida. ⁵

En Guatemala se registraron en el año 2015, un total de 74.761 nacimientos de madres adolescentes (entre 10-19 años), lo que representa el 19% del total de nacimientos registrados ese año. La razón de mortalidad materna para el año 2015 es de 143,9 por 100.000 nacidos vivos para el grupo de madres entre 10-14 años y de 103,4 para el grupo entre 15-19 años. Para ese mismo año, el 19% de las muertes maternas registradas corresponden al grupo etario entre 10-19 años. ^{6,2}

El comportamiento observado en la tasa de fecundidad específica en general para Guatemala y en este caso para las mujeres de 15-19 años y de 20-24 años, refleja una tendencia descendente en los últimos seis años. No obstante, las cifras varían según las características geográficas y sociales. En términos generales ser rural, ser indígena, ser joven y tener bajo nivel de educación son factores que reiteradamente aparecen asociados al incremento en tasas de fecundidad (global y específica) y presentes en el análisis de las brechas en salud. Para todos los grupos de edad, son las mujeres en el área rural las que tienen más hijos, en promedio 1,3 más hijos que las mujeres en el área urbana (3, 4). Los grupos etarios de 15-19 y 20-24 años son los que, en comparación a otros grupos, mayor necesidad insatisfecha de planificación familiar presentan, con un 25.6% y un 24.3% respectivamente. Como en otras variables, la población indígena y la población rural son las que mayores brechas presentan, la población rural en un 25.4% de necesidad insatisfecha versus un 14.7% de la población urbana. La educación constituye en sí misma, un factor protector para el embarazo temprano; para quienes tienen mayor número de años de escolaridad, el número de embarazos tempranos es menor. En este caso, si bien el acceso a la educación primaria en el país muestra progresos, el ingreso a educación secundaria y vocacional es limitado y afecta

seriamente las oportunidades de desarrollo de la población adolescente y joven, el factor calidad de la educación juega un rol importante en esta protección.³

El 64,7% de las mujeres entre 15-24 años sin educación ha estado alguna vez embarazada, mientras que el 72,9% de las mujeres en ese mismo grupo etario pero con educación secundaria nunca han estado embarazadas. En total cerca de 4 de cada 10 mujeres de 15 a 24 años de edad han estado embarazadas alguna vez, a su edad 26% han estado embarazadas en una relación marital o de unión conyugal. Este porcentaje equivale al 8.9% al hablar de adolescentes de 15 a 17 años y del 21,7% al hablar de adolescentes de 18 a 19 años.⁷

En Guatemala las adolescentes y jóvenes inician las uniones o se casan a edades tempranas, 53.8% de las mujeres entre 15-24 años, con experiencia sexual, refieren que su primera pareja sexual fue su esposo/compañero. De las mujeres que indican haber tenido su primera relación sexual antes de los 13 años (que equivale a un 3,3% de las mujeres de 15-24 años con experiencia sexual), el 41,2% indica que fue con su esposo/compañero.⁷

La educación parece ser un factor determinante en la fecundidad y en la salud reproductiva de las mujeres. Los resultados de la ENSMI muestran que a mayor educación menor fecundidad, por ejemplo las mujeres sin educación tienen 1,4 hijos más que las que tienen educación primaria, y 2,9 hijos más que las que tienen educación secundaria.⁷

Considerando la problemática vigente en Guatemala, en relación a los embarazos en adolescentes, la pregunta de investigación es: ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las mujeres que tuvieron hijos/embarazos en edad adolescente en Guatemala?

III. Antecedentes

La región de las Américas posee actualmente la mayor cohorte de población joven (10 a 24 años) en su historia (24,5% de la población total), esto conlleva la necesidad de mejorar la salud de esta población en el contexto cambiante que se atraviesa, como: transición demográfica, globalización, cambios ambientales y nuevas tecnologías de comunicación, entre otros. El bono demográfico que aún experimentan la mayoría de países de América Latina, puede considerarse una oportunidad única de favorecer el desarrollo y crecimiento económico del país. Para Guatemala, esta situación significa un verdadero reto, ya que existe un riesgo importante que este “bono” pueda convertirse en “carga” para el país. Las probabilidades de lograr un desarrollo económico y social son limitadas, si no se toman las medidas necesarias, que permitan realizar los cambios político-estructurales que se requieren, para que la población adolescente y joven pueda tener acceso a salud y acceso a educación de calidad, y de manera especial a oportunidades de formación técnica, que les permite acceder a empleos bien remunerados, en términos generales oportunidades de desarrollo. Los nacimientos de madres adolescentes corresponden aproximadamente al 11% del total de nacimientos a nivel mundial; de ellos el 95% ocurre en países en desarrollo.⁸

El aumento de los embarazos en adolescentes, significa un “freno en el desarrollo” de Latinoamérica. Se estima que entre 25 y 108 por cada 1000 jóvenes son madres en los países de América Latina y el Caribe, entre los cuales Nicaragua, Honduras y Guatemala presentan la mayor proporción.⁹

Las altas tasas de embarazo en adolescentes y la maternidad en adolescentes, no deseada, son considerados problemas de salud pública, que se vinculan con la falta de derechos reproductivos de las jóvenes y la exclusión social. Se ha documentado que en muchos casos, esto puede ocasionar deserción del sistema educativo, y por ende se perpetúa el círculo de la pobreza. El embarazo en adolescentes provoca consecuencias negativas en el desarrollo integral de todos: persona, familia, comunidad/sociedad, siendo considerado no solo un fenómeno demográfico, sino también un fenómeno social complejo. La fecundidad en adolescentes se asocia con la pobreza, “más allá del criterio

de estratificación socioeconómica utilizado (zona de residencia, nivel educativo o nivel de riqueza del hogar), se aprecia una relación inversa entre las tasas de fecundidad en adolescentes y el nivel socioeconómico. ¹⁰

Preocupa especialmente el hecho que, en muchos países de la región este indicador se ha estancado en niveles altos. Se han identificado tres grupos vulnerables a la maternidad temprana: 1. Las jóvenes para las que la maternidad temprana se vincula a una unión temprana, que se relaciona con prácticas culturales (incluye pueblos indígenas); 2. Jóvenes de áreas urbanas y nivel socioeconómico bajo, que carecen de proyectos de vida y que no tienen acceso a intervenciones públicas de prevención del embarazo; y 3. Jóvenes en estratos socioeconómicos más altos, que aunque pueden reconocer los riesgos de la maternidad precoz, no tienen acceso a métodos preventivos. ¹⁰ Además de los riesgos enfrentados por estar casada, aquellas que enviudan, se divorcian o son abandonadas enfrentan exclusión social y riesgo económico.

Al embarazo en adolescentes se asocian diversos factores, que tiene consecuencias serias no solo para la salud de la adolescente, pero también a nivel social y económico. A través de un estudio de tipo descriptivo, correlacional y de diseño transversal, desarrollado en Colombia con 30 adolescentes, se encontró que las adolescentes embarazadas presentan niveles de depresión leve o moderada y niveles de ideación suicida media, alta y muy alta. Los resultados mostraron que el 33,4% de las adolescentes embarazadas presentan algún nivel de depresión, pero además el 56,6% de la muestra presentan ideación suicida. Según este estudio, existe una relación entre los factores protectores y la ideación suicida, en la que “una alta presencia de las ideas del suicidio podría estar relacionada con una baja presencia de ideas positivas”. No obstante, es importante considerar que, dado el tamaño reducido de la muestra, los resultados y conclusiones no pueden ser generalizados a toda la población adolescente colombiana. ¹¹

Otro estudio realizado en Colombia, específicamente un análisis de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, indica que, al considerar las características individuales, el contexto en el que viven y las oportunidades que perciben para su vida a futuro, las adolescentes en los quintiles económicos más bajos, son las más propensas a iniciar una vida sexual a edades tempranas y tener hijos en edad adolescente. Esto tiene consecuencias negativas a corto y largo plazo, tanto para las adolescentes como para sus hijos, contribuyendo a perpetuar las condiciones de pobreza y desigualdad en las que viven, al afectar negativamente tanto “la acumulación de capital humano, como la posibilidad de acceder a mejores trabajos.” “La educación, el estado civil, el contexto social y del hogar en el que vive la adolescente”, son factores que afectan directamente las posibilidades de quedar embarazada y ser madre. El uso del condón en la primera relación sexual y la continuidad en su uso, es una variable que también marca considerables diferencias según el quintil económico al que corresponda: en el quintil más alto el uso es mayor, mientras que 60% de las adolescentes más pobres no utilizaron condón en la primera relación sexual. ¹²

No utilizar métodos anticonceptivos seguros, tener bajo nivel de escolaridad, y asistir de manera irregular al servicio de salud para la “consulta de anticoncepción”, son variables asociadas a embarazos no planificados en mujeres jóvenes en Zaragoza, España. Estudios demuestran que los embarazos no deseados en jóvenes, son de origen multicausal e incluyen factores socioculturales, como: clase social, nivel de estudios de los padres, origen étnico, escolaridad de la joven, sus expectativas a futuro, la actitud hacia la sexualidad, y otros mitos sobre “el amor romántico”, violencia de género, influencia de los roles de género, edad de la pareja, entre otros. ¹³

En Honduras, se desarrolló un estudio en comunidades urbano marginales de Comayagüela, para determinar factores de riesgo, percepciones y creencias asociadas al embarazo en la adolescencia y poder recomendar medidas de prevención para disminuir este problema. Se trata de un estudio de casos y controles en 67 adolescentes embarazadas, agrupadas de acuerdo a edad y procedencia, a quienes se entrevistó sobre datos generales, edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas

sexuales, uso de contraceptivos en la primera relación sexual, antecedentes personales y sociales sobre educación sexual a nivel familiar, historia de alcoholismo, tabaquismo o drogas. El estudio concluyó que el embarazo en adolescentes se ve influenciado por diversos factores, principalmente, escolaridad incompleta, falta de educación sobre salud sexual y reproductiva, pertenecer a un hogar “desestructurado” y tener antecedentes de tabaquismo. Los hallazgos también reflejan, bajo uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual (28%) y un alto porcentaje de embarazo no deseado (78%). Un factor protector adicional a la educación, lo constituyó el recibir educación sexual en la familia.¹⁴

Una investigación realizada en el municipio de Briceño, en Colombia, buscó establecer la relación que existe entre el embarazo en adolescentes de 13-19 años y factores sociales, demográficos, familiares y económicos. El estudio concluyó que la edad, el nivel socioeconómico, la ocupación, la convivencia con la pareja, el inicio temprano de relaciones sexuales, el número de compañeros sexuales, el nivel de escolaridad de los padres, haber sido violada y los ingresos económicos familiares estaban asociados con el embarazo adolescente en esa localidad.¹⁵

La evidencia y análisis disponible indica que las adolescentes “trabajan en promedio alrededor del triple de horas semanales en actividades domésticas que los varones”, estas actividades domésticas a nivel rural incluyen no solo cuidar de hermanos pequeños, sino también la crianza de animales, actividades de agricultura familiar, recolección de agua y leña, entre otras. No obstante, continúa siendo un debate, el incluir en la definición de trabajo y participación laboral, las actividades domésticas no remuneradas. Otro tema importante lo constituye el trabajo infantil y adolescente, ya que una alta proporción de la actividad de adolescentes mujeres corresponde precisamente a este tipo de actividad, que tiene un efecto negativo importante en el nivel de escolaridad de las mujeres. A nivel regional, las mujeres jóvenes refieren como principales causas para no continuar con sus estudios: las actividades domésticas y la maternidad; 13% de ellas lo refiere como razón principal y entre las adolescentes entre 16-18 años, el porcentaje corresponde a 17%. Los riesgos reproductivos que enfrenta la población adolescente

constituyen una problemática, condicionados especialmente por el inicio temprano de las relaciones sexuales, así como por el limitado acceso a educación sexual y métodos anticonceptivos. Se estima que en América Latina una de cada tres jóvenes mujeres son madres antes de cumplir los 20 años y la prevalencia de maternidad adolescente en mujeres de 15 a 19 años que son madres es del 16% para Guatemala. Los datos disponibles dan cuenta de un fuerte vínculo entre la maternidad temprana y la pobreza, se calcula que el embarazo es cuatro veces más común en mujeres adolescentes de menos ingresos: la tasa de maternidad adolescente en el quintil de ingresos más bajos es de un 15,4% en promedio, mientras que en el quintil de ingresos más altos corresponde a menos de un 4% entre jóvenes de 15 a 19 años.¹⁶

En contraste, los países desarrollados (ingreso alto) presentan porcentajes bajos de fecundidad adolescente. Al analizar la situación y tendencia en estos países, así como los determinantes relacionados, la disminución lejos de ser una tendencia al descenso “natural”, es el resultado de un esfuerzo continuo y de programas bien estructurados de salud pública, en los que se ha priorizado la salud sexual y reproductiva de adolescentes.

17

“A causa de los riesgos que entraña, la asociación con pobreza y desigualdad, y su vínculo directo con la falta de ejercicio de derechos, el embarazo, la maternidad y la crianza durante la adolescencia son asuntos que ameritan una preocupación pública especial y por tanto es responsabilidad de las políticas públicas, en particular las sociales, de salud, educación y juventud, entregar a adolescentes y jóvenes los instrumentos necesarios para prevenir y minimizar los potenciales impactos negativos de su iniciación y comportamientos sexuales”¹⁸.

Parte de los aprendizajes, refieren que las acciones que se realicen en materia de salud sexual y reproductiva, deben ser contextualizadas al entorno en el que se desarrollan. Debe tenerse claridad, en cuanto a que no existe una única intervención y que lo que puede ser efectivo en un lugar, no necesariamente lo será en otro. El enfoque preventivo es amplio, y por ello las intervenciones de prevención deben estar integradas a

programas de mayor alcance, que se orienten no únicamente al cambio individual, sino también a modificar las normas sociales que refuerzan conductas sexuales de riesgo, o ponen en riesgo a adolescentes, deben enfocarse a abordar otros determinantes relacionados con situación económica, educación, trabajo, en general desarrollo social, vinculado al acceso a información y métodos anticonceptivos.¹⁸

Como lo describe el estudio realizado por CEPAL y UNFPA, si bien la fecundidad adolescente en Centroamérica ha ido descendiendo, continúa siendo una de las más altas de Latinoamérica. El estudio concluye que la caída en los datos obedece al aumento en el uso de métodos anticonceptivos eficaces; no obstante, esto aún es insuficiente y la falta de protección en las relaciones sexuales continúa siendo el principal factor vinculado a la fecundidad adolescente. Acorde a la revisión realizada, las políticas y programas preventivos para este tema, deben ser sensibles a los factores culturales y promover los cambios necesarios para el mejor desarrollo de los adolescentes. En este sentido, el estudio recomienda trabajar para ampliar los proyectos de vida, bajo un abordaje integral y enfoque multidisciplinario, que considere la ampliación de las alternativas educativas y laborales, así como para uso del tiempo libre entre adolescentes.¹⁸

Una investigación reciente de UNICEF, señala que en Guatemala las relaciones forzadas (matrimonios y uniones de hecho forzados) suelen vincularse a edades y embarazos tempranos, lo que significa un factor de riesgo para la violencia y servidumbre que enfrentan muchas mujeres adolescentes. Según el proceso de consulta que se llevó a cabo, muchas veces la unión forzada responde a procesos culturales o costumbres en algunas comunidades rurales. Es frecuente identificar elementos coercitivos y de opresión en la mayoría de este tipo de relaciones, aún y cuando se hayan dado de manera voluntaria.¹⁹

En Guatemala, se considera que la problemática del embarazo en adolescentes es una situación generalizada en al menos 19 de los 22 departamentos del país. El informe elaborado por la Procuraduría de Derechos Humanos indica que, de 1448 denuncias, el

89% de los agresores de delitos sexuales a niñas y adolescentes menores de 14 años, son familiares; y, de ese porcentaje el 30% son padres de las víctimas; el 11% de los agresores no tienen ningún vínculo familiar con ellos. Si bien el país cuenta con un buen marco legal nacional e internacional de respaldo, su implementación es débil. Guatemala carece de políticas orientadas a la prevención de la violencia sexual y protección de la niñez, adolescencia y juventud. El análisis refleja la necesidad de desarrollar estrategias de prevención y atención de embarazos en niñas y adolescentes, bajo un enfoque integral.²⁰

Por su parte, ASECSA desarrolló una investigación que incluía una fase cualitativa y cuantitativa, en la que se realizó un diagnóstico participativo a nivel comunitario, evaluando conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) sobre derechos sexuales y reproductivos. Esto fue aplicado en 23 institutos de educación básica, además se realizaron 11 entrevistas a profundidad y 9 grupos focales con adolescentes, mujeres en edad fértil, hombres, autoridades locales, prestadores de servicios de salud y educación, ONGs. El propósito de este estudio era identificar las brechas existentes a nivel de la prestación de los servicios, para construir las mejores prácticas y estrategias factibles, basadas en la cosmovisión y contexto de las comunidades. Los resultados de la investigación reflejaron falta de implementación de la normativa relacionada con servicios de salud y la educación integral en sexualidad en las aulas. Si bien los adolescentes indicaron que en caso de tener un problema de Salud sexual y reproductiva, acudiría a su mamá o papá; los adultos aceptaron no estar preparados para resolver las dudas y abordar el tema. El 81% de los adolescentes refirió conocer casos de violencia sexual; y, aunque el 75% indicó que no debe ocultarse o callarse la violación, únicamente el 4% la reconoció como un delito, que debe ser denunciado ante el sistema de justicia. Una de las recomendaciones de la investigación es diseñar e implementar estrategias de educación y promoción en temas de salud sexual y reproductiva, basadas en derechos, orientadas al cambio de comportamiento, más allá de solamente la entrega de información.²¹

Realizar una aproximación a factores culturales, sociales y emocionales que contribuyen a las altas tasas de embarazo en adolescentes, fue el principal propósito del estudio que condujeron Plan Internacional y UNICEF en 2014. Los resultados evidencian las complejidades asociadas al embarazo adolescente. Las razones por las que las adolescentes quedan embarazadas son variadas, este informe menciona entre ellas: la falta de información, la ausencia de oportunidades, voluntad propia, expectativas sociales y también casos de violencia sexual. A largo plazo, se recomienda abordar los problemas subyacentes, como por ejemplo la cultura machista, la desigualdad de género, actitudes negativas de niños y hombres hacia las mujeres, las normas que perpetúan la violencia y la impunidad, así también la pobreza. En Guatemala, las niñas mayas son el grupo en condición de mayor vulnerabilidad, con poca educación, embarazos tempranos, aislamiento social y pobreza. Es precisamente el círculo de pobreza en el que viven y la falta de oportunidades, que obliga a las niñas adolescentes a asumir a temprana edad “roles adultos de cuidado y reproducción en los hogares”. La violencia es otro factor que impulsa a las adolescentes a buscar la realización de sus derechos y buscar afecto, búsqueda que muchas veces se da bajo la idea de una “unión romántica idealizada”.²²

Recientemente, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, FLACSO y UNFPA desarrollaron un estudio de metodología mixta, que combinó lo cuantitativo y cualitativo, y buscó contribuir a comprender las causas, manifestaciones y consecuencias de las uniones y embarazos en los adolescentes que acudieron durante el 2012 a los servicios de salud del primero y segundo nivel de atención, y que han vivido vulneración del ejercicio de sus derechos. El estudio además incluye una parte de carácter descriptiva y explicativa de cómo las adolescentes “enfrentan” las uniones y embarazos. Los hallazgos obtenidos, confirmaron la alta correlación entre el embarazo y la unión, el 100% tuvo un embarazo antes de los 18 años y de ellas el 92% indicó haber estado casada o unida alguna vez. El 51% de quienes embarazan a niñas de 12 años, doblan o triplican la edad de ellas, lo que evidencia una clara relación de poder y abuso. En términos generales y por demás preocupantes, el embarazo provoca que nueve de cada diez adolescentes deje de estudiar.²³

Algunas tesis de estudios universitarios en Guatemala, también han hecho aportes en cuanto al embarazo adolescente en el país. En 2009, en el Centro de maternidad Santa Elena III en la zona 18, se realizó un estudio psicológico sobre embarazo en adolescentes de 12-19 años. El objetivo fue “caracterizar los factores y condiciones psicológicas que influyen en el embarazo”, para ello se diseñó un cuestionario para profundizar en la vida de adolescentes. Se entrevistaron a 42 mujeres originarias de diferentes departamentos de Guatemala, todas adolescentes entre 12-19 años, en estado de gestación. Los resultados del estudio demuestran que existen factores biopsicosociales que influyen en el embarazo de las adolescentes. Las madres adolescentes objeto del estudio carecen de madurez psicoafectiva, que les lleva a tomar decisiones erróneas sobre su sexualidad. El estudio concluye que un alto porcentaje de adolescentes y jóvenes son sexualmente activos y no utilizan métodos anticonceptivos. Además, indica que la salud sexual y reproductiva de las adolescentes guatemaltecas se ve en riesgo, debido a factores socioeconómicos que incluyen la pobreza y el poco acceso a educación. La tesis también indica que generalmente, la maternidad adolescente en Guatemala, se da dentro de relaciones en unión. ²⁴

Otro estudio que buscaba describir la problemática del embarazo adolescente, se centró en los casos de mujeres adolescentes con embarazo no deseado. El estudio se desarrolló en 11 centros de salud del departamento de El Petén y se entrevistaron a 580 adolescentes embarazadas, de las que el 41,72% refirieron no desear el embarazo y 49,77% indicaron que no utilizaron un método anticonceptivo, por carecer de información al respecto. En la población estudiada, el rango de edad que presenta mayor porcentaje de embarazos no deseados es el grupo de 14-16 años (adolescencia media). Entre las razones por las que las adolescentes indican no desear el embarazo destacan: su edad (ser muy jóvenes), pobreza, rechazo de los padres, no desean ser madres solteras, maltrato de la pareja, violencia (violación) y deseos de superación. El informe resalta en sus conclusiones la grave carencia de educación sexual entre las adolescentes, a lo que se vincula la falta de información respecto al uso de métodos de anticonceptivos. También se hace referencia a la deserción escolar a causa de los embarazos a temprana

edad, así como a su vinculación con limitadas oportunidades de desarrollo e ingresos económicos, que perpetúan el círculo de pobreza.²⁵

En el Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” en Chiquimula, se realizó un estudio descriptivo transversal sobre las principales características obstétricas, sociales y familiares que poseen las adolescentes embarazadas de 10-19 años que consultan al departamento de gineco obstetricia de ese hospital. La muestra consistió en 60 pacientes embarazadas en ese rango etario, que consultaron el servicio de maternidad y ginecología durante los meses de septiembre y octubre 2013. Entre los resultados se resalta que 48,3% de las adolescentes entrevistadas tuvo acceso a educación primaria y solo 41,4% de ellas culminaron este nivel educativo. El 91,7% de ellas se dedica a ser ama de casa, sus ingresos económicos son bajos (el ingreso del esposo) y 41,7% viven con sus suegros en compañía de su pareja. El 78,3% de los casos no deseaba quedar embarazada antes de los 20 años de edad, y en 41,7% fue la causa por la cual la adolescente se vio obligada a “aceptar una relación de pareja”.²⁶

Los estudios o reportes coinciden en resaltar la condición de vulnerabilidad en la que viven las adolescentes madres o adolescentes con embarazos tempranos. Factores como educación, acceso a métodos anticonceptivos, violencia, falta de oportunidades de desarrollo, aparecen usualmente vinculados a las causas o condiciones de análisis.

La evidencia disponible asegura que el embarazo en edades tempranas es un factor que potencializa o bien perpetúa el círculo de pobreza en las mujeres. Una madre adolescente ve limitadas exponencialmente las oportunidades que pueda tener de desarrollarse social y económicamente, las posibilidades de retomar sus estudios o bien de iniciarlos son escasas y los trabajos a los que puede aspirar se dan generalmente en condiciones deplorables.

IV. Marco teórico

La Organización Mundial de la Salud define como adolescente a toda persona entre 10 y 19 años de edad, definición que ha sido adoptada por Naciones Unidas, reconocida en diferentes países e incluida en publicaciones sobre el tema. Se considera jóvenes a las personas entre los 15-24 años y población joven a la comprendida entre los 10-24 años de edad ²⁷. El rango de edad que define a esta población es muy amplio, considerando además que se trata de un grupo poblacional heterogéneo, con diferencias marcadas en cuanto al desarrollo cognitivo, emocional, social y físico, según si es hombre o mujer.

Para el caso de Guatemala, la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia define como adolescente a toda persona desde los 13 hasta los 18 años de edad. ²⁸

No obstante, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha considerado en su programación y en el desarrollo de acciones técnicas para la atención integral a adolescentes, el rango de edad entre 10-19 años, en concordancia con lo propuesto por la Organización Mundial de la Salud. ²⁹

Si bien el estudio y clasificación de la adolescencia es complejo, de manera general y, para facilitar el análisis, puede clasificarse en adolescencia temprana (o pubertad), media y tardía. La adolescencia temprana abarca de los 10 a los 13 años. Esta etapa se caracteriza por el desarrollo psicosocial vinculado especialmente al cambio corporal que se presenta, que puede generar inseguridad. La interacción con los pares cobra importancia y se acentúan las diferencias sexuales entre hombres y mujeres. La adolescencia media se refiere a la etapa entre los 14 y 16 años, en ella existe ya un desarrollo puberal y se incrementa la preocupación por la apariencia física, así como se da una búsqueda de amistades más íntimas, especialmente del mismo sexo. Se presentan algunas conductas como aislamiento y fluctuaciones emocionales, suelen presentarse conflictos con los padres, cuestionamiento de las conductas y valores, búsqueda de su propia identidad, acompañada de procesos reflexivos. La adolescencia tardía, es el período entre los 17 y 19 años de edad, en el que usualmente se ha

alcanzado ya una maduración biológica y se ha avanzado en la consolidación de la propia identidad. Se alcanza un nivel de pensamiento formal, que acompaña una mejor comprensión del entorno y la toma de decisiones más acertadas. Se da un nuevo acercamiento a la familia, vinculado a la seguridad que el o la adolescente pueden tener en sí mismo, a la vez que se avanza en el logro de la independencia. Es necesario tener presente, que la adolescencia no es un proceso homogéneo, ni uniforme y que se ve influenciada por factores individuales, culturales y sociales, que hacen que las características de desarrollo puedan variar de persona a persona, según la etapa de desarrollo en que se encuentre.³⁰

Más recientemente, se ha profundizado en el análisis del desarrollo adolescente y en las características evolutivas de las etapas que lo conforman, que no solo están determinadas por cambios biológicos, sino también por la interacción entre factores externos, de la propia experiencia y factores endógenos. Así, la forma en la que la persona se desenvuelve a través de las etapas de la adolescencia, depende no solo de diferencias biológicas, pero también de su desarrollo emocional, cognitivo y social, así como de su experiencia de vida. Las interacciones sociales afectan los procesos cognitivos y de desarrollo, y como ya lo hacía ver Bronfenbrenner en 1979, el entorno determina el impacto psicológico de los cambios sociales, cognitivos y biológicos en la adolescencia.³¹

El embarazo adolescente, ha sido reconocido como un serio problema de origen multicausal, que en los últimos años ha motivado análisis y discusiones por las implicaciones sociales que conlleva.

El embarazo y la maternidad adolescente son considerados factores de riesgo tanto para la madre como para el hijo. Esta problemática no sólo se vincula a la perpetuación del círculo de pobreza alrededor de la adolescente madre y su familia, sino también a un inadecuado control del embarazo.³⁰ En realidad, son varios los factores de riesgo vinculados a un embarazo durante la adolescencia.

Muchos de los adolescentes inician su actividad sexual entre los 15 y 19 años y en el caso de las mujeres, esto se da generalmente dentro de una relación de matrimonio o en unión.³ Los factores de riesgo son variados, para su mejor comprensión es preciso clasificarlos en factores individuales, familiares y sociales.³⁰

Factores de riesgo de embarazo en edad adolescente		
Factores individuales	Factores familiares	Factores sociales
Características del desarrollo adolescente (impulsividad, omnipotencia, presión de pares)	Familia disfuncional y/o en crisis	Condición económica desfavorable
Abandono escolar	Pérdida de un familiar	Migración reciente
Ausencia o dificultad para formular proyectos de vida	Enfermedad crónica de un familiar	Trabajo no calificado
Personalidad inestable	Madre con embarazo en la adolescencia	Área de residencia rural
Baja autoestima y confianza	Hermana adolescente embarazada	Inicio temprano en mercado laboral
Falta de actitud preventiva	Madre aislada y emocionalmente poco accesible	Mitos a cerca de la sexualidad (en familia, sociedad y medios masivos de comunicación)
Menarquia precoz	Padre ausente y con vínculo más estrecho con la madre	Machismo como valor cultural
Abuso de sustancias		
Sensación de desesperanza		
Bajo nivel educativo		
Antecedentes de abuso físico y/o sexual		

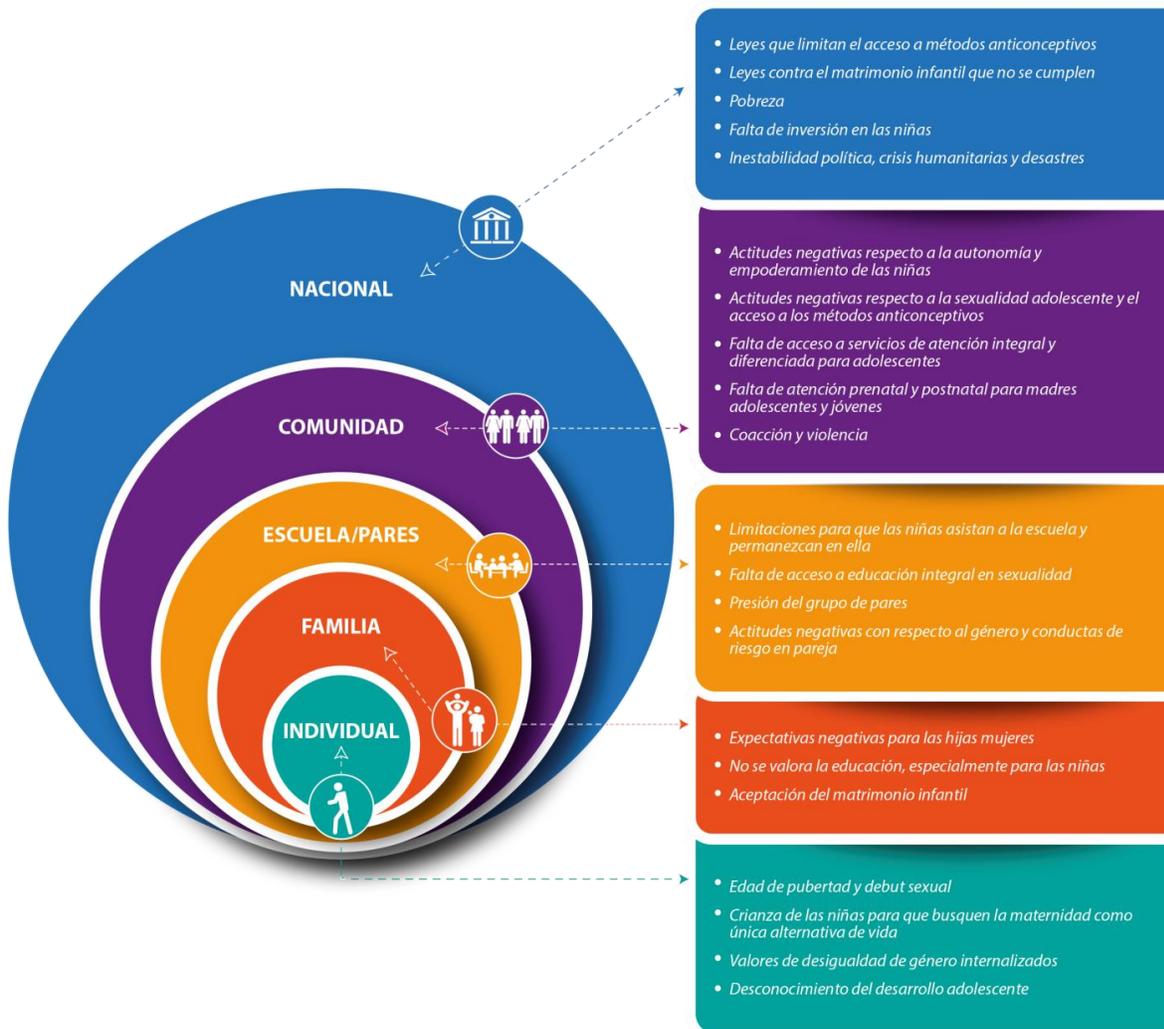
Fuente: adaptado de Zubarew, Tamara, et.al. (2007)

Los embarazos precoces, especialmente aquellos que se dan en adolescentes menores de 15 años, son principalmente el resultado de la ausencia de opciones y alternativas para el desarrollo de las menores; también pueden reflejar “pobreza y presiones”, de los

padres, los pares, las familias y comunidades. En varios casos son el resultado de violencia sexual.⁵

Bajo una perspectiva ecológica, el embarazo adolescente se ve influenciado por diferentes ámbitos, sobre los que a su vez influyen, específicamente: factores individuales, factores interpersonales, factores organizativos y comunitarios, y actores de políticas públicas. El foco de atención está en la conducta y sus determinantes individuales y ambientales.³¹

Factores determinantes del embarazo en adolescentes: Un modelo ecológico.



Fuente: Elaboración propia. Adaptado del "Estado de la Población Mundial, 2013".

El embarazo en una edad temprana es considerado de alto riesgo. Las consecuencias para el hijo se relacionan con el bajo peso al nacer, nacimientos prematuros, mayor incidencia de muerte súbita, traumatismos e intoxicaciones accidentales, así como

infecciones agudas menores, debido primordialmente a factores ambientales (pobreza, hacinamiento, hábitos inadecuados de salud). Las complicaciones del embarazo y parto en la adolescencia, pueden llevar a la mujer a la muerte. Asimismo, puede presentar otras consecuencias, como anemia, parto prematuro, hipertensión y pobre aumento de peso materno durante el embarazo, entre otros. A nivel psicosocial, generalmente se presenta: deserción escolar, pobreza, limitadas oportunidades de desarrollo, especialmente a nivel laboral, en la que presenta menores ingresos económicos que sus pares, inestabilidad en la relación de pareja, aislamiento social, otros embarazos en etapa adolescente, riesgo de aborto inducido.^{3, 30}

En Guatemala, el aborto es ilegal, a excepción de los casos en los que está en peligro la vida de la madre. Éste, es un tema sensible en la sociedad guatemalteca, rodeado de un alto nivel de estigma. Aunque no existen cifras oficiales al respecto, se estima que la tasa anual en el país puede ser de 24 abortos por 1,000 mujeres en edad reproductiva (15-49 años), se calcula que anualmente un tercio de los embarazos no planeados en Guatemala, se resuelven por un aborto inducido, y que usualmente se realiza en condiciones insalubres, poniendo en mayor riesgo la vida de la madre.³²

Es evidente, que los factores que pueden contribuir a que para muchas jóvenes el embarazo no sea un evento previsto, ni deseado, son diversos. La presión familiar y comunitaria, para casarse y tener hijos a temprana edad, o bien, estar enfrentando presiones para tener relaciones sexuales no deseadas, o ser víctima de violencia, pueden ser algunos de ellos. Otra razón, podría estar relacionada con la falta de oportunidades de desarrollo, que provocan que las adolescentes no tengan planes de vida, carezcan de expectativas educativas y laborales y que, por lo mismo, la única alternativa que conozcan sea la de formar un hogar a temprana edad. Independientemente de los factores, se debe notar que en los países de bajos y medios ingresos, las complicaciones del embarazo y del parto son parte de las principales causas de mortalidad entre mujeres de 15-19 años.⁸

Este grupo de edad está además expuesto a la práctica de abortos ilegales e inseguros, en mayor proporción a otros grupos etarios de mujeres. La salud de los hijos de madres

adolescentes se ve también comprometida. La OMS indica que las muertes perinatales son 50% más altas entre los bebés nacidos de madres menores de 20 años, que aquellos cuyas madres tienen entre 20-29 años. Los recién nacidos de madres adolescentes tienen además, mayor probabilidad de tener bajo peso al nacer y otros riesgos a largo plazo. Se ha aceptado que el embarazo adolescente contribuye a la mortalidad materna, perinatal e infantil y al círculo vicioso de salud precaria y pobreza.⁸

Después de una revisión sistemática de información disponible, la OMS desarrolló las directrices para la prevención del embarazo precoz y los resultados adversos de los adolescentes en países en desarrollo, que ofrece recomendaciones a través de seis directrices orientadas en dos líneas de trabajo prioritarias⁸:

Prevenir el embarazo precoz

1. Limitar el matrimonio antes de los 18 años de edad: la recomendación va orientada a que a nivel de responsables de políticas se aprueben e implementen leyes que prohíban el matrimonio antes de los 18 años y que a nivel de familia y comunidad, se realicen esfuerzos para mantener a las niñas en la escuela e influir sobre normas culturales que respalde el matrimonio a temprana edad.
2. Crear comprensión y apoyo para reducir los embarazos antes de los 20 años: es necesario que se desarrollen y apoyen programas para la prevención del embarazo en adolescentes y se eduque a los adolescentes sobre la sexualidad. La comunidad debe participar apoyando y evitando los embarazos a temprana edad.
3. Aumentar el uso de anticonceptivos por parte de los adolescentes: garantizar que exista un marco legal que favorezca el acceso de adolescentes a métodos anticonceptivos y que se desarrollen estrategias para reducir el costo financiero que el acceso a métodos anticonceptivos pueda significar para adolescentes. A nivel familiar y comunitario, deberá conseguirse respaldo no sólo para educar a adolescentes en el uso de los métodos anticonceptivos, sino también para respaldar la entrega de los mismos y el acceso a servicios de salud y consejería.

4. Reducir las relaciones sexuales bajo coacción en las adolescentes: las relaciones sexuales forzadas deben ser prohibidas y condenadas. A nivel individual, familiar y comunitario, debe incidirse para empoderar a las niñas a resistir las relaciones sexuales forzadas, influir sobre las normas sociales que “condonan la violencia y la coerción sexual”, y trabajar con los varones para cuestionar las normas y prácticas de género, para desarrollar una mirada crítica en relación a la violencia, y evitar seguir reproduciendo patrones y creencias socialmente aprendidas.

Prevenir los resultados reproductivos adversos

5. Reducir el aborto inseguro en las adolescentes: la OMS recomienda habilitar acceso a servicios seguros de aborto y posaborto, de tal forma que las adolescentes reciban información y los servicios necesarios. En el caso de los servicios posaborto, esto es especialmente importante, independiente si el aborto fue legal o no. A nivel individual, familiar y comunitario, debe haber información sobre los abortos inseguros y en los lugares donde el aborto es legal, la información debe estar disponible para saber dónde y cómo poder obtener esos servicios. A nivel comunitario, es clave aumentar la comprensión de la comunidad sobre los peligros del aborto inseguro.
6. Aumentar el uso de la atención calificada antes, en la atención prenatal, del parto y postparto: la recomendación prioriza el desarrollo de leyes y políticas orientadas a ampliar el acceso a la atención calificada antes, durante y después del parto, así como a ampliar el acceso a la atención obstétrica de emergencia. Las familias y la comunidad deben informar a las adolescentes y miembros de la comunidad, sobre la importancia de obtener atención calificada, antes, durante y después del parto. Los sistemas de salud, además, deben trabajar en identificar las barreras de acceso a los servicios y asegurar que las adolescentes, sus familias y las comunidades estén bien preparadas para el parto y posibles emergencias; pero además deben estar en la capacidad de ofrecer atención de calidad y amigable para adolescentes, ser sensible y responder a las necesidades de las madres jóvenes.

7. La pubertad, que marca el inicio biológico de la adolescencia, trae cambios no solo a nivel cerebral y en el cuerpo adolescente, pero también nuevos desafíos y experiencias de vida: inicio de la actividad sexual, formación de la propia identidad, inicio de relaciones, y en algunos casos, muchas veces derivado de violencia, uniones tempranas y la formación de familias a temprana edad. Las adolescentes con frecuencia están expuestas a coerción sexual, matrimonio forzado, riesgo de embarazos no deseados, abortos inseguros, infecciones de transmisión sexual y VIH. Todo esto puede además limitar su vida y afectar seriamente otras áreas relacionadas con su salud, como la educación, bienestar, limitar sus oportunidades futuras, entre otras. Para que cada persona pueda transitar de forma adecuada de la etapa adolescente a la edad adulta, se requiere que los países inviertan, de manera focalizada, en la población adolescente. Solo de esta forma se podrá asegurar que los adolescentes desarrollen los conocimientos y habilidades que necesitan, reciban los beneficios económicos y sociales y la resiliencia necesaria para una vida saludable y productiva. ³³

Invertir en salud y desarrollo de adolescentes, responde primero a un tema de derechos humanos; segundo, existe evidencia en salud pública para decidir priorizar e invertir en adolescentes: cada año un estimado de 1,4 millones de adolescentes muere por causas prevenibles; tercero, existe reconocimiento de los beneficios socioeconómicos de invertir en el desarrollo saludable de adolescentes. Por ello, Naciones Unidas ha indicado que las intervenciones orientadas a mejorar la salud de adolescentes, deben estar basadas en los siguientes principios ³³:

- Derechos humanos, equidad de género, inclusión y reconocimiento de la diversidad
- Equidad y alcanzar a los adolescentes más vulnerables
- Liderazgo de país, transparencia y rendición de cuentas
- Abordaje multisectorial y
- Alineación con prácticas basadas en evidencia
- Liderazgo de adolescentes, voz y acción, incluyendo su seguridad y protección.

Los efectos de decisiones tomadas en esta etapa del curso de vida, pueden marcar de manera trascendental la vida de las jóvenes. Como se menciona en el Estado de la población mundial, 2016:

“Durante la adolescencia una persona adquiere los recursos físicos, cognitivos, emocionales y sociales que sientan las bases para que pueda disfrutar posteriormente de una vida sana y de bienestar. Estos recursos definen las trayectorias de la siguiente generación (Comisiones Lancet, 2016). Las actitudes respecto a la salud, así como los atributos y los comportamientos que se desarrollan y consolidan durante la adolescencia —que comienza a los 10 años— definirán la salud de una niña a lo largo de su vida.”³⁴

El embarazo a edades tempranas es una clara expresión de la vulneración de derechos y es reconocido como un factor de riesgo reproductivo y social. El riesgo de complicaciones (incluyendo mortalidad) durante el embarazo, es siete veces mayor para el grupo de adolescentes, que para las mujeres jóvenes entre 20-24 años. El embarazo limita las posibilidades para las adolescentes de acceder a educación, culminar sus estudios y tener mejores oportunidades en el mercado laboral. El embarazo precoz puede incidir también en la deserción escolar, que posteriormente se traduce en trabajos mal remunerados para las madres. Dado lo anterior, la mayoría de madres se enfrentan a discriminación en diferentes ámbitos de su vida. Parte de las observaciones de esta publicación enfatiza en que ningún programa de prevención debe estar orientado a impedir que los adolescentes se abstengan de tener relaciones sexuales, ya que esto es parte de sus derechos sexuales y reproductivos, por tanto, la decisión sobre este tema es personal.³⁵

Diferentes estudios indican que la maternidad precoz reduce los años de escolaridad y horas de trabajo; también que reduce la probabilidad de terminar el nivel secundario y continuar estudios posteriores. El incremento de la probabilidad de embarazo a temprana edad en los hogares más pobres, sumado a la reducción de las posibilidades para estas

adolescentes de continuar sus estudios y tener acceso a oportunidades laborales, reduce las oportunidades de desarrollo: ciclos de reproducción intergeneracional de la pobreza: las madres adolescentes y sus hijos se mantienen en situación de pobreza. ¹⁶

Dos factores asociados a la maternidad temprana son la pobreza y la falta de oportunidades. Varios estudios “han encontrado una correlación significativa entre la maternidad temprana, menor rendimiento educativo y peores resultados en el mercado laboral para las mujeres”. La desigualdad es otro factor que limita marcadamente las oportunidades de desarrollo y la probabilidad de éxito económico para las adolescentes, especialmente cuando se vincula con pobreza. Ser madre a temprana edad, es considerada una experiencia negativa que incide en la perpetuación de la pobreza intergeneracional y la exclusión social. La educación sexual y el acceso a métodos anticonceptivos, constituyen acciones clave para prevenir la maternidad entre adolescentes. “En la mayoría de países de ALC, la proporción de suicidios entre adolescentes mujeres y hombres es mayor que la proporción media de los países de la OCDE”. El suicidio es una de las principales causas de muerte entre las adolescentes embarazadas. ⁴

Naciones Unidas desarrolló la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030), como una hoja de ruta para alcanzar el grado más alto posible de salud para estos grupos poblacionales. Esta plantea objetivos y metas, que se alinean con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para que niños, adolescentes y mujeres puedan: *Sobrevivir*: poner fin a la mortalidad prevenible; *Prosperar*: lograr la salud y el bienestar; *Transformar*: ampliar los entornos propicios.³⁶

Para ello, se definieron nueve áreas de acción:

1. Liderazgo en los países;
2. Financiación para la salud;
3. Resiliencia de los sistemas de salud;
4. Potencial de las personas;
5. Participación de la comunidad;
6. Acción multisectorial;
7. Entornos humanitarios y frágiles;
8. Investigación e innovación;
9. Rendición de cuentas.

El llamado es a impulsar intervenciones basadas en evidencia, que desarrollen un abordaje para las diferentes etapas del curso de vida, basado en el derecho humano a alcanzar el grado máximo de salud que sea posible. Las intervenciones a favor de los niños, adolescentes y de las mujeres, permiten avanzar en la reducción de la pobreza, además impulsan la productividad y el crecimiento económico, crean puestos de trabajo y son costo eficaces. Esta estrategia orienta a los países respecto a los principales retos vigentes y la necesidad de inversión. ³⁶

A nivel de país un marco teórico importante lo constituye el Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes y Jóvenes (PLANEA) 2013-2017. En agosto 2013, el Gobierno de Guatemala presentó este plan, con el propósito de reducir la prevalencia de embarazo en adolescentes, promover la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes y mejorar el acceso a servicios y programas que posibiliten sus proyectos de vida y su desarrollo integral. Este plan busca articular la respuesta intersectorial de los portadores de obligaciones en la prevención del embarazo en adolescentes en la población de 15-19 años. El plan propone cuatro líneas estratégicas: intersectorialidad; destrezas y habilidades para la vida; educación integral en sexualidad y acceso a servicios de salud integral y diferenciadas, con énfasis en salud sexual y reproductiva; y, participación juvenil y ciudadanía plena. ³⁷

Siguiendo estos principios, es posible tener una aproximación a una comprensión más holística del embarazo adolescente, haciéndose además evidente, la complejidad del mismo y la necesidad para que las intervenciones, consideren su implementación en diferentes niveles de influencia y atención, con amplia participación e involucramiento de diferentes sectores.

V. Justificación

El problema de embarazo en adolescentes en Guatemala, es un tema complejo que, aunque lamentablemente no es nuevo, no ha sido priorizado, ni adecuadamente abordado. En los últimos años ha cobrado mayor importancia, dado el registro de casos de embarazos en menores de 14 años y las implicaciones que esto tiene para su desarrollo físico, emocional y social.

Si bien, en el país existe información disponible de estudios e informes publicados sobre el tema; la mayoría se refieren a localidades o servicios de salud específicos y no son representativos a nivel nacional. Los datos oficiales, registran descenso en cuanto al número de casos de nacimientos de madres adolescentes. Sin embargo, en porcentaje la tendencia se ha mantenido prácticamente estable. Los datos reflejan que las intervenciones que se están haciendo podrían tener poco o nulo impacto en la problemática.

Aun cuando a nivel internacional, existe un marco de evidencia sólido, con recomendaciones puntuales para la prevención del embarazo en adolescentes; es imprescindible conocer la situación de país y las características de la problemática, para desarrollar políticas, estrategias e intervenciones que permitan generar cambios reales para mejorar la vida de las adolescentes. La Encuesta de Salud Materno Infantil (ENSMI) es una fuente de datos confiable y representativa a nivel nacional, que permite conocer con detalle las características y situación de las mujeres en edad fértil, incluyendo al grupo de adolescentes de 15-19 años. Esta encuesta provee información relevante que, si bien ha sido discutida o citada ampliamente en diferentes documentos y estudios, las publicaciones derivadas de la revisión y análisis de su base de datos es aún limitada.

Conocer las características sociodemográficas de las mujeres que han tenido hijos en edad adolescente, permitirá no sólo comprender mejor la situación, si no también formular recomendaciones que permitan el desarrollo de acciones más efectivas y acertadas, que incidan en la prevención del embarazo en adolescentes en Guatemala.

VI. Objetivos

Objetivo general:

Realizar un análisis secundario de las características sociodemográficas de las mujeres entre 15 a 49 años en Guatemala, que tuvieron su primer hijo en edad adolescente o bien que al momento de la encuesta eran adolescentes y estaban embarazadas.

Objetivos específicos:

1. Identificar entre el grupo de mujeres guatemaltecas en edad fértil, aquellas que han tenido su primer hijo en edad adolescente y también a las que, al momento de la encuesta, eran adolescentes y estaban embarazadas.
2. Caracterizar a la mujer guatemalteca entre 15-49 años, que ha tenido su primer embarazo o primer hijo en edad adolescente.

VII. Diseño de investigación

La investigación consiste en un estudio transversal, descriptivo, que utiliza como base una fuente primaria de información para realizar un análisis secundario de la misma. Se trabajó con la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2008/2009, con el fin de caracterizar a una población en función de las variables seleccionadas.

VIII. Metodología

a. Población y muestra

La ENSMI 2008/2009 es una encuesta nacional, que constituye un estudio transversal que se aplica a través de entrevistas cara a cara, representativa para los 22 departamentos del país, que tiene como población objeto: los hogares particulares y todos sus miembros; las mujeres en edad reproductiva entre 15-49 años, que fueron elegibles en cada hogar; y, los niños y niñas menores de cinco años, residentes en estos hogares. El diseño muestral es complejo, es probabilístico, estratificado y multietápico. De la muestra maestra, se seleccionó 733 sectores cartográficos: 30 sectores por cada departamento, 40 sectores para el municipio de Guatemala y 90

sectores para el departamento de Guatemala; de acuerdo con lo definido por el Instituto Nacional de Estadística.

Para efectos del presente estudio, la población muestral fueron las mujeres entre 15 a 49 años, que participaron en la ENSMI y que tuvieron algún hijo, incluyendo las que estaban embarazadas al momento de la encuesta. El análisis se desarrolló en función de las mujeres que tuvieron su primer embarazo o primer hijo en edad adolescente, en comparación con las mujeres que tuvieron hijos a partir de los 20 años.

b. Criterios de inclusión y exclusión

El grupo de análisis lo constituyeron las mujeres en edad fértil, entre 15-49 años, que participaron en la ENSMI 2008/2009 y que ya habían tenido algún hijo, incluyendo las que estaban embarazadas al momento de la encuesta. La muestra para este análisis la constituyó 11.639 mujeres, dato que ya excluye a las mujeres que no habían tenido algún hijo y tampoco estaban embarazadas.

c. Definición de variables

La variable dependiente determina si las mujeres en edad fértil entre 15-49 años tuvieron hijos en edad adolescente (entre 10-19 años, o menores de 20 años) e incluye a aquellas que al momento de la encuesta estaban embarazadas de su primer hijo y tenían menos de 20 años. En la ENSMI no existe una pregunta específica que capte esta información. Para ello fue necesario identificar al primer hijo reportado y su fecha de nacimiento, así como la fecha de nacimiento de la madre. A este grupo se sumaron las mujeres que al momento de la encuesta tenían menos de 20 años y estaban embarazadas. Este proceso se detalla en la sección de procedimiento. Las variables independientes, se registran en la encuesta a través de preguntas específicas, entre ellas las relacionadas con: edad, estado civil, escolaridad, zona geográfica, grupo étnico; o bien, como el caso de “quintil económico”, que aparece ya calculada e incluida en la base de datos. En el siguiente cuadro, se describen las variables que fueron consideradas para este análisis, en el que las variables independientes son de tipo cualitativas y nominales.

Aspecto	Definición	Variable	Unidad
Variable dependiente			
Embarazo en edad adolescente	Mujeres que tuvieron su primer embarazo antes de los 20 años de edad o mujeres que al momento de la encuesta tenían entre 15-19 años y además estaban embarazadas.	Clasificación de las mujeres que ya habían tenido algún embarazo en dos grupos: 1= Mujeres que tuvieron su primer embarazo antes de los 20 años de edad. 0= Mujeres que tuvieron su primer embarazo a los 20 años o más edad.	Variable dicotómica que distingue al grupo de mujeres que tuvieron su primer embarazo en la adolescencia.
Variables independientes			
<i>Características sociodemográficas</i>			
Edad	Edad al momento de la encuesta	Edad agrupada en quinquenios	Años cumplidos
Estado civil	Casada / en unión Soltera (incluye divorciada)	Estado conyugal	Casada / en unión Soltera
Escolaridad	- Sin escolaridad - Primaria - Secundaria (<i>básicos y diversificado</i>) - Superior	- Sin escolaridad - Primaria - Secundaria - Superior	Último grado cursado
Grupo étnico	Indígena: población maya No indígena: población ladina, mestiza, garífuna y xinca *según criterios ENSMI	Indígena No indígena	Indígena No indígena
<i>Características socioeconómicas y geográficas</i>			
Área de residencia	Parámetros adoptados por INE	Urbana Rural	Urbana Rural
Quintil económico	Se refiere a quintiles poblacionales de bienestar	Más bajo Medio Más alto	Quintil económico
Departamento de residencia	Departamento según clasificación geográfica de Guatemala	Nombre del departamento	Departamento

Fuente: Elaboración propia.

d. Procedimiento (o etapas)

La realización de este estudio conllevó las siguientes fases:

1. Definición de los objetivos a desarrollar, para delimitar el alcance de la investigación y el tipo de estudio que se desarrollaría.
2. Revisión de los cuestionarios de la ENSMI 2008/2009, con el fin de identificar la información que podía estar disponible en la base de datos y que sería de utilidad para la definición de variables.
3. Revisión bibliográfica de las investigaciones y marco teórico disponible sobre embarazos en edad adolescente, privilegiando publicaciones o documentos con no más de cinco años de antigüedad, tanto publicados en Guatemala, como en otros países. El resultado de esta revisión y análisis se organizó en antecedentes y marco teórico, buscando evidenciar la información más relevante, relacionada con el objeto de este estudio.
4. Procesamiento y análisis de datos, según descrito en el inciso e.
5. Redacción del informe completo, incluyendo conclusiones y recomendaciones.

e. Análisis de datos

Los datos fueron procesados con apoyo del programa estadístico SPSS. Primero se realizó una revisión de las variables captadas por la ENSMI que permiten identificar y operacionalizar por medio de variables el embarazo adolescente; luego se identificó las variables o características que los estudios o evidencias muestran que pueden estar correlacionadas con el embarazo en la adolescencia. Una vez se consideró las variables se procedió con la obtención de frecuencias simples y análisis bivariado.

f. Aspectos éticos

Por ser un estudio descriptivo ,que realiza un análisis secundario de una fuente primaria de información, no se requirió la aprobación de un comité de ética en tanto que no se obtuvo la información de forma directa por medio del informante. Asimismo, como procedimiento estándar, la base de datos de la ENSMI es una base estadística que no permite identificar a las personas que fueron seleccionadas en la muestra para ser entrevistadas.

g. Limitaciones del estudio

Al tratarse de una investigación basada en una fuente primaria de información, se aprovechó de la mejor forma posible datos existentes, considerando que fueron obtenidos con objetivos distintos al del presente estudio. La mayor parte de datos que recaba la ENSMI se refieren al momento de la encuesta (por ejemplo, edad actual, escolaridad, lugar de residencia, entre otros), correspondiendo las características al año 2008/2009. En este sentido, no es factible identificar causalidad pues el análisis de interés *embarazo adolescente* se refiere a un evento que sucedió antes de la encuesta, con excepción de una cantidad de mujeres que eran adolescentes al momento de la encuesta y que también estaban embarazadas ($n= 623$).

Para el presente estudio se decidió incluir a todas las mujeres que al momento de la encuesta ya habían tenido algún embarazo para determinar si el primer embarazo sucedió en edad adolescente, esto significa contar con una muestra más grande para análisis y dimensionar la magnitud del embarazo en la adolescencia, aunque no se pueda realizar una asociación directa con las características, especialmente para las mujeres de mayor edad. Por ejemplo, una mujer que al momento de la encuesta tiene 45 años de edad, pudo haber tenido su primer embarazo o hijo cuando tenía 14 años, para el presente estudio este caso cuenta como *embarazo adolescente*, aunque ciertamente esa mujer no es una adolescente al momento de la encuesta y su escolaridad actual u otras características al momento de la encuesta pueden diferir de aquellas que tenía cuando tenía 14 años de edad.

Asimismo, esta decisión de análisis también implicó que el estudio no enfatizó en determinar las características de las mujeres que son adolescentes al momento de la encuesta, es decir que tienen entre 15-19 años de edad, y comparar en ese grupo de mujeres entre quienes ya han tenido algún embarazo y quiénes no, pues correspondería a otro tipo de análisis y también reduciría el tamaño de la muestra.

Sobre este último tema, se realizó una excepción para la variable escolaridad por la importancia que ésta tiene.

IX. Presentación y análisis de resultados

Muestra

Este análisis se basó en datos provenientes de la V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2008/2009. El propósito principal de la encuesta es recolectar datos sociodemográficos (fecundidad, anticoncepción, etc.) y datos básicos de salud materno-infantil.

La muestra ENSMI-Mujeres comprende 21.990 hogares, en los cuales se seleccionó a 17.617 mujeres entre 15 y 49 años de edad para entrevista individual. Con una tasa de respuesta del 95,5%, la muestra con cuestionario individual completo corresponde a 16.819 mujeres en edad fértil.

Del total de 16.819 mujeres, la sub-muestra para el análisis de la presente investigación (tesis) es de $n= 11.639$ que corresponde al número de mujeres que ya habían tenido algún hijo o embarazo y las que estaban embarazadas al momento de la encuesta. De la muestra total 5.180 mujeres (31%) no forman parte del análisis porque no habían tenido algún hijo o algún embarazo hasta el momento de la encuesta.

Embarazo adolescente

Como categoría de análisis el *embarazo adolescente* es un concepto o constructo de importancia social, epidemiológica y, especialmente, de salud pública. Sin embargo, en términos estadístico no es un fenómeno que se observe de forma directa, con base en los datos de la ENSMI se construyó a partir de una serie de preguntas/variables, que permitieran determinar si el primer embarazo sucedió antes de los 20 años de edad para considerarlo como un embarazo adolescente. En la siguiente tabla, se muestra las preguntas o variables tomadas en cuenta.

Tabla 1. Serie de preguntas o variables en la ENSMI para crear la variable: *embarazo adolescente*

Serie de preguntas, temas o variables	Código pregunta/base de datos
Edad y fecha de nacimiento de la mujer	MP102M MP102A MP103
¿Ha tenido algún hijo que ha nacido vivo? o ha tenido algún embarazo que no haya resultado en un nacido vivo, o está embarazada al momento de la encuesta	MP301 MP308 MP311 MP334
Fecha de nacimiento del primer hijo o fecha al que corresponde el primer embarazo.	Historial de nacimientos: Serie MP321_01 al MP321_18
Edad de la madre al momento del nacimiento del primer hijo = (Fecha de nacimiento del hijo o fecha al que corresponde el primer embarazo) – (Fecha de nacimiento de la madre)	Cálculo diferencia de fecha nacimiento hijo o primer embarazo menos fecha de nacimiento de la madre.

Fuente: Elaboración propia.

Una vez se realizó el procesamiento y vinculación de las variables mencionadas anteriormente, la distribución de las mujeres que al momento de su primer embarazo eran adolescentes se muestra a continuación.

Tabla 2. Grupo de análisis según condición de haber tenido el primer embarazo siendo adolescentes

Grupos de análisis	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 15 años	376	3%
Entre 15-19 años	6.294	54%
Mayor de 19 años	4.969	43%
Total	11.639	100%

Fuente: Elaboración propia.

Al respecto, 57% de las mujeres entre 15-49 años de edad tuvieron su primer embarazo cuando eran menores de 20 años de edad, siendo oportuno mencionar que 3% tuvo su primer embarazo en edades menores a 15 años de edad.

Cabe indicar que 5% de las mujeres en la muestra, estaban embarazadas al momento de la encuesta. De este subgrupo de mujeres embarazadas, el 63% eran menores de 20 años de edad.

Para efectos del presente análisis los grupos de comparación son:

1. Mujeres que tuvieron su primer embarazo siendo adolescentes (edades menores de 20 años de edad)
2. Mujeres que tuvieron su primer embarazo cuando tenían 20 años o más edad.

Características sociodemográficas de las mujeres

Edad actual

Entre las mujeres que tuvieron su primer embarazo o primer hijo en edad adolescente, el mayor porcentaje (18,5%) corresponde al grupo de mujeres entre 20-24 años, comparado con 12,8% que lo constituye las mujeres en el mismo grupo etario, pero que tuvieron su primer embarazo o primer hijo después de los 20 años (tabla 3).

Tabla 3. Distribución porcentual de mujeres por condición de embarazo en la adolescencia y grupos de edad actual

Grupos de edad actual	Embarazo < 20 años (n= 6670)	Embarazo > 20 años (n= 4969)
15-19	12,7%	
20-24	18,5%	12,8%
25-29	18,8%	18,9%
30-34	16,0%	19,9%
35-39	13,8%	19,0%
40-44	11,1%	14,6%
45-49	9,3%	14,8%
Total	100%	100%

Fuente: Elaboración propia.

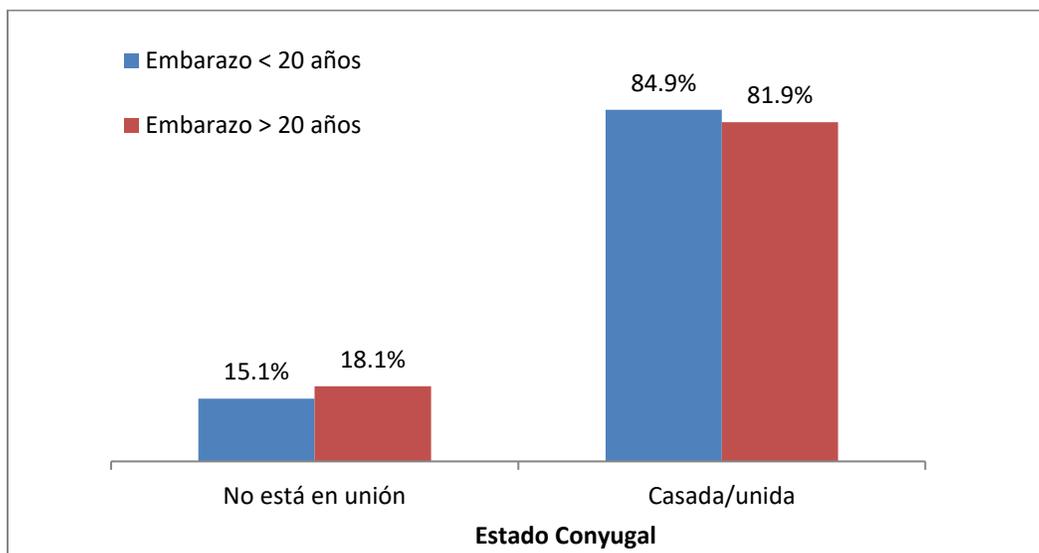
El porcentaje es igual para los dos grupos de mujeres en el rango etario entre 25-29 años, pero cambia notoriamente a partir del rango entre 30-34 años, que constituye el 19,9% de las mujeres que tuvieron su primer embarazo o primer hijo después de los 20 años, en comparación con un 16% de las mujeres que lo tuvieron en edad adolescente (antes de los 20 años). En general, el porcentaje de mujeres que tuvieron su primer embarazo o primer hijo en edad adolescente va disminuyendo en los rangos de edad después de

los 30 años (edad actual). Es importante agregar que dentro del grupo de embarazo adolescente se esperaba un mayor porcentaje o al menos similar, entre las mujeres de mayor edad. Sin embargo, los datos muestran una tendencia contraria.

Estado conyugal

La distribución porcentual por estado civil actual, de las mujeres que tuvieron su primer embarazo o primer hijo en edad adolescente, en relación con las que lo tuvieron después de los 20 años, no muestra diferencias tan marcadas. El porcentaje de mujeres que no están en unión actualmente, es más alto entre las que tuvieron su primer embarazo o primer hijo después de los 20 años, 18,1% en relación con 15,1% de las que lo tuvieron en edad adolescente. Lamentablemente, una de las limitaciones del estudio, es que no es posible determinar el estado civil de las mujeres al nacimiento de su primer embarazo o primer hijo, lo que sería un factor importante de definir (Gráfica 1).

Gráfica 1. Distribución porcentual de mujeres por condición de embarazo en la adolescencia y estado conyugal actual

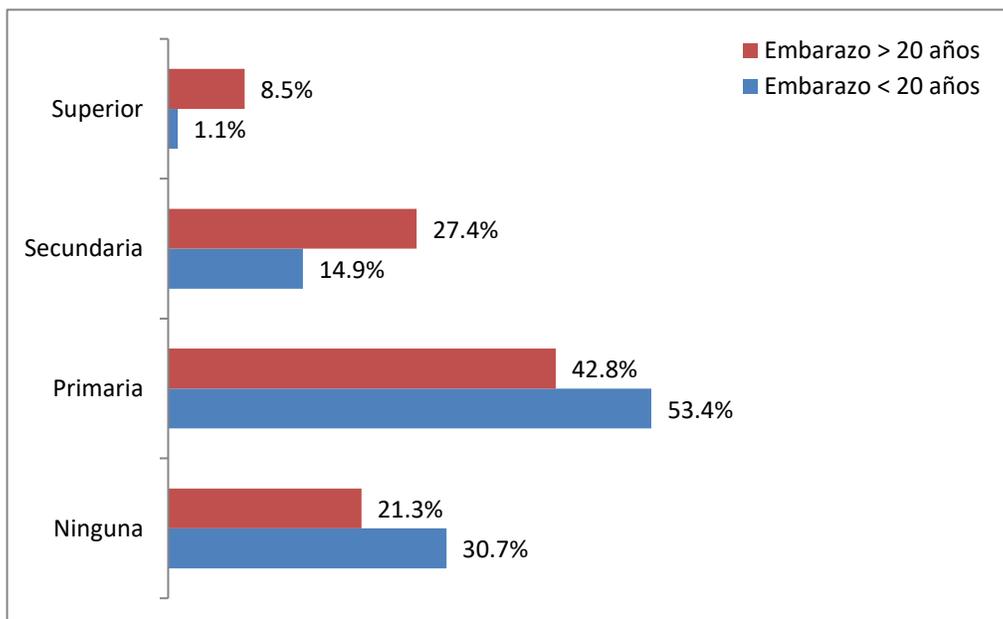


Fuente: Elaboración propia.

Nivel educativo

El nivel de escolaridad marca diferencias entre el grupo de mujeres que tuvieron su primer embarazo o primer hijo en edad adolescente y las que lo tuvieron después de los 20 años. El porcentaje de mujeres sin educación es mayor para las mujeres con embarazo en edad adolescente, 30,7% en comparación con 21,3% de las que tuvieron su primer embarazo o primer hijo después de los 20 años. Este grupo presenta en general mujeres con niveles más altos de educación, 8,5% de estas mujeres han cursado el nivel superior de educación, en relación con el 1,1% del grupo de mujeres que fueron madres adolescentes. El nivel secundario de educación marca también una diferencia importante, solo 14,9% de las mujeres que fueron madres adolescentes han curso estudios en el nivel secundario, versus el 27,4% de las mujeres que fueron madres después de los 20 años.

Gráfica 2. Distribución porcentual de mujeres por condición de embarazo en la adolescencia y nivel de escolaridad actual



Fuente: Elaboración propia.

Casi 70% de las mujeres con embarazo/hijos en edad adolescente, no alcanzan el nivel primario de educación. Este porcentaje incluye al grupo sin educación, que equivale al 30% de esta muestra.

Mujeres adolescentes 15-19 años

Debido a la importancia de la variable educación, se consideró necesario hacer un análisis para algunos datos específicos del grupo de mujeres entre 15-19 años de edad. Únicamente se tomó este grupo, debido a la limitación para determinar el grado de escolaridad de las mujeres mayores de 20 años, al momento de su primer embarazo en edad adolescente.

Aproximadamente un 15% de las mujeres con primer embarazo / primer hijo en edad adolescente no tienen ningún grado de escolaridad, el porcentaje es un poco mayor para el grupo que tuvo su primer embarazo/primer hijo antes de los 15 años (16,7%), en comparación con un 5,7% en mujeres adolescentes sin escolaridad para el grupo de mujeres que no tienen hijos. El nivel de escolaridad es mayor en las mujeres adolescentes sin hijos. La mayor parte de mujeres con hijos en edad adolescente, han alcanzado algún nivel de educación primaria, el porcentaje en ese grupo es mayor en relación al grupo de mujeres sin hijos. Una de las diferencias más importantes está en el porcentaje de adolescentes que logran alcanzar un nivel de educación secundaria, que es considerablemente menor en el grupo de adolescentes con hijos, en relación con el grupo de adolescentes sin hijos (tabla 4.)

Tabla 4. Nivel de escolaridad de mujeres entre 15-19 años, según la edad de su primer embarazo o primer hijo.

Mujeres adolescentes 15-19 años			
Escolaridad de la mujer	Edad al primer hijo / primer embarazo		
	< 15 años	15-19 años	Ningún hijo/embarazo
Ninguna	16,7%	14,4%	5,7%
Primaria	74,2%	57,1%	44,0%
Secundaria	9,1%	28,6%	49,0%
Superior			1,3%

Fuente:Elaboración propia.

Las adolescentes entre 15-19 años, que han tenido un primer embarazo o primer hijo en edad adolescente (10-19 años), tienen pocas posibilidades de continuar estudiando en relación al grupo de mujeres adolescentes sin hijos, de las que más de la mitad está en la escuela (tabla 5).

Tabla 5. Mujeres entre 15-19 años, que estudian actualmente, según la edad de su primer embarazo o primer hijo.

Mujeres adolescentes 15-19 años - Estudios actuales			
Estudia actualmente	Edad al primer hijo / primer embarazo		
	< 15 años	15-19 años	Ningún hijo/embarazo
Sí	14,0%	8,9%	54,1%
No	86,0%	91,1%	45,9%

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 6 refleja que el porcentaje de adolescentes que abandona la escuela es particularmente alto entre las mujeres que tuvieron su primer embarazo /primer hijo en edad adolescente. En términos generales, es en el período de los 10 a los 14 años, que se da una mayor deserción escolar, tanto para las adolescentes que tuvieron su primer embarazo/primer hijo entre los 10-19 años, como para las adolescentes que no tienen hijos.

Tabla 6. Mujeres entre 15-19 años, que abandona la escuela, según la edad de su primer embarazo o primer hijo.

Mujeres adolescentes 15-19 años - Estudios actuales			
Edad al dejar de estudiar	Edad al primer hijo / primer embarazo		
	< 15 años	15-19 años	Ningún hijo/embarazo
< 10 años	8,4%	5,0%	3,0%
10-14 años	85,4%	50,0%	60,0%
15-19 años	6,3%	45,0%	37,0%

Fuente: Elaboración propia.

La principal razón por la que se abandonó la escuela, es la misma para las mujeres que tuvieron algún hijo antes de los 15 años, que para las que lo tuvieron entre los 15-19 años, ambos grupos indican que abandonan la escuela porque no les gusta. La segunda causa del abandono escolar varía un poco de grupo a grupo. Para el caso de las adolescentes que tuvieron su primer embarazo o primer hijo, entre los 10-14 años, la segunda causa de abandono escolar se debe a matrimonio o unión. En términos generales, entre las cinco principales razones del abandono escolar, dos corresponden a temas económicos, como lo son “necesitaba trabajar” y, “no pudo pagar la cuota” (tabla 7).

Tabla 7. Mujeres entre 15-19 años, según la razón por la que dejaron de asistir a la escuela.

Razón por la que dejó de asistir a la escuela	Edad al primer hijo / primer embarazo		
	< 15 años	15-19 años	Ningún hijo/embarazo
No le gustaba la escuela	39,60%	31,10%	33,40%
Se caso/unió	29,20%	13,10%	1,50%
No pudo pagar la cuota	14,60%	21,70%	31,90%
Se embarazó	6,30%	9,40%	-
Escuela no accesible/muy lejos	6,30%	1,50%	1,70%
La familia necesitaba ayuda	2,00%	5,70%	6,80%
Los papás no permitieron	2,00%	4,40%	7,00%
Cambio de residencia	-	1,50%	0,60%
Necesitaba trabajar	-	8,80%	7,60%
Se graduó/suficiente escolaridad	-	0,50%	1,60%
Malas calificaciones	-	0,50%	2,00%
Por enfermedad o razón médica	-	0,30%	3,30%
No había grado	-	0,30%	0,70%
No había maestro	-	0,30%	0,10%
Otra razón	-	0,60%	1,80%
No sabe	-	0,30%	-

Fuente: Elaboración propia.

Grupo étnico

Al revisar los datos por grupo étnico, se muestra que el porcentaje más alto de embarazo en edad adolescente, corresponde al grupo no indígena con 58,6%; el porcentaje para el grupo indígena es de 41,4% en comparación con el 33,6% para el grupo de mujeres que tuvieron su primer hijo después de los 20 años; el porcentaje para el grupo no indígena en este grupo etario es de 66,4% (tabla 8).

Tabla 8. Distribución porcentual de mujeres por condición de embarazo en la adolescencia y grupo étnico

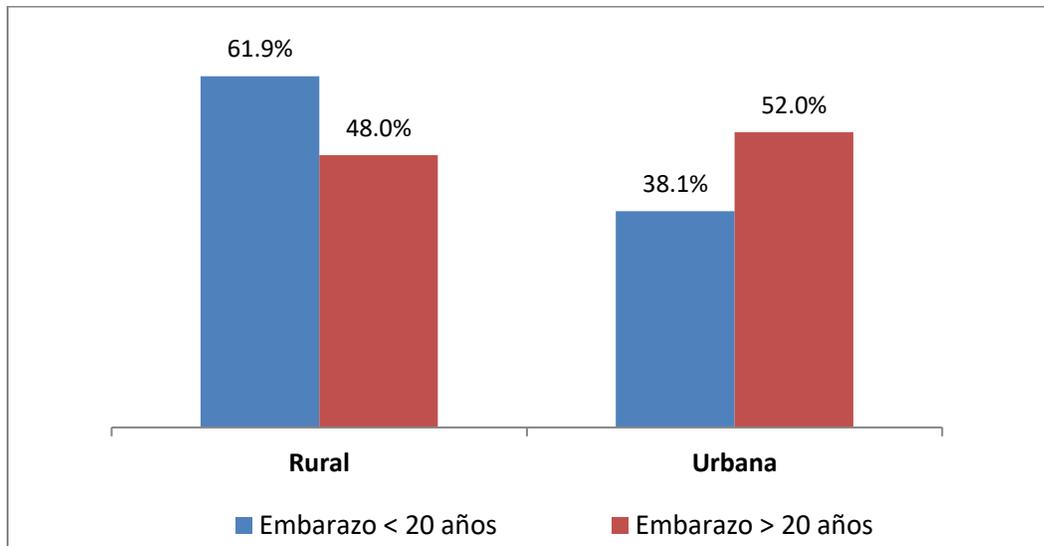
Grupo étnico	Embarazo < 20 años (n= 6670)	Embarazo > 20 años (n= 4969)
Indígena	41,4%	33,6%
No indígena	58,6%	66,4%
Total	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Características socioeconómicas y geográficas

En relación al área de residencia, 62% de las mujeres entre 15-49 años con residencia en el área rural, tuvieron su primer hijo o embarazo en edad adolescente, en comparación con el 48% de mujeres que tuvieron su primer hijo después de los 20 años. Para el área urbana, el dato corresponde al 38% para las mujeres que tuvieron su primer embarazo o hijo en edad adolescente y 52% para las que lo tuvieron después de los 20 años.

Gráfica 3. Distribución porcentual de mujeres por condición de embarazo en la adolescencia y área de residencia



Fuente: Elaboración propia.

En términos generales, el 48% de las mujeres que tuvieron hijos en edad adolescente, pertenecen a los quintiles económicos más bajos (1 y 2), en comparación con 33% de las mujeres que tuvieron su primer hijo o embarazo después de los 20 años. En el quintil económico medio (el número 3), se ubica el 23% de la muestra de mujeres que tuvieron su primer hijo o embarazo en edad adolescente, versus el 19% de quienes lo tuvieron después de los 20 años. Según se pertenezca a un quintil económico más alto (4 y 5), disminuye el porcentaje de mujeres que tuvieron su primer hijo o embarazo en edad adolescente y aumenta el porcentaje de las que lo tuvieron después de los 20 años (tabla 9).

Tabla 9. Distribución porcentual de mujeres por condición de embarazo en la adolescencia y quintil económico

Quintil económico	Embarazo < 20 años (n= 6670)	Embarazo > 20 años (n= 4969)
1 (más bajo)	24%	16%
2 Segundo quintil	24%	17%
3 (intermedio)	23%	19%
4 Cuarto quintil	18%	24%
5 (más alto)	11%	24%
Total	100%	100%

Fuente: Elaboración propia.

Si el análisis por grupo étnico, se realiza incluyendo la variable quintil económico, los resultados cambian. El porcentaje de mujeres que tuvieron su primer hijo o embarazo en edad adolescente, es mayor en el grupo de mujeres indígenas que viven en pobreza 40% (quintil económico 1) y 29% (quintil económico 2), porcentajes un poco más altos que los que presentan las madres mayores de 20 años (32% y 27% respectivamente). En el caso de ambos grupos, el porcentaje se va invirtiendo conforme aumenta el quintil económico, según la distribución de riqueza por grupo étnico.

En cuanto a ubicación geográfica, el mayor porcentaje de mujeres que tuvieron su primer hijo o embarazo antes de los 20 años (16%), así como las que lo tuvieron después de los 20 años (26%), reportan su residencia en el departamento de Guatemala. Los cinco departamentos que le siguen y que reportan entre 5-10% son: Huehuetenango, Alta Verapaz, San Marcos, Quiché, Escuintla. Por otra parte, el departamento con el porcentaje más bajo de embarazo adolescente es El Progreso (según área de residencia al momento de la encuesta).

En la tabla 10 se muestra la distribución de embarazo adolescente, según departamento de residencia al momento de la encuesta.

Tabla 10. Porcentaje de embarazo adolescente por departamento de residencia

Porcentaje de embarazo adolescente	Departamento
Mayor al 10%	(16%) Guatemala
Entre 5% - 10%	(9%) Huehuetenango, (8%) Alta Verapaz y San Marcos (7%) Quiche y Escuintla
Entre 3% - 4%	(4%) Quetzaltenango, Petén, Suchitepéquez, Jutiapa (3%) Santa Rosa, Chimaltenango, Izabal, Jalapa, Sololá, Retalhuleu y Chiquimula
Entre 1% - 2%	(2%) Totonicapán, Baja Verapaz, Zacapa y Sacatepéquez (1%) El Progreso

Fuente: Elaboración propia.

X. Conclusiones

La población adolescente constituye un porcentaje importante de la población guatemalteca. Ésta debería ser una población priorizada, dadas las características de su desarrollo, la vulnerabilidad en la que este grupo poblacional se encuentra y las implicaciones e impacto que la atención de su salud y necesidades de desarrollo, tendrán a corto y mediano plazo. La problemática del embarazo a temprana edad, va más allá de la sola necesidad de atención en el servicio de salud, o del acceso a métodos anticonceptivos, requiere de un análisis serio y un abordaje integral.

Los resultados de este estudio permiten concluir:

1. La maternidad en Guatemala tiene un rostro adolescente. El 57,3% de las mujeres entre 15-49 años que han tenido hijos, lo han tenido en edad adolescente, es decir entre los 10 a los 19 años.
2. La educación es un factor de protección para las adolescentes y mujeres. A mayor grado de educación alcanzado, menor porcentaje de mujeres que tuvieron hijos en edad adolescente.
3. La diferencia urbana/rural es marcada entre las mujeres que tuvieron embarazo en edad adolescente y las que tuvieron su primer hijo después de los 20 años.
4. Las mujeres que tuvieron hijos o embarazo en edad adolescente son, en su mayoría, mujeres que viven en pobreza.
5. Ser indígena no parece ser un criterio que defina el embarazo en edad adolescente. Por el contrario, los resultados muestran que el mayor porcentaje de mujeres que tuvieron hijos o embarazo en edad adolescente, corresponde al grupo denominado como “no indígena”. No obstante, si la variable “indígena” se cruza además con el quintil económico, los resultados son contrarios. Las mujeres pobres que han tenido hijos o embarazo en edad adolescente son en alto porcentaje mujeres indígenas.

XI. Recomendaciones

La problemática del embarazo a temprana edad es compleja. Para que su abordaje sea exitoso, no existe una única receta, se requiere de intervenciones integrales, que tomen en cuenta el contexto, la realidad local, así como la multiplicidad de actores. Considerando los resultados obtenidos en este estudio, se plantean las siguientes recomendaciones:

- 1. Realizar análisis periódicos con datos disponibles.** Es importante utilizar los datos disponibles, generar análisis y desarrollar investigaciones. La información es necesaria para conocer la realidad de la problemática y permitirá la toma de decisiones adecuada y oportuna, acorde al entorno y contexto local. Actualmente, el país no realiza este tipo de análisis y tampoco genera estrategias para mejorar la calidad del dato.
- 2. Incorporar a padres y madres.** La posibilidad de desarrollar diálogos e intercambios intergeneracionales, fortalece la relación padres e hijos, lo que podría constituir un factor protector para adolescentes y jóvenes. La participación activa de padres y madres, su orientación y sensibilización, pueden marcar la diferencia, ya que son ellos, quienes en muchos casos deciden respecto a la interrupción de estudios de sus hijas y el matrimonio o la unión a temprana edad.
- 3. Promover la participación de jóvenes, actores y autoridades locales.** Líderes y lideresas, autoridades municipales y diferentes actores de la comunidad, deben ser concientizados sobre el riesgo que significa para las mujeres y sus hijos, los embarazos a temprana edad, así como las repercusiones sociales y económicas que representan.

Es necesario educar a la población en cuanto a derechos humanos, enfatizando que no debe ser “normal” que las adolescentes estén embarazadas, ni que suspendan sus estudios. Los jóvenes tienen un rol importante que cumplir, para hacer valer sus

derechos y hacer abogacía, pero también para educar a sus pares, compartir información confiable que ayude a romper paradigmas y acabar con mitos, socialmente aceptados.

- 4. Realizar intervenciones focalizadas y dirigidas acorde a la etapa de desarrollo, incluyendo la educación integral en sexualidad.** La adolescencia es un grupo heterogéneo, esa heterogeneidad se ve acentuada en Guatemala, dada la diversidad cultural que se tiene y la inequidad tan desproporcionada en la que se vive. Las intervenciones de prevención para ser efectivas, deben iniciar a temprana edad. De esta cuenta, que es recomendable desarrollar estrategias dirigidas a la niñez, según su edad, y a adolescentes en la etapa temprana, antes de los 14 años. Si no se logra trabajar la prevención en esa edad, se está llegando muy tarde a las y los adolescentes. Los programas, estrategias o intervenciones que se desarrollen, deberán tomar en cuenta la etapa de desarrollo cognitivo y social en la que se encuentra el grupo objetivo y generar el material necesario para lograr un abordaje adecuado.

Parte de estos esfuerzos, deben orientarse a promover la educación integral en sexualidad desde edades tempranas, dosificada según la edad y etapa de desarrollo y dirigida tanto a población escolarizada, como fuera del sistema escolar. La evidencia señala la importancia que adolescentes y jóvenes reciban educación sobre sexualidad, ya que se encuentran en situación de vulnerabilidad ante la coerción, el abuso y la explotación sexual, el embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH. No obstante, pensar en iniciar la educación sexual en la adolescencia es una acción tardía.

- 5. Generar estrategias desde el nivel local.** Se debe trabajar con la comunidad y generar espacios seguros para la niñez y adolescencia, que respondan a sus características culturales y locales. La comunidad puede, si se lo propone, constituirse en un círculo de protección para su población joven, apoyando la generación de espacios para el desarrollo integral de sus adolescentes y

promoviendo el desarrollo de sus planes de vida que, si son respaldados y apoyados en conjunto, podrán tener mejores resultados. La prioridad debe ser alcanzar a las adolescentes fuera del sistema escolar, que son quienes se encuentran en mayor riesgo.

- 6. Generar estrategias de protección social.** Los embarazos a temprana edad, afectan en mayor medida a la población más vulnerable: las mujeres más jóvenes, en condiciones de pobreza y aisladas (área rural y sin educación). La información disponible evidencia que el embarazo adolescente perpetúa el círculo de pobreza.

Estas adolescentes tienen baja posibilidad de cambiar su realidad y mejorar su vida, a menos que se les apoye y se ofrezcan oportunidades de desarrollo sostenidas, que puedan generar un cambio real en sus vidas y la de sus hijos. El desarrollo de estrategias de protección social en el país, debería de dejar de ser un tema aplazado, las madres adolescentes y sus hijos, requieren protección y la garantía de poder gozar de su derecho a la salud, educación y alimentación, entre otros. El abordaje de la problemática requiere necesariamente de intervenciones integrales e intersectoriales.

- 7. Desarrollar una atención integral y diferenciada en salud para adolescentes.**

Fortalecer los servicios de salud para que respondan a las necesidades particulares del desarrollo de adolescentes, lo que debe incluir el acceso a métodos anticonceptivos, bajo un enfoque integral y diferenciado en salud. Esto implica, necesariamente, el desarrollo de acciones de coordinación multisectorial a nivel local y nacional.

- 8. Alcanzar a la población no escolarizada.** La población adolescente no escolarizada, no sólo es una población en mayor vulnerabilidad, sino también una población de difícil acceso. Es urgente, que el país pueda desarrollar una estrategia para ubicar a esta población, alcanzarla y poder proveerle el servicio y la atención que requiere, bajo un enfoque preventivo y de desarrollo social.

9. Ampliar la oferta educativa. La falta de educación o baja escolaridad es una constante en las mujeres que tuvieron su primer embarazo o primer hijo en edad adolescente. El problema es más serio, porque en parte se debe a la disminución de la cobertura de primaria y la baja cobertura en secundaria y diversificado en el país. Los diferentes estudios revisados y los datos de la presente investigación, coinciden en señalar que la educación es un factor importante que aparece constantemente vinculado al embarazo adolescente. Las mujeres necesitan recibir educación y necesitan, al menos, recibir educación en el nivel secundario, para generar cambios reales en cuanto a sus condiciones de vida a diferentes ámbitos. Es urgente que, como política de Estado, se desarrolle una estrategia nacional, para poder alcanzar a las niñas fuera del sistema escolar y también desarrollar estrategias innovadoras para brindar oportunidades de capacitación y desarrollo económico.

10. Promover la revisión de evidencia. Existe a nivel global, suficiente evidencia de lo que funciona y lo que no funciona en cuanto a prevención del embarazo en adolescentes se refiere. Es necesario que las autoridades del país, realicen una revisión seria de sus acciones y se formulen estrategias basadas en evidencia, que respondan a la realidad nacional y al contexto local, bajo un enfoque integral y con pertinencia cultural. Esto requiere necesariamente de la conformación de un equipo técnico nacional que pueda, bajo un liderazgo definido, discutir y reorientar las acciones de país que para el tema se realizan o se van a realizar. Guatemala tiene un gran desafío: alcanzar a las adolescentes en condición de mayor vulnerabilidad, las más excluidas, sin educación y sin oportunidades, ellas son las más afectadas.

XII. Referencias bibliográficas

1. World Health Organization (WHO) (2014), "Adolescent pregnancy", (http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/). Retrieved 09/04/2017.
2. Estadísticas Vitales 2015, página web del Instituto Nacional de Estadística (INE): <https://www.ine.gob.gt/index.php/estadisticas-continuas/vitales2>, accesado 7 de junio de 2017.
3. Organización Mundial de la Salud. Matrimonios precoces y embarazos en la adolescencia y juventud. Informe de la Secretaría. A65/13. 2012.
4. Banco Mundial. Embarazo adolescente y oportunidades en América Latina y el Caribe, sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos. Washington DC. 2012.
5. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) Estado de la Población Mundial 2013. Maternidad en la niñez: Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. Nueva York. 2013.
6. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Situación de la Mortalidad Materna. Informe de país 2014-2015. Guatemala. 2017.
7. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Instituto Nacional de Estadística (INE) y Universidad del Valle de Guatemala (UVG). Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2008-2009. Guatemala. 2011.
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Directrices de la OMS para la Prevención del Embarazo Precoz y los Resultados Reproductivos Adversos en adolescentes de los países en desarrollo. Ginebra, Suiza. 2011.
9. Prensa Libre. Aumentan embarazos en adolescentes. Prensa Libre; , Guatemala. Mayo 11, 2012.
10. Trucco Daniela y Ullmann Heidi (eds.), Juventud: realidades y retos para un desarrollo con igualdad. Libros de la CEPAL, N° 137 (LC/G.2647-P), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile. 2015.
11. Ceballos Guillermo; Suárez Yuly; Arenas Kathy y Salcedo Nacira. Adolescentes gestantes: características sociodemográficas, depresión e ideación suicida. Revista de Psicología Universidad de Antioquia, 5 (2), 31-44.
12. Galindo Pardo Camila, Análisis del embarazo y la maternidad durante la adolescencia: diferencias socioeconómicas. Revista Desarrollo y Sociedad. 2012. Vol. 69, pp.132-185.

13. Yago, Teresa. y Tomás Concepción., Variables Sociodemográficas relacionadas con embarazos no planificados en jóvenes de 13 a 24 años. Rev Esp. Salud Pública 2014; mayo-junio 2014. Vol. 88, pp.395-406.
14. Ávila, Gustavo., Barbena, Mar. y Arguello, Paola., Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes en comunidades urbano marginales de Comayagüela. Revista Médica Hondureña, Abril, mayo, junio 2011. Artículo 68-72. Vol. 79, N° 2, pp.53-109.
15. Gómez, Carlos. y Montoya, Liliana., Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño 2012 (Colombia). Rev. Salud pública. 2014. Vol. 16, N° 3, pp. 394-406.
16. Rico, María Nieves y Trucco Daniela. Adolescentes. Derecho a la educación y al bienestar futuro. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Santiago de Chile. 2014.
17. Di Cesare Mariachiara, Fecundidad adolescente en los países desarrollados. Niveles, tendencias y políticas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Santiago de Chile. Junio 2015.
18. Rodríguez Jorge, Reproducción temprana en Centroamérica: escenarios emergentes y desafíos, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Santiago de Chile. Mayo 2013.
19. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). El matrimonio infantil y las uniones de hecho forzadas en adolescentes en Guatemala. Guatemala. Diciembre, 2011.
20. Institución del Procurador de los Derechos Humanos, Defensoría de los Derechos de la Mujer, Análisis de la situación: Embarazos en niñas y adolescentes en Guatemala 2011-2013. Informe temático. Guatemala, Octubre 2013.
21. Asociación de Servicios Comunitarios en Salud (ASECSA), Diagnóstico sobre la situación de los derechos sexuales y reproductivos, violencia de género y embarazos en adolescentes con población adolescente en 12 municipios de los departamentos de Sololá y Quetzaltenango. Guatemala. 2012.
22. Plan Internacional y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes. Una aproximación

a los factores culturales, sociales y emocionales a partir de un estudio en seis países de la región. Panamá, 2014.

23. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). ¡Me cambió la vida! Uniones, embarazos y vulneración de derechos en adolescentes. Guatemala; 2015.
24. García Nohemí y López Sandra. Estudio psicológico sobre embarazo en adolescentes (12-19 años): Centro de Maternidad Santa Elena III zona 18, Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas. Guatemala; 2009.
25. Ramos, Arely. (sin fecha) Perfil clínico y epidemiológico de la mujer adolescente con embarazo no deseado. Estudio descriptivo prospectivo transversal realizado en mujeres adolescentes embarazadas que consultaron a los centros de salud del departamento de El Petén durante los meses de octubre 2001 a enero 2002. (sin fecha) obtenido de http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_0193.pdf. Universidad de San Carlos de Guatemala Facultad de Ciencias Médicas.
26. Portillo, Ana. Características y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia, Chiquimula, Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro Universitario de Oriente. Guatemala. 2014.
27. World Health Organization (WHO). The Second Decade. Geneva, Switzerland 1998.
28. Congreso de la República de Guatemala. Ley de protección integral a la niñez y adolescencia. Decreto No. 27-2003. Guatemala. 2003.
29. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Modelo de atención integral y diferenciada a adolescentes y jóvenes. Guatemala. 2008.
30. Zubarew, Tamara; Romero, María Inés; y Poblete, Fernando. Adolescencia: promoción, prevención y atención en salud. Primera edición, Pontificia Universidad Católica de Chile: Chile; 2007.
31. Brennauer, Cecilia. Jóvenes, opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en la adolescencia. Primera edición; Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.USA; 2008.
32. Prada, Elena; Remez Lisa; Kestler Edgar; Sáenz Sandra; Singh Susheela, Bankole Akinrinola. Embarazo no planeado y aborto inseguro en Guatemala: causas y consecuencias, Guttmacher Institute. Nueva York.USA. 2006.
33. Every Women, Every Child. Technical Guidance for Prioritizing Adolescent Health. 2017.

34. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) Estado de la población mundial, 2016. UNFPA. Nuestro futuro depende las niñas que cumplen esta edad decisiva. 10. Nueva York. USA. 2016.
35. Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos PROMSEX y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Adolescencia y acceso a salud reproductiva y educación sexual ¿Qué puede cambiar? Lima, Perú, 2011.
36. Todas las mujeres, todos los niños 2015, Asamblea de las Naciones Unidas. Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030).
37. Consejo Nacional de la Juventud (CONJUVE). Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes y Jóvenes (PLANEA) 2013-2017. Guatemala. 2013.