

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**ESTRATEGIAS PARA LA REDUCCIÓN DE EMBARAZOS
ADOLESCENTES EN GUATEMALA SEGÚN EXPERIENCIAS EN
LATINOAMÉRICA**

MONOGRAFÍA

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

**Astrid Mishelle Xiloj Vargas
Alejandra Eunice Gay Novoa**

Médico y Cirujano

Guatemala, Guatemala septiembre de 2020

El infrascrito Decano y el Coordinador de la Coordinación de Trabajos de Graduación -COTRAG-, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hacen constar que:

Las estudiantes:

1. ASTRID MISHELLE XILOJ VARGAS 201110024 2141910870101
2. ALEJANDRA EUNICE GAY NOVOA 201180003 2250789020101

Cumplieron con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al título de Médico y Cirujano en el grado de licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación en la modalidad de MONOGRAFÍA, titulado:

**ESTRATEGIAS PARA LA REDUCCIÓN DE EMBARAZOS ADOLESCENTES
EN GUATEMALA SEGÚN EXPERIENCIAS EN LATINOAMÉRICA**

Trabajo asesorado por el Dr. Sergio Rolando Marroquín Castillo y revisado por la Dra. Lucia Eleonora Terrón Gómez, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firman y sellan la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, el dos de octubre del dos mil veinte




Dr. César Osvaldo García García
Coordinador




Vo.Bo.
Dr. Jorge Fernando Orellana Oliva
Decano

El infrascrito Coordinador de la COTRAG de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad de San Carlos de Guatemala, HACE CONSTAR que las estudiantes:

1. ASTRID MISHELLE XILOJ VARGAS 201110024 2141910870101
2. ALEJANDRA EUNICE GAY NOVOA 201180003 2250789020101

Presentaron el trabajo de graduación en la modalidad de MONOGRAFÍA, titulado:

**ESTRATEGIAS PARA LA REDUCCIÓN DE EMBARAZOS ADOLESCENTES
EN GUATEMALA SEGÚN EXPERIENCIAS EN LATINOAMÉRICA**

El cual ha sido revisado y aprobado como profesor de esta Coordinación: Dr. Luis Gustavo de la Roca Montenegro y, al establecer que cumplen con los requisitos establecidos por esta Coordinación, se les AUTORIZA continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General. Dado en la Ciudad de Guatemala, el dos de octubre del año dos mil veinte.



"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. C. César Oswaldo García García
Coordinador

Guatemala, 2 de octubre del 2020

Doctor
César Oswaldo García García
Coordinador de la COTRAG
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. García:

Le informamos que nosotras:

1. ASTRID MISHELLE XILOJ VARGAS
2. ALEJANDRA EUNICE GAY NOVOA




Presentamos el trabajo de graduación en la modalidad de MONOGRAFÍA titulado:

**ESTRATEGIAS PARA LA REDUCCIÓN DE EMBARAZOS ADOLESCENTES
EN GUATEMALA SEGÚN EXPERIENCIAS EN LATINOAMÉRICA**

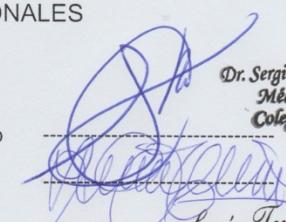
Del cual el asesor y la revisora se responsabilizan de la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

FIRMAS Y SELLOS PROFESIONALES

Asesor: Dr. Sergio Rolando Marroquín Castillo

Revisora: Dra. Lucía Eleonora Terrón Gómez

Reg. de personal 20520951



Dr. Sergio Marroquín Castillo
Médico y Cirujano
Colegiado No. 8680



Lucía Terrón Gómez
MÉDICA Y CIRUJANA
COLEGIADA No. 11,193

DEDICATORIA ALEJANDRA GAY

A Dios: A Dios todo poderoso por ser mi amparo y fortaleza mi pronto auxilio en las tribulaciones, mi roca y el ancla de mi fe.

A mis padres: Al Dr. Milton Gay por cada una de las madrugadas que me acompañaste a mis exámenes de admisión, por todo tu apoyo durante toda la carrera y por no dejar que me rindiera y por cumplir tu promesa, hoy estoy cumpliendo la mía, te amo papá. A Olga Novoa, gracias mami por todo tu apoyo y comprensión, por enseñarme que el amor si es un ingrediente en todas las comidas. Algún día espero poder ser por lo menos la mitad de buena de lo que vos sos, te amo.

A mi hermano: Por alegrar mi vida y apoyarme siempre, por ser mi inspiración y la mayor motivación para hacer las cosas bien, te amo Milton Gerardo.

A mis amigos: A Astrid Vargas por ser mi compañera de batallas, porque la carrera nos hizo hermanas, por ayudarme a construir nuestro trabajo de graduación y compartir nuestro mayor logro juntas. A todos mis amigos que han sido parte de este sueño que hoy se vuelve realidad, por todas las palabras de ánimos, por sentirse orgullosos de mi, por toda su ayuda y comprensión, los amo.

DEDICATORIA ASTRID XILOJ

A Dios: Por ser el creador del cielo y de la tierra, por darme vida, cuidarme en todo momento y por derramar en mí discernimiento desde el inicio hasta el final de esta meta.

A mi abuelita: Dedicado a la memoria de mi abuelita Francisca Ulin que desde el cielo y junto a Jesucristo celebre conmigo este logro; su ejemplo siempre guiará mis pasos.

A mis padres: Jaime Xiloj y Leticia Vargas. Por su lucha, amor, esfuerzo, dedicación, desvelos, apoyo incondicional tanto económico como espiritual, por ser mis ejemplos a seguir y por ponerme siempre en sus oraciones para que pudiera ser una mujer de bien y poder alcanzar este triunfo profesional. Ellos han sido el ejemplo vivo de que los sueños son posibles de alcanzar

A mis hermanos: Joseline, Javier y Mafer. Por su presencia en mi vida, por llenar de alegría mis días viéndolos crecer y convertirse en los jóvenes que son ahora, por permitirme ser parte de su vida y encantarme con su cariño día a día.

A mis amigos: A mi mejor amiga Ale Gay por ser mi compañera de aventuras desde el inicio de esta carrera, lo logramos amiga. A mis amigos que me dio esta hermosa carrera.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad San Carlos de Guatemala: Por ser nuestra Alma Mater y una importante influencia en nuestra carrera.

A la Facultad de Ciencias Médicas: Por ser nuestro segundo hogar, por la oportunidad de adquirir y expandir nuestros conocimientos, a la vez de enseñarnos a ser creativos, a pensar de una manera diferente creando emoción e interés en nuestras vidas, ya que cuando hay emoción e interés lo aprendido no se olvida y con eso podemos cambiar el mundo y asumir nuestra responsabilidad de dejar un legado.

A nuestro asesor y revisor: Dr. Sergio Marroquín y Dra. Lucia Terrón, Por ser un importante apoyo y brindarnos su ayuda y conocimiento en el proceso de elaboración de nuestro trabajo de graduación.

A nuestros docentes: Por compartir sus experiencias y conocimientos en el transcurso de mi formación académica, en especial a nuestra madrina Dra. Ana Margarita Rodas Rodas, quien estuvo con nosotras desde los primeros años de la carrera apoyándonos y animándonos, la queremos mucho.

A nuestros compañeros: Por su ayuda y apoyo a lo largo de la carrera.

ÍNDICE

Introducción	I
Planteamiento del problema.....	II
Objetivos	IV
Métodos y técnicas	V
Capítulo 1. Embarazos adolescentes.....	1
Capítulo 2. Factores biopsicosociales que influyen en los embarazos adolescentes	12
Capítulo 3. Programas en Latinoamérica con buenos resultados	21
Capítulo 4. Programas en Latinoamérica con pobres resultados en la reducción de embarazos adolescentes	28
Capítulo 5. Análisis.....	33
Conclusiones.....	40
Recomendaciones	42
Referencias bibliográficas	43
Anexos.....	56



De la responsabilidad del trabajo de graduación:

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

PRÓLOGO

El presente trabajo monográfico se realizó con el objetivo de describir las estrategias para la reducción de embarazos en adolescentes en Guatemala según experiencias en Latinoamérica.

La monografía compila a través de 5 capítulos, temas relacionados con el embarazo en adolescentes a nivel mundial hasta llegar a la experiencia en Guatemala, esto incluye los factores biopsicosociales que influyen en el embarazo en adolescentes, como la pobreza, la falta de educación formal, violencia sexual entre otros. Describe las experiencias exitosas y otras con pobres resultados en el abordaje de la reducción de embarazos en adolescentes.

Por último, se incluye un capítulo de análisis, donde se realiza un recorrido por la revisión teórica planteada que orienta sobre líneas de acción para poder encaminarse en la reducción del embarazo en adolescentes en Guatemala.

La elaboración de esta monografía, es fruto de la recopilación de material bibliográfico, artículos de revistas y estudios científicos, los cuales brindaron información de impacto.

Lucía Eleonora Terrón Gómez

INTRODUCCIÓN

Los embarazos adolescentes no solo representan un problema social, también son considerados un problema de salud pública que además tiene gran impacto económico en los países.¹

La adolescencia es considerada una de las etapas más importantes en la vida y desarrollo del ser humano, caracterizada por grandes cambios físicos, psicológicos y sociales, cronológicamente se presenta entre los 10 a 19 años de edad según la Organización Mundial de la Salud (OMS).²

La OMS reporta que aproximadamente 16 millones de adolescentes se convierten en madres por primera vez entre los 15 a 19 años, y 1 millón de niñas dan a luz a su primer hijo antes de los 15 años de edad, cada año.^{3,4}

El 15% de todos los embarazos en Latinoamérica se presentan en mujeres menores de 20 años. La mayor proporción de embarazos en Latinoamérica se encuentra en Centroamérica. Guatemala se posiciona entre los tres primeros países con índices de embarazos adolescentes más altos.⁵

La tasa de fecundidad de las mujeres guatemaltecas entre 15 a 19 años de edad es de 92 nacimientos por cada 1 000 adolescentes. El 2% de las madres en Guatemala tienen menos de 15 años al momento del nacimiento de su primer hijo.⁶

Muchos países han adoptado la causa de trabajar para prevenir los embarazos en la adolescencia, creando estrategias y programas que buscan la reducción de los mismo.⁷ Se han realizado un sinfín de estudios con el objetivo de identificar los factores que están asociados al aumento de los embarazos adolescentes dentro de los cuales se encuentran: niveles bajos de escolaridad, pobreza, desintegración familiar, cultura y creencias.¹

En el 2011 la OMS y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) publicaron las directrices sobre la prevención de los embarazos adolescentes, estas contenían recomendaciones sobre las medidas en las cuales los países deberían enfocar sus esfuerzos,³ basados en eso, la mayoría de los países han creado diversas estrategias y programas de los cuales, algunos han tenido excelentes resultados evidenciando una reducción en sus índices de embarazos adolescentes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo adolescente es ya, un problema de salud pública. A nivel mundial, el 11% de los nacimientos proceden de madres adolescentes, de los cuales el 95% ocurren en países en vías de desarrollo. Latinoamérica tiene la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes en el mundo.⁸ Unos 16 millones de adolescentes entre 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de adolescentes menores de 15 años dan a luz cada año.³

Guatemala se encuentra entre los países con mayor índice de alto riesgo reproductivo a nivel mundial y es el tercer país con una de las tasas más altas de fecundidad en adolescentes de América Latina.⁹ El 8% de las mujeres entre 15 a 19 años tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años, el 42% antes de los 18 años y el 62% antes de los 20 años de edad, entre las mujeres de 20 a 49 años de edad el 2% dieron a luz a su primer hijo o hija antes de los 15 años, el 22 % ya ha tenido hijos antes de los 18 años y el 43% antes de los 20 años.¹⁰

La OMS define la adolescencia como una etapa de transición de la niñez a la vida adulta comprendida entre los 10 y 19 años de edad,¹¹ este período es fundamental sobre todo para la población femenina ya que se encuentran en riesgo de sufrir consecuencias negativas en su salud sobre todo en la sexual y reproductiva, dificultando su desarrollo biopsicosocial y aumentando el riesgo de morbimortalidad.⁵ Por esta razón la OMS ha propuesto directrices dirigidas a la prevención del embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en países en desarrollo, siendo esta una de las áreas prioritarias de investigación en salud.¹²

Diferentes países en Latinoamérica han desarrollado estrategias para alcanzar el objetivo de reducir las tasas de embarazos adolescentes, de las cuales algunas han logrado buenos resultados, por lo que se busca analizar dichas estrategias y argumentar la posibilidad de implementarlas en Guatemala.

Preguntas de investigación

- ¿Cuales los programas con mejores resultados para la reducción de embarazos adolescentes según experiencias en Latinoamérica y qué posibilidad hay de replicarlos en Guatemala?

OBJETIVOS

Objetivo general

Describir los programas con mejores resultados para la reducción de embarazos adolescentes según experiencias en Latinoamérica y la posibilidad de replicarlas en Guatemala.

Objetivos específicos

1. Describir el panorama mundial, latinoamericano, centroamericano y de Guatemala de los embarazos adolescentes
2. Identificar los factores biopsicosociales que influyen en los embarazos adolescentes.
3. Describir los programas con buenos resultados en la reducción de embarazos adolescentes en Latinoamérica.
4. Describir los programas con pobres resultados en la reducción de embarazos adolescentes en Latinoamérica.
5. Recomendar acciones para la reducción de embarazos adolescentes en Guatemala.

MÉTODOS Y TÉCNICAS

Se realizó una revisión bibliográfica de diseño exploratorio, monografía de tipo compilación, basada en publicaciones de estudios sobre embarazos adolescentes con enfoque preventivo entre los años 2016 al 2020 en las fuentes: Pudmed, Scielo, Scholar google. Se utilizaron los términos de búsqueda: adolescencia, embarazos en adolescentes, salud sexual y reproductiva, prevención y control, factores de riesgo, estrategias nacionales e internacionales.

Como criterio de inclusión se utilizaron artículos derivados de investigaciones, Guías y programas educativos publicadas por entidades gubernamentales y organizaciones, artículos de páginas oficiales. Como criterios de exclusión los documentos comunicados, blogs personales y artículos de opinión, que no contaran con referencias bibliográficas.

Esto permitió organizar la información en cuatro categorías para el respectivo análisis: 1. Educación en salud sexual y reproductiva, 2. Intervención de factores biopsicosociales, 3. Políticas en salud y marco legal 4. Estrategias internacionales para la reducción de embarazos en adolescentes con buenos resultados, 5. Estrategias internacionales con resultados pobres en la reducción de embarazos en adolescentes.

Luego se analizaron los artículos, se compararon estrategia según los objetivos, indicadores, tiempo de ejecución y resultados. Se concluyó cuales son las estrategias exitosas y se recomendó su uso en Guatemala. (ver anexo 1, tablas 1, 2, 3, 4 y 5)

CAPÍTULO 1. EMBARAZOS ADOLESCENTES

SUMARIO

- **Panorama mundial**
- **Panorama latinoamericano y del Caribe**
- **Panorama centroamericano**
- **Guatemala**

En el siguiente capítulo se abordará el panorama mundial, latinoamericano, del Caribe, centroamericano y de Guatemala de los embarazos adolescentes con el fin de exponer la magnitud del problema y sus alcances.

1.1. Panorama mundial

La OMS, define la adolescencia como un período de transición después de la niñez y antes de la vida adulta entre los 10 a 19 años de edad, el cual está marcado por diferentes cambios biológicos y psicológicos acelerados.¹¹

Los embarazos en la adolescencia son hoy en día un problema de salud pública a nivel mundial, la OMS reporta que, aproximadamente 16 millones de adolescentes entre 15 a 19 años de edad dan a luz cada año y un millón de adolescentes se convierten en madres antes de los 15 años de edad, es decir, que 15 de los 135 millones de nacidos vivos a nivel mundial corresponden a madres adolescentes entre estas edades y la mayoría de estos nacimientos ocurren en países en vías de desarrollo.^{3,4}

La tasa media de natalidad entre adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1 000 mujeres adolescentes, siendo las más altas a nivel mundial las de África Subsahariana y posicionando en segundo lugar a América Latina y el Caribe.³ Según las proyecciones hechas para los años posteriores al 2020 América Latina presentará las tasas de fecundidad juvenil más altas del mundo.¹³

El aumento de los embarazos en adolescentes es proporcional al aumento de riesgos tanto para la madre como para el bebé. Se sabe que la incidencia de aborto es mayor en las adolescentes que en pacientes adultas. Se practican cerca de tres millones de abortos peligrosos cada año entre mujeres de 15 a 19 años de edad, aumentando exponencialmente la morbilidad materna y en países en vías de desarrollo se conoce que las complicaciones del

embarazo y parto constituyen una causa importante de defunción en pacientes adolescentes ya que las desventajas socioeconómicas aumentan el riesgo de morir hasta en un 50%.^{4,13}

1.2. Panorama latinoamericano y del Caribe

Del 40 al 60% de los adolescentes refiere haber iniciado su vida sexual antes de los 18 años,¹⁴ América Latina y el Caribe ocupa el segundo lugar con las tasas más altas de fecundidad en adolescentes en el mundo, en el período del 2010 al 2015 la tasa fue de 66.5 nacimientos por cada 1 000 adolescentes entre 15 a 19 años de edad. En los últimos 15 años la tendencia a la disminución ha sido extremadamente lenta en comparación con otras regiones del mundo.⁵

El 15% de todos los embarazos en América Latina y el Caribe se presentan en mujeres menores de 20 años.⁵ Según los datos disponibles en el año 2010, 59.3 niñas entre 10 y 14 años de edad habían sido madres en países latinoamericanos, esto equivale a un 0.34% de la población de esta edad, y asustan los datos que revelan que una de cada 2 niñas de 14 años que fueron madres, se encontraban casadas o viviendo en unión, poniendo en manifiesto la violación de los derechos humanos.¹⁴

1.3. Panorama centroamericano

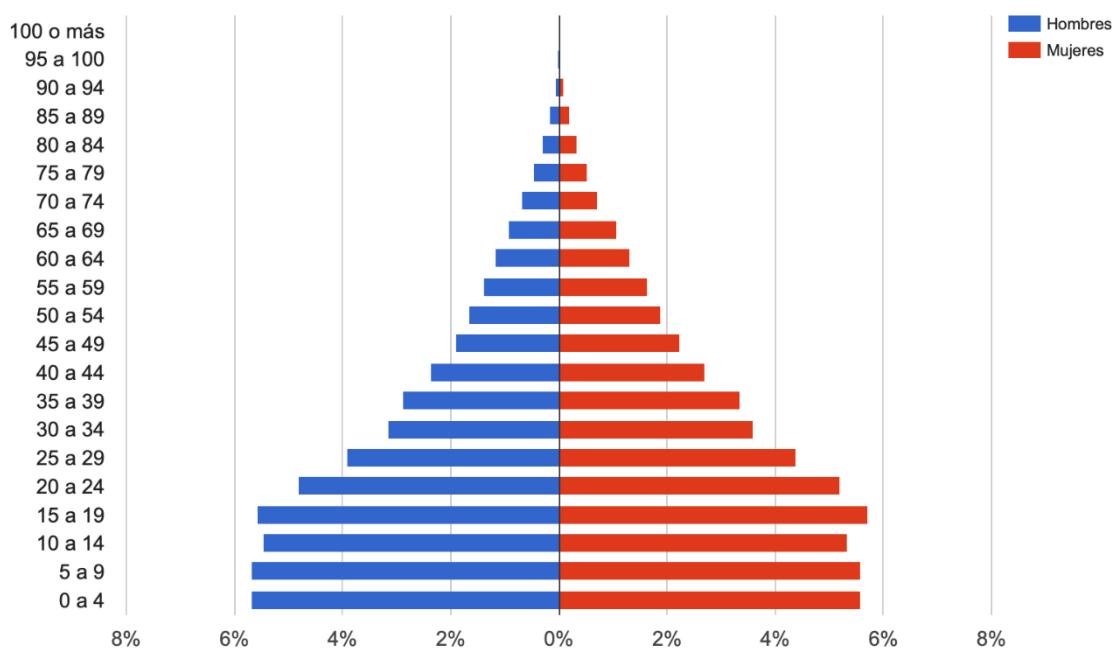
De toda Latinoamérica, Centroamérica es la región que encabeza la lista de mayor índice de embarazos en adolescentes, teniendo la tasa de fecundidad más alta, siendo Guatemala uno de los primeros tres países.⁵

En Centroamérica debido al subdesarrollo y la falta de educación se triplica la probabilidad de empezar a tener hijos en la adolescencia comparado con países desarrollados, a su vez las adolescentes indígenas se ven afectadas de manera desproporcional por los embarazos adolescentes.⁵

1.4. Guatemala

En Guatemala, según el último censo poblacional realizado en el año 2018, el 11.07 % de la población total son mujeres entre 10 a 19 años de edad, de estos el 33% tuvo su primer hijo antes de los 20 años de edad.¹⁵

Grafica 1. Pirámide poblacional Guatemala 2019



Fuente: Tomado de Resultados del censo 2018 Características de la población del Instituto Nacional de Estadística, Guatemala.¹⁵

La encuesta materno-infantil publicada en 2017 revela que el 19.8% de las mujeres entre 15 a 19 años de edad están casadas o unidas, del cual el 8% de las mujeres tuvieron su primera unión antes de los 15 años.¹⁰ Cualquier matrimonio o cualquier unión que se realice antes de los 18 años traerá consecuencias en el correcto desarrollo de la adolescente. En los últimos cinco años se han registrado en Guatemala 80 151 matrimonios de niñas y adolescentes entre 12 a 18 años de edad, los departamentos con más casos reportados en Guatemala son: Guatemala, Alta Verapaz, Huehuetenango, Quetzaltenango, Quiché, Totonicapán, Petén, Izabal y Escuintla.⁶

El Registro Nacional de Personas (RENAP), reportó que 6 577 matrimonios en menores de edad se llevaron a cabo entre los años 2012 y 2013, en los departamentos Totonicapán,

Huehuetenango, Quetzaltenango y Quiché, y en estos mismos también se reportan más muertes maternas y neonatales.⁶

La tasa de fecundidad global (TFG) en Guatemala es de 3.1 hijos por mujer. Entre las mujeres de 15 a 19 años la tasa de fecundidad es de 92 nacimientos por cada 1 000 mujeres, el 2 % de la población femenina tienen menos de 15 años al momento del nacimiento de su primer hijo o hija, el 22% se convierten en madres antes de los 18 años y el 43% antes de los 20 años de edad.¹⁰ Entre enero del 2012 y septiembre del 2013 según el RENAP fueron inscritos 10 096 nacimientos de niños y niñas hijos de adolescentes.¹¹

El Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva (OSAR), reportó que, en los meses de enero a abril del año 2014, se registraron 20 014 embarazos en adolescentes y el 70% de estos tuvieron lugar en poblaciones indígenas donde las adolescentes están expuestas a la falta de educación, a las uniones forzadas consecuencia de patrones culturales y a las violaciones sexuales.⁶

Una de cada cinco mujeres entre 15 a 19 años de edad han tenido hijos o han estado embarazadas, el 45% de estas mujeres no tiene educación, la mayor parte se localizan en las áreas rurales con un 24%. Petén fue departamento con mayor porcentaje de embarazos adolescentes con un 31% durante este período.⁸

En los departamentos de Alta Verapaz, Escuintla, Huehuetenango, Jalapa, Petén y San Marcos por lo menos una de cada cuatro adolescentes ha estado embarazada.¹⁰ Desde el año 2009 los embarazos adolescentes han tenido un incremento significativo, observando el pico máximo en el año 2012 con un 22% de nacimientos, y aunque para el 2016 se observó un leve descenso en un 4%, el embarazo adolescente continúa siendo uno de los problemas de salud pública a nivel nacional.⁸

En el 2015 se reportaron 1 856 nacimientos en madres de 10 a 14 años de edad y en el 2016 se registraron 1 613. La ley define los embarazos en los adolescentes como casos de violación sexual, lo que pone en manifiesto la gravedad de la situación.⁸

Cuando una adolescente resulta embarazada todo su entorno cambia, en ese momento sus expectativas personales se empiezan a desvanecer, en la mayoría de los casos deben dejar de estudiar, son excluidas y más vulnerables.¹¹

1.4.1. Salud sexual y reproductiva

La educación es un derecho humano, está relacionada a beneficios individuales y colectivos, se traduce como un bien social, prepara a los seres humanos para enfrentar la vida, adaptarse y cooperar, es por eso que la educación es un proceso vital. El artículo 26 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos establece que la educación es un derecho que debe darse en forma gratuita y debe estar al alcance de todos por lo menos a un nivel elemental.

¹⁶

La educación sexual es un elemento sumamente importante puesto que la calidad de vida y el bienestar de las personas está íntimamente relacionado con la salud, sin embargo, para lograr resultados eficaces se necesitan programas enfocados en trasmitir de forma respetuosa, positiva y con mentalidad abierta que es posible llevar una vida sexual con responsabilidad.¹⁷

Los aspectos de salud, placer, religión y leyes están todos englobados dentro de la sexualidad. Cuando se habla de sexualidad no solo se refiere al hecho de reproducirse o al goce inmediato, sino también a la relación psicológica con el propio cuerpo y los sentimientos. Hace tiempo la sexualidad se consideraba una aberración, algo sucio, indigno y vergonzoso. Todo acto que no fuera con el fin de reproducción era condenado, las mujeres en la antigüedad tenían prohibido disfrutar de la sexualidad, hoy en día algunos de esos estereotipos han cambiado, y ahora la sexualidad se percibe como algo divertido y placentero para ambos sexos.¹⁷

Guatemala tiene un índice muy bajo de salud sexual y reproductiva, esto se pone en evidencia al ver las estadísticas de los embarazos adolescentes y la tendencia al aumento de los mismos. Según el informe de la Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil (ENSMI) 2017, solo el 22% de los hombres y mujeres de 15 a 24 años de edad, saben y comprenden que es el VIH/SIDA, los que menos saben de este tema se encuentran entre las edades de 15 a 17 años. El 81% de las mujeres y el 85% de los hombres adolescentes no saben de manera consciente que el uso del condón puede reducir el contagio de VIH/SIDA.^{10,8}

Se sabe que el inicio de la vida sexual está asociado al matrimonio o a la primera unión según los datos de la ENSMI el 18% de las mujeres que tuvieron su primera relación sexual alguna vez estuvieron casadas o unidas.^{10,8} El 43% de las mujeres refieren no haber escuchado ningún mensaje relacionado con la planificación familiar, mientras menos nivel de educación se tenga más se eleva el porcentaje de desconocimiento. El 63% de las mujeres que no cuentan con ningún grado de educación no tienen conocimiento sobre la planificación familiar mientras

que solo un 23% de las mujeres con educación superior refieren no conocer sobre planificación familiar.¹⁰

Con todas las cifras expuestas se pone en manifiesto la necesidad de implementación de la educación sexual integral, ya que la sexualidad es una dimensión del ser humano que se expresa durante toda la vida. En la niñez y en la adolescencia es el momento adecuado para intervenir ya que en esta etapa se puede potenciar el desarrollo de las personas y marcar la diferencia.¹⁸

La sexualidad es un tema marcado por la desinformación, el desconocimiento, los mitos, los tabúes, las inquietudes y el temor de gran parte de la sociedad, sin embargo, es un tema urgente que debe ser enfrentado. La salud sexual y reproductiva busca el mejoramiento de la vida, y logro de relaciones sanas y equitativas, es decir el bienestar de las personas.^{17,18}

1.4.2. Programa de prevención de embarazos adolescentes en Guatemala

Desde hace años la prevención de embarazos adolescentes y la salud sexual y reproductiva son de las áreas y prioridades de investigación para la salud en Guatemala por lo que se han creado programas enfocados en reducir esta problemática.¹²

Uno de estos programas puestos en marcha es el Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes (PLANEA) que con una mesa técnica interinstitucional conformada por diversas entidades como los ministerios de: Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Educación (MINEDUC), Gobernación (MINGOB), Desarrollo Social (MIDES) y la secretaría de bienestar social de la presidencia asumen el reto de coordinar, implementar y poner en práctica estrategias para ponerle fin a la problemática del embarazo adolescente en Guatemala.

PLANEA 2018 – 2022 tiene como objetivo general “contribuir al desarrollo integral de niñas y adolescentes en Guatemala, mediante la reducción de embarazos en estas etapas de la vida, bajo un marco de cumplimiento de los derechos humanos”.⁸ Este programa busca:

- a) “Reforzar la respuesta gubernamental e intersectorial garantizando el desarrollo equitativo de las adolescentes, el acceso al derecho a la educación y su permanencia en la escuela”.⁸
- b) Fortalecer la educación integral en sexualidad en las escuelas y comunidades acorde a la edad y estándares internacionales.⁸

- c) "Fortalecer los servicios de salud para facilitar el acceso a la atención integral y diferenciada que incluye, salud sexual reproductiva y el acceso a anticonceptivos basados en decisiones libres e informadas" ⁸
- d) "Promover la sólida participación de incidencia y auditoria social, desde un enfoque de construcción de ciudadanía plena". ⁸

La Estrategia Nacional de Educación para la Convivencia Pacífica y Prevención de la Violencia 2016-2020 propuesta por el MINEDUC propone un proyecto para la erradicación de acoso, abuso, violencia sexual y el embarazo adolescente, cuyos objetivos eran para el 2020:

- a) Englobar el apoyo para las adolescentes que resultan embarazadas. ¹⁹
- b) El abordaje en las escuelas. ¹⁹
- c) La reinserción después del parto. ¹⁹
- d) Capacitación de docentes para enfrentar de manera eficaz esta problemática. ¹⁹

En el año 2013 PLANEA lanzó su primer plan en el ámbito de salud, implementando servicios de promoción para la prevención y atención de salud dirigida a los adolescentes, inauguraron 368 espacios amigables y seis clínicas de adolescentes, trabajando en conjunto con el MINEDUC para prevenir los embarazos adolescentes usando la educación como herramienta.⁸

La guía "Línea Base de Educación Integral en Sexualidad del Nivel de Educación Primaria" fue creada por el MINEDUC en el año 2012, esta guía estaba enfocada en fortalecer los valores ciudadanos, el respeto a los derechos humanos, y a fomentar la cultura de la paz, fue implementada en los departamentos de Alta Verapaz, Chimaltenango, Chiquimula, Escuintla, Izabal y Totonicapán los cuales fueron identificados como lugares prioritarios. Esta tenía como objetivo incorporar la educación sexual con un enfoque integral en todos los niveles del sistema educativo, tomando tres líneas de acción:

- a) Establecimiento de condiciones políticas y técnicas. ¹⁶
- b) La incorporación de la educación sexual integral en el sistema educativo formal y no formal. ¹⁶
- c) Descentralización de los procesos. ¹⁶

En el año 2008 el MINEDUC lanzó el programa "Estrategia de Educación Integral en Sexualidad" que tenía como eje principal la educación como punto clave para la prevención. Esta estrategia tenía como objetivo principal reducir en un 75% la brecha en el número de escuelas

que no habían institucionalizado la educación integral de la sexualidad para el año 2015, la cual contaba con cuatro líneas de acción:

- a) El establecimiento de condiciones político-técnicas.¹⁸
- b) La incorporación de la educación sexual integral en el sistema educativo formal.¹⁸
- c) La incorporación de la educación sexual integral para la educación no formal.¹⁸
- d) El apoyo de la descentralización de todos estos procesos.¹⁸

Aspectos que también se ven aplicados en la guía de Línea Base de Educación Integral en sexualidad del Nivel de Educación Primaria del 2012¹⁸

Diversos son los programas que se han implementado en Guatemala, los cuales persiguen los mismos objetivos con ciertas modificaciones entre uno y otro, sin embargo, las cifras de embarazos adolescentes siguen siendo alarmantes y Guatemala es de los países que tienen avances más lentos en esta materia.

1.4.3. Marco Legal

La OMS y la UNFPA en su deseo de frenar los altos índices de embarazos adolescentes publicó seis directrices bajo las cuales todos los países deberían trabajar, estas serían los ejes principales de la iniciativa, de las cuales dos están relacionadas con las leyes, siendo estas:³

- a) Reducir el número de matrimonios antes de los 18 años
- b) Reducir las relaciones sexuales forzadas en adolescentes

Guatemala sintió la necesidad desde hace ya varios años de reformar la legislación civil ya que esta debe irse adaptando a los cambios que sufre la vida en general.²⁰

El artículo 8 del Código Civil de la República de Guatemala afirma que la persona está en la capacidad de ejercer sus derechos civiles cuando cumple su mayoría de edad es decir a los 18 años y las personas mayores de 14 años son considerados capaces solo en algunos actos que serán determinados por la ley.²⁰

Por lo tanto, al referirse al matrimonio el Código Civil de la Republica de Guatemala afirmaba lo siguiente:

Artículo 81. Aptitud para contraer matrimonio. “la mayoría de edad determina la libre aptitud de contraer matrimonio. Sin embargo, pueden contraerlo: el varón mayor de 16 años y la mujer mayor de 14, siempre que medie la autorización que determinan los artículos siguientes.”²⁰

Artículo 82. “La autorización deberán otorgarla conjuntamente el padre y la madre, o el que de ellos ejerza, sólo, la patria potestad. La del hijo adoptivo menor la dará el padre o la madre adoptante. A falta de padres, la autorización la dará el tutor.”²⁰

Artículo 83. “Autorización judicial. Si no puede obtenerse la autorización conjunta del padre y de la madre, por ausencia, enfermedad u otro motivo, bastará la autorización de uno de los progenitores; y si ninguno de los dos puede hacerlo, la dará el juez de primera instancia del domicilio del menor.”²⁰

Artículo 84. “En caso de desacuerdo de los padres o de negativa de la persona llamada a otorgar la autorización, el juez puede concederla cuando los motivos en que se funde la negativa no fueren razonables.”²⁰

Artículo 177. “Unión de menores. Los alcaldes o notarios no podrán aceptar declaración de unión de hecho de menores de edad, sin el consentimiento de los padres o del tutor o, en su caso, autorización del juez.”²⁰

Sin embargo en el año 2015 la Constitución de la República de Guatemala establece el principio de igualdad de géneros, ya que ninguna persona debe ser considerada menos que otra, por lo que se tomaron medidas legislativas que garantizaran el cumplimiento de los derechos humanos, por ejemplo la eliminación de todas las formas de discriminación y violencia contra la mujer, la protección de la niñez y adolescencia conformando una normativa que tuvo como objetivo derogar todas las leyes que violaban los derechos humanos. Se consideró que el matrimonio entre menores de edad, en especial entre adolescentes violaba los derechos fundamentales, exponiéndolas a mayores daños tanto físicos como psicosociales.²¹

Por lo tanto, se ordenó las reformas al decreto 106 del jefe de gobierno, Código Civil que en su artículo uno modificaba el artículo 81, 82, 83, 84 y 177 del Código Civil el cual quedó de la siguiente manera:

Artículo 81. Aptitud para contraer matrimonio. “se establece los dieciocho años de edad, como la edad mínima para contraer matrimonio.”²¹

Artículo 82. Excepción de edad. “De manera excepcional y por razones fundadas podrá autorizarse el matrimonio de menores de edad, con edad cumplida de diecisésis años, de acuerdo a las regulaciones de este Código.”²¹

Artículo 83. “Prohibición de contraer matrimonio. No podrán contraer matrimonio ni autorizarse de manera alguna, el matrimonio de menores de diecisésis años de edad.”²¹

Artículo 84. “Autorización judicial. La solicitud para autorizar un matrimonio de menores de edad, con edad cumplida de diecisésis años, se presentará ante juez competente, quien sin formar artículo y escuchando en una sola audiencia al o los menores de edad, decidirá sobre lo solicitado.”²¹

Artículo 177. “Unión de menores. No podrá aceptarse ni declararse una unión de hecho de menores de edad, bajo ninguna circunstancia.”²¹

Este decreto se declaró como urgencia nacional y fue aprobado por las dos terceras partes del congreso nacional y entró en vigor el día 18 de noviembre del 2015.²¹

En el Código Penal de la República de Guatemala, título III, de los Delitos Contra la Libertad e Indemnidad Sexual de las Personas, capítulo I, se condena:

Violación

Capítulo 173. “Quien, con violencia física o psicológica, tenga acceso carnal vía vaginal, anal o bucal con otra persona, o le introduzca cualquier parte del cuerpo u objetos, por cualquiera de las vías señaladas, u obligue a otra persona a introducirse a sí misma, será sancionado con pena de prisión de ocho a doce años.

Siempre se comete este delito cuando la víctima sea una persona menor de catorce años de edad, o cuando sea una persona con incapacidad volitiva o cognitiva, aún cuando no medie violencia física o psicológica.

La pena se impondrá sin perjuicio de las penas que puedan corresponder por la comisión de otros delitos.”²²

Agresión sexual

Artículo 173 BIS. “Quién con violencia física o psicológica, realice actos con fines sexuales o eróticos a otra persona, al agresor o a sí misma, siempre que no constituya delito de violación será sancionado con prisión de cinco a ocho años.

Siempre se comete este delito cuando la víctima sea una persona menor de catorce años de edad o cuando sea una persona con incapacidad volitiva o cognitiva aún cuando no medie violencia física o psicológica.

La pena se impondrá sin perjuicio de las penas que puedan corresponder por la comisión de otros delitos.”²²

Las reformas de este código fueron creadas para suplir las necesidades acordes a la realidad guatemalteca y avances en la ciencia penal. A pesar de las leyes impuestas muy pocas denuncias son presentadas. Según la OMS, aunque se ha trabajado en lograr avances en leyes a favor de la mujer, la población que se beneficia de las mismas sigue siendo aún muy escasa, en otras palabras, los cambios realizados no están al nivel de lo que se necesita ya que la política sigue siendo incipiente y fragmentaria.²³

Además del Código Penal y el Código Civil, existen otras leyes que conforman el marco normativo y estratégico para la prevención de los embarazos adolescentes como lo son:²⁴

- Decreto 78-1996 Código de la niñez y la juventud el cual está vigente desde el año 1006
- Decreto 42-2001 Ley de desarrollo social, vigente desde el año 2001
- Política de desarrollo social y población, vigente desde el año 2002
- Decreto 27-2003 Ley de protección integral de la niñez y la adolescencia, vigente desde el año 2003
- Decreto 21-2004 Ley del impuesto sobre la distribución de bebidas alcohólicas destiladas, cervezas y otras bebidas fermentadas, vigente desde el año 2004
- (Ag) 333-2004 Política pública de protección integral de la niñez y la adolescencia, vigente desde el 2004
- Decreto 87-2005 Ley de acceso universal y equitativo a servicios de planificación familiar y su integración en el programa nacional de salud reproductiva, vigente desde el año 2005
- Decreto 22-2008 Ley contra el femicidio y otras formas de violencia contra la mujer, vigente desde el años 2008
- Decreto 9-2019 Ley contra la violencia sexual, explotación y trata de personas, vigente desde el 2009²⁴

El estado de Guatemala ratificó la convención sobre la eliminación de todo tipo de violencia o discriminación en contra de la mujer y sobre los derechos del niño.²⁴ Sin embargo queda mucho camino por recorrer, ya que muchas de estas leyes no son cumplidas.

A nivel mundial el 11% de los nacimientos proceden de madres adolescentes, de los cuales el 95% ocurren en países en vías de desarrollo siendo la pobreza, la falta de oportunidades y la desigualdad factores asociados a la maternidad temprana como se abordará en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 2. FACTORES BIOPSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN LOS EMBARAZOS ADOLESCENTES

SUMARIO

- **Pobreza**
- **Falta de educación formal**
- **Barreras culturales**
- **Violencia sexual**

La pobreza, la falta de oportunidades y la desigualdad son factores asociados a la maternidad temprana que limitan las oportunidades de desarrollo y la probabilidad de éxito económico en las adolescentes. Los embarazos adolescentes tienen graves consecuencias en la salud, educación y oportunidades de desarrollo para las niñas.²⁵

“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 un fenómeno social complejo”.²⁵

En Guatemala, las adolescentes indígenas son la población más vulnerable, con poca educación, embarazos tempranos, aislamiento social y pobreza. Es precisamente el círculo de pobreza y la falta de oportunidades en el que viven lo que las obliga a asumir “roles de adultos y reproducción en los hogares” a temprana edad.²⁵

2.1. Pobreza

La mayoría de las personas que viven por debajo del umbral de pobreza se encuentran en Asia Meridional y África Subsahariana. Sin embargo, la pobreza en Latinoamérica también se mide en cifras muy elevadas.²⁶

Según datos del informe anual elaborado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en la actualidad, 184 millones de personas en Latinoamérica viven en situación de pobreza y 62 millones en situación de pobreza extrema, esto quiere decir que el 30.2% de los latinoamericanos son pobres y el 10.2% pobres extremos.²⁷

La pobreza es la columna vertebral de los problemas en los sistemas económicos, políticos y sociales en América Latina y el Caribe, la mayor parte de su población tiene limitado el acceso a los bienes y servicios básicos, quedando desterrados de la sociedad sin percibir ningún beneficio.²⁷

El mundo ha avanzado en su intento de erradicar la pobreza extrema. El porcentaje de personas que viven en pobreza a nivel mundial descendió a un nuevo mínimo del 10% en 2015, lo que refleja un progreso continuo pero lento. A pesar del progreso en la reducción de la pobreza extrema, las tasas siguen siendo altas en los países de bajos ingresos y aquellos afectados por conflictos políticos.²⁸

“En uno de cada dos hogares de la región centroamericana vive una niña o una adolescente; un tercio de ellas se encuentra en situación de pobreza, afectando considerablemente a las zonas rurales, lo cual predispone la feminización de la pobreza”.⁸ Esta situación se encuentra asociada con fenómenos como el abandono escolar y el embarazo a edades tempranas.⁸ El riesgo que tiene una adolescente de quedar embarazada se triplica en situación de pobreza.²⁹

El incremento de los embarazos en adolescentes, significa un “freno en el desarrollo” de Latinoamérica. Se estima que entre 25 y 108 por cada 1 000 jóvenes son madres en los países de América Latina y el Caribe, entre los cuales Nicaragua, Honduras y Guatemala presentan la mayor proporción.²⁵

Las altas tasas de embarazo y la maternidad no deseada en adolescentes, se vinculan con la falta de derechos reproductivos de las jóvenes y la exclusión social.²⁵

Según la V ENSMI, en Guatemala el 48% de las mujeres que tuvieron hijos en la adolescencia, pertenecieron a los quintiles económicos más bajos, en comparación con el 33% de las mujeres que tuvieron su primer hijo o embarazo después de los 20 años.²⁵

2.2. Falta de educación formal

El embarazo en niñas y adolescentes ocurre principalmente porque la formación escolar se ve interrumpida.³⁰

El bajo nivel educativo de la población es uno de los factores involucrados en el aumento de los embarazos en niñas y adolescentes en Guatemala. Un alto porcentaje de las niñas, especialmente en el área rural no asisten a la escuela, debido a que colaboran desde temprana edad en las actividades domésticas de su hogar. Siendo la educación sexual un tabú al cual no se le presta la debida importancia.³⁰

Según el informe final de la VI ENSMI 2014-2015 la maternidad en la adolescencia se asocia directamente con el nivel de la educación. El riesgo de una adolescente de quedar embarazada es siete veces mayor en las mujeres sin educación en comparación con aquellas que tienen educación superior.¹⁰ Las estadísticas reflejaron que el 48.5% de la matrícula inicial pública entre los años 2007 a 2014, correspondió a niñas y adolescentes, en comparación con el 51.5% que fueron del sexo masculino.¹⁰

En el año 2012, se reportaron embarazos en cuatro de cada diez centros de educación diversificada a nivel nacional.¹⁰ En Guatemala, la salud y la educación son temas de constante discusión y análisis, dada su importancia en cuanto al gasto social.¹⁰

A pesar de los esfuerzos por elevar el acceso a la educación no se ha logrado alcanzar los objetivos. Según lo reportado por el MINEDUC para el año 2016, el porcentaje de estudiantes en edad escolar, según nivel educativo, fue: preprimaria 47% primaria 78%, básico 45% y diversificado 25%. Estos porcentajes han presentado un descenso significativo en los últimos cuatro años.²⁹

En este tema existen importantes desafíos por abordar para mejorar las condiciones y las oportunidades de desarrollo para la población adolescente y joven del país. La Encuesta Nacional de la Juventud (ENJU) 2011 indica que el 6% de la población entre 15 a 19 años tiene ningún nivel de estudios; el 33.6% ha completado el nivel primario; mientras que el 31.5% tiene estudios de nivel medio y el 23.4% de estudios en el nivel diversificado. Únicamente el 5.2% ha cursado estudios universitarios. Las brechas en general son significativas, no obstante, es necesario hacer

evidente que, a excepción del nivel primario, las mujeres son quienes tienen menos acceso a la educación.^{10,29}

Según datos presentados en el Informe de Desarrollo Humano 2015-2016, con base en datos de la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI), la población entre 15 y 24 años presenta un promedio de 7.2 años de escolaridad. Las mujeres y la población indígena son las que se encuentran en peores condiciones. La tasa de alfabetismo en jóvenes de 15 a 24 años aumentó a 93.3% en el 2014. La exclusión del sistema educativo afecta a la población más pobre. La tasa neta de escolaridad para el 2016, según datos del Anuario Estadístico del MINEDUC, fue de 44.67% para el nivel básico y 24.51% para el nivel diversificado, lo que contrasta con el 78.21% registrado en el nivel primario.³¹

2.3. Barreras culturales

“La cultura es base fundamental para el buen funcionamiento de todos los pueblos”³⁰. Ha sido a través de la historia de la humanidad parte importante en la vida de los individuos que integran una sociedad.³⁰

En la antigüedad y en las culturas como la romana, se practicaba el matrimonio a edades tempranas, la edad para casarse estaba relacionada con la pubertad, los hombres a los 14 años y las mujeres a los 12 años. Casarse cuando aún no se había completado el desarrollo físico, implicó para muchas jóvenes romanas la muerte prematura durante el parto, así como otras complicaciones asociadas.³⁰

La sociedad se encuentra en constante cambio, ya que sin esta dinámica la sociedad desaparecería. En el ámbito de la cultura y el sexo hay ejes importantes sobre los cuales la sociedad pone sus bases, uno de ellos es la ética, siendo ésta los principios y valores que definen a cada individuo, el segundo se refiere a la vida sexual concebida desde el punto de vista de las diferentes comunidades, es decir que cada comunidad tiene una manera distinta de ver la sexualidad y el tercero reafirma el hecho que la sociedad es cambiante por lo que los conceptos de sexualidad también irán cambiando desde el origen de las comunidades.³²

En la actualidad los adolescentes desarrollan una cultura en la que los amigos, la televisión, las películas, la música y las revistas transmiten mensajes sutiles o directos sobre que

las relaciones sexuales antes del matrimonio son comunes, aceptadas e incluso esperadas. La mayor parte de la educación sexual que reciben es a través de sus compañeros.³⁰

Guatemala es un país pluricultural, representado en cuatro culturas y 25 etnias. El 60.9% de la población es ladina, el 38.5% Maya y el 0.5% entre Xinka y Garífuna. De las 25 etnias, 22 tienen su origen en la cultura maya, cuya comunidad lingüística mayoritaria es comunidad K'iche' con un 11.2%, seguida de la comunidad Q'eqchi' con un 9.2%, la Kaqchikel con un 7.0%, y la comunidad Mam con un 6.1%. En total estas cuatro comunidades representan más del 80% de la población maya.³¹

En Guatemala existen 22 idiomas mayas con estructura propia.³¹ En el idioma se sustenta la cultura, siendo el idioma el medio por el cual se adquiere y se transmite los conocimientos y valores culturales. Por medio de la comunicación oral se hereda a las generaciones futuras los principios, valores éticos y morales del pensamiento.³¹

2.4. Violencia sexual

La OMS la define como “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”.³³

La violencia sexual abarca actos que van desde el acoso verbal a la penetración forzada y una variedad de tipos de coacción, desde la presión social y la intimidación a la fuerza física.³³

La primera relación sexual de una proporción de mujeres jóvenes ha sido forzada. Los datos sugieren que, cuanto menor sea la edad de las mujeres en la primera relación sexual, mayor será la probabilidad de que esa relación haya sido forzada. En una revisión de las investigaciones efectuado por la OMS, en el 2004, se calculó que la prevalencia mundial de victimización sexual en la niñez era de alrededor de 27% entre niñas y de aproximadamente 14% entre niños varones.³⁴

Un estudio reciente comparó los primeros datos nacionales basados en la población sobre abuso sexual de menores de 15 años de edad en tres países centroamericanos. La prevalencia se encontró entre 4.7% en Guatemala, 6.4% en El Salvador y 7.8% en Honduras, y la mayoría

de los casos notificados habían ocurrido por primera vez antes de la edad de 11 años. Los agresores eran generalmente conocidos de las víctimas.³³

La violencia contra niños, niñas y adolescentes es un flagelo mundial, y el abuso sexual es la forma más grave de maltrato infantil y adolescente. Es un problema multicausal, por lo tanto, debe tener un abordaje multidisciplinario.³⁴

La violencia sexual infringe contra los derechos humanos como la dignidad, la salud, la integridad y la seguridad personal, todos ellos establecidos en el derecho internacional. Tomando en cuenta la gravedad del daño causado, la prevención y protección contra este tipo de violencia constituye un derecho, y su garantía un deber estatal. La comunidad internacional ha aprobado normas que establecen obligaciones a los Estados para garantizar la protección de los derechos de todas las personas expuestas o afectadas por la violencia sexual. Dentro del conjunto de esos instrumentos internacionales, destacan los siguientes:³⁵

- Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)
- Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969)
- Protocolo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (1984). “Protocolo de Estambul” (2004)
- Convenio sobre pueblos indígenas y tribales (169) (1989) OIT
- Convención sobre los Derechos del Niño (1989)
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer -CEDAW- (por sus siglas en inglés) (1979)
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención Belem Do Pará) (1994)
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006)
- Recomendación Número 35. Sobre la violencia por razón de género contra la mujer emitida por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (2017)

De acuerdo a los compromisos internacionales antes señalados, el Estado de Guatemala ha desarrollado un marco jurídico basado en el reconocimiento y protección de los derechos humanos. Los esfuerzos del Estado contra la violencia sexual en el país encuentran su apoyo jurídico en un conjunto de normas de distinta jerarquía y naturaleza que encabeza la Constitución Política de la República de Guatemala.³⁵

El ordenamiento jurídico nacional desarrolla y regula las disposiciones constitucionales antes mencionadas a través de distintas normas legales. Entre ellas las siguientes:³⁵

- Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, Decreto 27-2003 del Congreso de la República
- Ley de Desarrollo Social, Decreto 42-2001 del Congreso de la República
- Ley contra el Femicidio y otras formas de Violencia contra la Mujer, Decreto 22-2008 del Congreso de la República
- Ley contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas, Decreto 9-2009 del Congreso de la República
- Ley del Banco de Datos Genéticos para uso Forense, Decreto 22-2017 del Congreso de la República

El impacto de la violencia sexual en la vida de sus víctimas, sus familias y comunidades ha sido analizado por diversos estudios alrededor del mundo. Las consecuencias reportadas en dichas investigaciones hablan de secuelas en la salud física y emocional de las personas que han sido víctimas de estos delitos, cuya gravedad depende del tipo de agresión sexual y las condiciones en que se produce. La edad de la víctima, cercanía afectiva a su agresor o el tiempo en que haya sucedido, son elementos que con frecuencia aumentan el daño causado, el cual resulta, con frecuencia, difícil o imposible de superar. En las familias, suele presentarse la culpa, la vergüenza y la desconfianza como consecuencias lamentables que afectan profundamente las relaciones afectivas entre sus integrantes. Las comunidades y la sociedad en general resultan impactadas por este tipo de delitos al aumentar la inseguridad ciudadana, la alta inversión pública que requiere la atención de estos casos, la precarización de las condiciones materiales de las familias y comunidades afectadas ante el abandono escolar de las víctimas, embarazos no deseados y maternidad precoz o no voluntaria, el aumento de incidencia de enfermedades de transmisión sexual, ingesta de drogas, entre otras condiciones desfavorables para las personas a nivel individual y colectivo.^{33,34}

Pese a las múltiples consecuencias de la violencia sexual en la vida de sus víctimas y de la sociedad en general, este es un problema todavía muy poco mencionado y en consecuencia escasamente denunciado. Un estudio realizado en América Latina calculó que apenas un 5% de las víctimas adultas de violencia sexual notificaron el incidente a la policía.³³

Guatemala no es la excepción a esta situación de subregistro de los casos de violencia sexual. La información sobre la prevalencia de la violencia sexual es proporcionada fundamentalmente por la ENSMI y por las instituciones públicas proveedoras de servicios de atención a las víctimas.³⁵

Ambas fuentes presentan limitaciones para obtener datos concretos a la realidad de la incidencia de violencia sexual en el país. No obstante, los datos disponibles hablan de una magnitud que ubican este problema en dimensiones alarmantes que afecta principalmente a las mujeres y a las niñas, niños y adolescentes.³⁵

De acuerdo a la ENSMI 2014-2015, en el año 2014 el 8.4% de mujeres entre 15 a 49 años reportó haber sido víctima de un acto de violencia sexual en algún momento de su vida.¹⁰

Retrospectivamente la incidencia de este fenómeno en el período del 2012-2016, a partir del número de evaluaciones clínicas por delitos sexuales, muestra un incremento considerable a lo largo de esos 4 años.³⁶

El registro estadístico de delitos sexuales reportados permite obtener un panorama de la magnitud de la violencia sexual en el país y el deseo de las víctimas que los agresores sexuales sean sancionados, tomando en cuenta que en estos casos ha existido un proceso de denuncia; sin embargo, se debe tener claro que, ante estas estadísticas, aún persiste un subregistro de casos no reportados.³⁶

La mayor incidencia de violencia sexual contra las mujeres es un indicador que responde a la realidad social. Los datos del Instituto Nacional de Ciencias Forenses (INACIF) presentados por sexo en el período 2012-2018, las víctimas de delitos de violencia sexual fueron en su mayoría mujeres, a razón de 9:1.^{35,37}

La violencia sexual es una expresión de abuso de poder ejercida contra quienes se encuentran en situación de desventaja respecto a la persona agresora. Uno de esos factores que hace vulnerable a determinados grupos poblaciones es la minoría de edad. Los datos provenientes de las instituciones de atención a esta problemática así lo confirman.³⁵

Datos del INACIF en el 2018, muestran que del total de evaluaciones realizadas en el área clínica por delitos sexuales, el 67% fueron realizadas en personas menores de 19 años, y el 68% de ese porcentaje fue cometido en personas menores de 14 años. Igualmente, significativo y

preocupante es el 1.4% y 4.7% de evaluaciones realizadas por delitos sexuales en personas menores de 1 año y entre 1 y 4 años de edad, respectivamente.³⁷

Al comparar los datos por sexo y edad se confirma que la violencia sexual afecta en mayor proporción a las mujeres, especialmente durante su niñez y adolescencia. Basado en esa evidencia se hace necesario destacar la situación de violencia sexual cometida contra niñas menores de 14 años, elemento crucial de esta problemática, en particular cuando resulta un embarazo como producto de una violación sexual.³⁵

Los datos sobre el origen étnico de las víctimas de violencia sexual revelan que la mayoría se identifican como ladinos y en segundo lugar pertenecientes a la etnia maya. El MSPAS reporta que el 52.1% de las víctimas atendidas por violencia sexual en las áreas de salud en el 2017, es de origen ladino, 39% del pueblo maya y el 8.5% no indica o pertenece a otra etnia no especificada.³⁵

El embarazo adolescente provoca consecuencias negativas en el desarrollo integral de la sociedad, siendo considerado un fenómeno demográfico y social que tiene graves consecuencias en la salud, educación y oportunidades de desarrollo, por lo que se requieren estrategias para la reducción de esta problemática.

CAPÍTULO 3. PROGRAMAS EN LATINOAMÉRICA CON BUENOS RESULTADOS

SUMARIO

- **Estrategia de unidades de salud familiar en Paraguay**
- **Estrategia de educación sexual y proyecto Mesoamérica en Costa Rica**
- **Programa distrital de prevención y atención de la maternidad y paternidad temprana en Bogotá, Colombia**
- **Estrategia intersectorial y nacional de prevención del embarazo no intencional en adolescentes Uruguay**
- **Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (ENIA) en Argentina**

La República de Corea es uno de los países con índices de fecundidad más bajos del mundo, a finales de la guerra, las tasas globales de fecundidad de Corea del Sur eran de 5 a 6 hijos por mujer, pero en menos de 30 años estas tasas se redujeron a 1.7 hijos por mujer.³⁸ (ver anexo 2)

Siendo los embarazos adolescentes una de las problemáticas que azota a América Latina y el Caribe, muchos países representados por entes gubernamentales, asociaciones independientes, estudiantes, etc., se han planteado programas y estrategias con el fin de reducirlos a los niveles más bajos, algunos de los cuales han tenido resultados favorables.

3.1. Estrategia de unidades de salud familiar en Paraguay

En el año 2009 Paraguay hace una apuesta a la atención primaria de salud (APS) que buscaba garantizar el acceso y la cobertura universal de la salud.³⁹

La estrategia adoptada por Paraguay fue la creación de Unidades de Salud de La Familia (USF) las cuales se convertirían en las estructuras físicas y funcionales de la estrategia, estas unidades estaban conformadas por un médico, un enfermero, un auxiliar y entre tres a cinco agentes comunicadores, este equipo tomó la responsabilidad sanitaria y social de una comunidad específica.³⁹

Este equipo jugó un rol importante en la prevención de los embarazos en adolescentes ya que centraron sus esfuerzos en la realización de actividades preventivas, que abarcaba desde la consulta médica en los centros de salud como en las visitas a las familias, los eventos en la comunidad de tal forma que las comunidades tenían acceso a la atención como a la educación en salud.³⁹

Se midió su éxito en números, se estudiaron 18 regiones sanitarias, 201 municipios de Paraguay, con más de 10 000 habitantes y cuyas USF se inauguraron en el período que duró la estrategia, y se estableció la tasa de embarazos adolescentes a partir de los recién nacidos vivos de madres adolescentes menores de veinte años entre el total de nacidos vivos que en 2008 era de 20.8 pero luego de la implementación de la estrategia de USF la tasa de nacidos vivos de madres adolescentes fue de 17.7 por lo que se pudo concluir que la estrategia de APS tuvo un impacto positivo en la reducción de los embarazos en adolescentes en Paraguay.³⁹

3.2. Estrategia de educación sexual y proyecto Mesoamérica en Costa Rica

En Costa Rica la tasa global de fecundidad en el año de 1960 era de 7.3 hijos por mujer, en 1974 fue de 4.1 hijos por mujer, hoy en día en promedio una mujer costarricense tiene 3.8 hijos. La fecundidad del país se ha reducido casi a la mitad en un periodo de 15 años, lo que evidencia un cambio significativo sin precedentes entre los países de Latinoamérica.⁴⁰ En el año 2000 en promedio nacían diariamente 21 bebés de madres que tenían entre 10 a 17 años de edad, en el 2018 la cifras habían disminuido casi a la mitad y se presentaron en promedio 11 nacimientos de madres adolescentes por día. Disminuyendo también el total de nacimientos por año de hijos de madres adolescentes que en el 2000 fue de 8.5% a 6.4% en el año 2018.^{40,41}

La tasa de fecundidad se mantuvo constantemente alta entre los años 2000 y 2012 sin embargo el descenso inicia en el año 2013, año en el que el Ministerio de Educación Pública (MEP), inició con el programa de educación sexual en colegios y escuelas, llamado Afectividad y Sexualidad Integral, que tenía como objetivo potenciar la vivencia de una sexualidad integral, y plena, que promoviera el desarrollo integral de las personas en condiciones de igualdad y equidad entre los géneros, garantizando el derecho de todas las personas a vivir una sexualidad libre, con respeto a la integridad, sin violencia o manipulación.⁴²

El programa contó con tres factores que son básicos para garantizar el disfrute pleno de la sexualidad responsable lo cuales son: la información, el acceso y el empoderamiento. Esto se trasmitió a los estudiantes bajo una metodología participativa, es decir que las personas también

son protagonistas en su aprendizaje ya sea opinando, participando, creando ideas, todo esto en un espacio flexible, abierto y creativo. El programa fue implementado en tercer ciclo es decir desde el primer año de la educación básica y bachillerato.⁴²

El programa Mesoamérica es otro programa al que se le adjudica la reducción de la tasa de fecundidad en la adolescencia en Costa Rica, este programa que inicio en 2014 tenía como eje principal además de la educación sexual la distribución de anticonceptivos de larga duración entre las adolescentes, utilizando la T de cobre y el implante subdérmico conocido como Jadelle. Se inició el programa en 11 cantones de Limón Y Puntarenas los cuales tenían las tasas más altas de embarazos adolescentes en Costa Rica y poco a poco se ha extendido a todo el país, en 2018 según la Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS) fueron colocados 7500 implantes subdérmico en menores de 20 años.^{43,44}

En ningún cantón donde se implementó el programa hubo aumentos de embarazos adolescentes, por el contrario, se reportaron disminuciones significativas en cinco de ellos, Ese fue el caso de Matina, Talamanca y Guácimo, en Limón; y Corredores y Golfito, en Puntarenas.
^{43,44}

3.3. Programa distrital del prevención y atención de la maternidad y paternidad temprana en Bogotá, Colombia

En Bogotá según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en años anteriores al 2016, se registraron 417 nacimientos de hijos de madres adolescentes entre las edades de 10 a 14 años y 16 747 en adolescentes de 15 a 19 años de edad, increíblemente para el año 2018 esas cifras habían cambiado totalmente 274 y 10 675 respectivamente.⁴⁵

Utilizando y fortaleciendo el programa distrital de prevención y atención de la maternidad y paternidad temprana, que es un programa multisectorial, en el cual participaron ocho entidades administrativas del distrito, se capacitaron a 1 400 profesionales de la salud, 1 094 docentes, 420 coordinadores y orientadores de colegios públicos, 76 líderes de organizaciones sociales y 119 organizaciones comunitarias que serían los encargados de ejecutar el programa.⁴⁶

Se realizó seguimiento casa por casa de 1 694 adolescentes que estaban en riesgo, y se trabajó en conjunto con la secretaría de educación, el eje principal era la prevención, con clases de educación sexual en colegios y escuelas.⁴⁶

Se realizaron ferias de sexualidad las cuales estaban conformadas por seis estaciones, cada estación con actividades dinámicas en las que los adolescentes tenían acceso a información sobre prácticas sexuales sanas y protectoras, herramientas para la toma de decisiones y prevención de riesgos, más de 1 7000 adolescentes recibieron la información a través de estas ferias.⁴⁶

El trabajo en conjunto con la secretaría distrital de salud, permitió aumentar la cobertura de salud sexual y reproductiva al adolescente en un 36% y aumentar en un 16 % el acceso a los métodos anticonceptivos. Se repartieron 1 590 591 preservativos masculinos y 4 000 preservativos femeninos, en Bogotá se instalaron cerca de 110 dispensadores entre colegios, escuelas, casa de juventud, bares, donde los jóvenes pueden adquirir a bajo costo los preservativos. Se comprobó a través del seguimiento que el uso de los preservativos aumento durante los cinco meses que las máquinas estuvieron instaladas.⁴⁶

Colombia también es creador de una página web muy popular entre los jóvenes, llamada Sexperto, esta página se creó en el año 2016 y tiene la misión de resolver todas las dudas con respecto a la sexualidad, La página ha sido visitada 1 355 983 veces. El 41.7% de los visitantes son mujeres y 58.3%, son hombres, algo importante de resaltar es que el 75.4% de las personas que consultan son menores de 24 años, el grupo poblacional objetivo del Programa Distrital de Prevención de Paternidad y Maternidad Temprana.^{46,47}

3.4. Estrategia intersectorial y nacional de prevención del embarazo no intencional en adolescentes de Uruguay

Uruguay tenía una de las tasas más altas de fecundidad de Sudamérica, en 2014 la tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años era de 60 por cada 1 000 adolescentes, y 1.3 por 1 000 adolescentes menores de 15 años y aproximadamente dos tercios de estos embarazos no eran planeados.

Por lo que fue necesario implementar una estrategia que ayudara a reducir estas cifras, por lo que se puso en marcha la estrategia intersectorial y nacional de prevención del embarazo no intencional en adolescentes, cuyo objetivo era reducir la tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años a 48 por 1 000 adolescentes para el año 2020.⁴⁸

El programa se basó en cuatro ejes principales:

- a) Los adolescentes

- b) Los adolescentes que transitan por un embarazo
- c) Adolescentes madres y padres
- d) Implementación de políticas públicas.

Se inició el trabajo con actividades como campañas publicitarias de difusión masiva, charlas, talleres, reedición e impresión de guías de programas ya existentes, foros de discusión, debates, abordaje del sector salud, métodos anticonceptivos al alcance de los adolescentes, campañas en redes sociales como YouTube con videos informativos, el Ministerio de Salud Pública de Uruguay lanzó la guía a través de su plataforma para que esta estrategia se implementara a nivel nacional.⁴⁹

El ministro de salud en la reunión celebrada en 26 de septiembre del año 2019 en el marco de la celebración del día internacional de la prevención del embarazo adolescente dio un informe alentador, gracias a la estrategia y a la colaboración de todas las instituciones involucradas se logró reducir la tasa de embarazos adolescentes de 15 a 19 años de edad a 36 nacimientos por cada 1 000 adolescentes, no solo alcanzando sino superando la meta propuesta.

3.5. Plan Nacional de Prevención del Embarazo en la Adolescencia (ENIA) en Argentina

En Argentina el 15% de los nacimientos en el año 2015 fueron de madres adolescentes menores de 19 años de edad, siete de cada diez adolescentes que dieron a luz ese año afirmaron que no planearon el embarazo. En total en el año 2015 nacieron 2 787 bebés hijos de madres menores de 14 años y 108 912 hijos de madres entre 15 a 19 años de edad.⁵⁰ En Argentina ya existían programas que velaban por la salud sexual y reproductiva de los adolescentes sin embargo era necesaria la creación de un programa que abordara la problemática del embarazo adolescente de manera integral y con metas específicas por lo que el gobierno en función del año 2017 en conjunto con la Secretaría Nacional de Niñez Adolescencia y Familia (SENNAF), el Programa Nacional de Salud Integral en la adolescencia y el Ministerio de Salud de la Nación crearon el programa de Prevención del Embarazos No Intencional en la Adolescencia (ENIA) 2017- 2020.⁵⁰

El plan tenía como ejes principales, el cumplimiento de los derechos con énfasis en las transiciones que atraviesan los adolescentes con una perspectiva de géneros, esto garantizaría un abordaje multisectorial y gran alcance. El plan en su etapa inicial fue puesto en marcha en las provincias de prioridad como Formosa, Chaco y Misiones ya que eran las comunidades con más

casos reportados, el programa buscaba aumentar el número de adolescentes protegidas apropiada y eficazmente por la anticoncepción con lo que se estimaba se evitarían 43 800 embarazos adolescentes no deseados en los tres años de vigencia del programa.⁵⁰

Los objetivos del plan fueron:

- a) Sensibilizar a la población en general y a los adolescentes en particular sobre la importancia de prevenir y disminuir el ENIA.⁵⁰
- b) Mejorar la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva en relación con la disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad de las prestaciones, como métodos anticonceptivos y la consejería adecuada para su correcto uso.⁵⁰
- c) Potenciar las decisiones informadas de los adolescentes para el servicio de sus derechos sexuales y reproductivos, por medio de proporcionar información y empoderar a los adolescentes para tomar decisiones autónomas sobre su capacidad sexual y reproductiva promovidas en instituciones de educación, en las comunidades y en los servicios de salud.⁵⁰
- d) Fortalecer políticas para la prevención del abuso y violencia sexual y el acceso según el marco normativo vigente.⁵⁰

Cada objetivo tenía diferentes líneas de acción dentro de las que se encontraban, la elaboración de campañas para medios gráficos y audiovisuales, viralizar contenidos en redes sociales, aplicaciones para teléfonos inteligentes, realizar diagnósticos de precio y calidad de productos, tiempo de entrega de proveedores nacionales e internacionales de insumos anticonceptivos, gestionar la compra de los mismos para garantizar la disponibilidad de métodos de anticoncepción en el primer, segundo y tercer nivel de atención, fomentar el uso de anticonceptivos de larga duración en las adolescentes, capacitar a los equipos de los centros de salud y hospitalares, garantizar un espacio en las escuelas para educación sexual y reproductiva desde los primeros años y la aplicación de los protocolos de abuso sexual en todos los centros de atención.^{50,51}

El programa se puso en marcha en 2017 dentro de las provincias mencionadas se identificaron los centros educativos y se capacitaron a más de 12 000 docentes que instruyeron a casi el 50 % de la población adolescente, se realizaron campañas publicitarias y se trabajó exhaustivamente en el combate de los embarazos adolescentes.⁵¹

El Ministerio de Salud de la Nación informó a través del documento técnico número cinco en mayo del 2019 la reducción del 20% de los embarazos adolescentes, informando que para el

2018 la cifra de nacimientos de madres menores de 20 años había descendido a 87 118, por lo que se evidencia el éxito del plan sin embargo se subraya la importancia de seguir trabajando en la prevención de los embarazos adolescente, y educación sexual, ya que Argentina es uno de los países donde se ha aprobado el aborto, la reducción de los nacimientos no necesariamente implica una reducción en los embarazos.^{51,52}

Con la creación y la implementación de estas estrategias se logró una reducción significativa en las ciudades y países donde se llevaron a cabo, por lo que se demuestra que si es posible controlar los altos índices de embarazos adolescentes.

CAPÍTULO 4. PROGRAMAS EN LATINOAMÉRICA CON POBRES RESULTADOS EN LA REDUCCIÓN DE EMBARAZOS ADOLESCENTES

SUMARIO

- **Sexo a lo bien Medellín, Colombia**
- **Estrategia nacional para prevenir el embarazo adolescente, un gran reto, México**
- **Estrategia nacional intersectorial de planificación familiar, Ecuador**
- **Plan familia, Ecuador**

Así como existen programas con buenos resultados en la lucha contra el aumento de los embarazos adolescentes, también existen programas que han fracasado en el intento de controlar esta problemática, los cuales serán abordados en este capítulo.

4.1. **Sexo a lo bien, Medellín, Colombia**

Esta campaña fue desarrollada en Medellín, Colombia, en un período de tiempo de 24 meses. La campaña se centró en la atención preventiva del embarazo adolescente.⁵³

Para el 2010, en Colombia, el 19.5% de las adolescentes de edades entre 15 y 19 años ya eran madres o se encontraban embarazadas, el porcentaje de embarazos adolescentes en la ciudad de Medellín, era del 12.8%. Estos indicadores llevaron a emprender actividades preventivas, mediante esfuerzos institucionales, en el marco de un proyecto social que integraba diversos niveles de atención.⁵³

En Medellín, varias instituciones, como la Alcaldía, la Red de Prevención del Embarazo Adolescente, y organismos multilaterales, como el Banco Interamericano de Desarrollo y la Agencia de Cooperación Española, preocupadas por el incremento de embarazos en jóvenes, se unieron para desarrollar, la campaña “Sexo a lo Bien”, cuya finalidad fue trabajar en la sensibilización y la movilización social respecto a temas como el embarazo precoz y la sexualidad

adolescente partiendo de una concepción integral. El manejo comunicacional de la campaña se hizo en medios masivos y, de modo más interactivo, a través de su página web. El público al que fue dirigido fueron adolescentes, padres de familia y red escolar, cuyo enfoque era: contribuir a la disminución de la problemática de embarazo adolescente y mejorar el conocimiento de los jóvenes sobre salud sexual y reproductiva.⁵³

Según expertos la poca efectividad de resultados en la campaña se debe a la ambiciosa propuesta, así como a la falta de coherencia entre la concepción del problema al que se enfrentaba, la poca claridad en la definición del público de interés y en el contenido de los mensajes.⁵³

Algunos expertos consideraron que la imagen de la campaña no tenía nada que ver con el contenido, dada la complejidad del tema su mensaje no era claro, la mayoría de los formadores de opinión coincidieron con que la imagen transmitía mensajes negativos, por las asociaciones que generaba.⁵³ El lenguaje de la campaña, era fuerte, llamaba a la reflexión y generaba controversia con temas éticos. Según afirmaciones de agentes de influencia, como padres de familia y educadores, la campaña promovía, mediante su lenguaje, comportamientos opuestos a lo que asumen como sano y adecuado⁵³

Una de las debilidades de la comunicación fue que la estrategia de intervención se enfocó en el sector salud, cuando en realidad el problema era más de educación, por lo tanto, el proceso comunicativo fue de carácter informativo más que formativo. La participación de los actores para plantear sus necesidades en materia de educación sexual fue baja.

En cuanto a la efectividad publicitaria, el público no manifestó impacto respecto a un mayor conocimiento o acceso a nueva información, así como tampoco se generaron corrientes de opinión. Por otra parte, la campaña, en medios masivos, fue sensibilizadora, pero no hay evidencias de cambios en los comportamientos o en las actitudes atribuibles a la campaña respecto a la edad de inicio de las relaciones sexuales, del uso de los métodos anticonceptivos, vivencia de las relaciones de poder y disminución de la presencia de los estereotipos de género, a lo que se le sumó un incremento en el reporte de enfermedades de transmisión sexual.⁵³

4.2. Estrategia nacional para prevenir embarazo adolescente, un gran reto, México

La Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), presentada por el Gobierno Federal Mexicano en febrero de 2015, con la Secretaría de Gobernación como máximo órgano responsable de su ejecución, fue lanzada como alta prioridad nacional y con metas para el año 2030 las cuales eran: disminuir a cero el número de nacimientos en niñas de 10 a 14 años y reducir en 50% la Tasa Específica de Fecundidad (TEF) de las adolescentes de 15 a 19 años.⁵⁴

ENAPEA tiene una coordinación interinstitucional basada en la unión de esfuerzos, recursos coordinados y tácticos encaminados a fortalecer e impulsar acciones para la prevención del embarazo durante la adolescencia.⁵⁴

Una característica de la ENAPEA, muy importante, es que fue declarada con presupuesto cero, es decir que su financiamiento debe provenir de los recursos con que cuentan las instituciones participantes; cada institución integrante de la estrategia deberá dar prioridad en el uso de recursos para este tema específico.⁵⁴

Durante diciembre de 2016, el Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM) realizó actividades de seguimiento a la ENAPEA, tales como entrevistas a actores clave institucionales y solicitudes de información pública a través de las plataformas nacionales y estatales de transparencia en seis estados: Chiapas, Guerrero, Jalisco, Oaxaca, Querétaro y Zacatecas. Esto con el fin de conocer los avances en la conformación de los denominados Grupos Estatales para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GEPEA) e identificar los retos para su funcionamiento, para proveer información relevante, desde las perspectivas estatales o locales, para una mejor implementación de esta política pública de alta prioridad y pertinencia para el país.⁵⁵

Los GEPEA que fueron visitados reportaron muy lento avance en las acciones mencionadas. A ello se le suma que ninguna de las instituciones participantes en los estados ha recibido una asignación presupuestal específica para la Estrategia, por lo que todos los gastos de las acciones que realizan deben obtenerse de fondos etiquetados para otras políticas o programas.⁵⁴

4.3. Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar, Ecuador

Desde el año 2012 hasta el 2014 estuvo en marcha la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar; la cual tenía como objetivo: garantizar el acceso efectivo a información, orientación, servicios de salud sexual y reproductiva y métodos de anticoncepción basados en las normas constitucionales en el lapso de 3 años.

Sus cuatro líneas de acción principales se basaron en la educación y difusión de información acerca de la salud sexual y reproductiva, fácil acceso y correcto uso de métodos de anticoncepción eficaces, promover cambios socioculturales en los patrones de pensamiento acerca de la planificación familiar y la sexualidad, y promover la participación social en temas de educación sexual.

A pesar del éxito del programa en incrementar las consultas para prevenir el embarazo precoz, la participación en consultas de planificación familiar y haber logrado una reducción en la tasa de gestación adolescente, fue suspendido en el 2014 por promulgar ideas de hedonismo y libertinaje; al colocar a los métodos anticonceptivos como centro y dejar de lado la afectividad y el rol de la familia en la sexualidad adolescente.^{56,57}

4.4. Plan familia, Ecuador

En el 2015 se instaura el Plan Familia Ecuador que tenía como objetivo general: “prevenir el embarazo adolescente, fortaleciendo el rol protagónico de la familia y empoderando a los y las adolescentes de manera que puedan tomar decisiones libres, informadas y responsables.”⁵⁷ Buscó incrementar la educación en la afectividad y la sexualidad desde todas las dimensiones del ser humano, tanto biológicas, sociales, psicológicas, intelectuales y de trascendencia; para retrasar el inicio de la vida sexual adolescente y así reducir el número de embarazos precoces.

Su enfoque principal fue la abstinencia y el fortalecimiento de apoyo social, tanto familiar como de la comunidad educativa.

A pesar de que una estructura familiar adecuada, al igual que participación activa en el ámbito educativo han sido catalogados como factores de protección en el embarazo precoz, la estrategia no contempló que la migración en el Ecuador dejó como resultado familias fragmentadas, el cual no cumplían con los estándares del plan propuesto. Asimismo, la educación debía ser integral, incluyendo tanto afectividad como planificación familiar; Finalmente, en

ninguna sección se dirigen específicamente a reducir el embarazo subsecuente; omitiendo por completo a esta población. Como resultado, la tasa específica de embarazo sufrió un incremento durante el desarrollo de esta intervención, pasando de 72.33 en el 2014, a 80.05 en el 2016. A pesar de que se informó de una reducción en la tasa de nacidos vivos, el índice de embarazo adolescente no disminuyó. El fracaso de este plan impulsó a que en el 2017 el presidente Lenin Moreno lo suprimiera.^{57,58}

La falta de planificación y presupuesto, fijar metas inalcanzables, no romper con las barreras culturales y sociales y el mal uso de la mercadotecnia, han sido factores determinantes en el fracaso de muchas estrategias.

CAPÍTULO 5. ANÁLISIS

SUMARIO

- **Invertir en educación y salud**
- **Educación sexual integral desde edades tempranas**
- **Fomentar el uso de anticonceptivos en adolescentes**
- **Derribar las barreras culturales**
- **Trabajar en conjunto con otras disciplinas**
- **Velar por el cumplimiento del marco legal**
- **Proyecto de vida**

Se conocen a profundidad las consecuencias de un embarazo presentado en la adolescencia. Su impacto es tan profundo que produce en la vida de quienes los sufren, consecuencias graves en su desarrollo integral,⁵ la vida no vuelve a ser la misma después de dar a luz.

Las repercusiones negativas de los embarazos adolescentes como la deserción escolar, nos lleva a pensar, que la pobreza en nuestros países esta íntimamente relacionada con el desarrollo integral de la mujer, ya que la falta de educación y oportunidades prolongan estos ciclos de pobreza.^{5, 59} por lo que es necesario realizar acciones que contribuyan al bienestar de los adolescentes, reduciendo los índices de embarazos precoces

5.1. Invertir en educación y salud

Múltiples estudios respaldan el hecho que una adolescente que no estudia está en mayor riesgo de quedar embarazada, estas tasas se elevan más en las regiones rurales. Dentro de los mismos territorios nacionales, se observa el contraste de los accesos a la salud, la desigualdad en la educación, el acceso a la anticoncepción, los matrimonios forzados y el incumplimiento de las políticas y leyes, entre las zonas rurales y las zonas urbanas.⁵⁹

Todo lo mencionado anteriormente indica que los embarazos en adolescentes y la falta de educación están ligados entre si, lo que como consecuencia trae pobreza y falta de desarrollo. Por lo tanto para reducir la pobreza en países como Guatemala es necesario una intervención temprana en la niñez y adolescencia ya que en países en vías de desarrollo con numerosas

poblaciones jóvenes, las inversiones que favorecen el fortalecimiento de educación de calidad, el empoderamiento social y la salud, especialmente la sexual y reproductiva en niñas a partir de los 10 años de edad, puede sacar el máximo provecho en un dividendo demográfico, es decir impulsando la productividad económica elevando las cifras de la población activa.^{59,60}

El dividendo demográfico es el potencial de crecimiento económico que surge en consecuencia de los cambios en las estructuras de edades de una población, la población económicamente activa se encuentra entre los 15 a los 64 años de edad.⁶¹

El doctor Babatunde Osotimehin, secretario general adjunto de las Naciones Unidas y director ejecutivo de UNFPA, afirma que “cuando una niña cumple 10 años, todo su mundo cambia.”⁶¹ Una avalancha de cambios las direcciona en diferentes rutas y su destino será influenciado por diferentes factores, como el apoyo que reciba y las oportunidades de decidir, que ésta tenga.⁶¹

Algunas niñas ven frente a ella un mar infinito de posibilidades, como oportunidades de educación y desarrollo, sin embargo, otras más ven su futuro limitado, pues al llegar a la adolescencia la combinación de las influencias sociales, familiares, culturales o la discriminación, se vuelven obstáculos en sus caminos.⁶¹

A muchas de estas niñas es probable que se les obligue a casarse, a dejar de estudiar e iniciar una vida como amas de casa, trayendo como consecuencia una maternidad precoz y la prolongación de la pobreza. A esta edad las niñas ya son “propiedad” de alguien, como si se tratara de un artículo en una tienda, perdiendo por completo la capacidad de decisión. Actualmente se realizan 39 000 matrimonios infantiles es decir antes de los 18 años, por día.^{61,62}

Impedir el crecimiento y desarrollo de una niña implica una violación a sus derechos humanos, lo que trae consigo efectos poco favorables sobre una comunidad y el país entero sin mencionar que los conocimientos, las prácticas y las actitudes respecto a la salud se desarrollan y consolidan en la adolescencia, por lo tanto en esta edad se definirá la salud de una niña a lo largo de la vida, debido a esto el pronóstico es malo para más de la mitad de las adolescentes de 10 a 19 años en el mundo.⁶¹

Se sabe que, si los jóvenes son capaces de pasar la etapa de transición de la adolescencia a la edad adulta de manera saludable y adecuada, sus expectativas hacia el futuro serán más amplias.⁶²

Desde la perspectiva de los economistas se estima que al mejorar el acceso de la población a los servicios de salud sexual y reproductiva y el acceso a los métodos de anticoncepción se traduciría en un beneficio de al menos 120 dólares por cada dólar invertido, ya que todas las acciones que tiene como objetivo aumentar la escolaridad en niñas y adolescentes ayudan a retardar la fecundidad temprana. En cuanto a la salud, por cada dólar invertido en la escolaridad se generan para las áreas de salud 10 dólares en países en vías de desarrollo, debido a esto la educación de las niñas en especial la educación secundaria se considera como la mejor inversión del mundo.²⁴ Se ha probado de forma concreta que entre más años estudie una niña, más retrasará el matrimonio y la procreación.⁶¹

Las inversiones en la salud de las adolescentes desde los 10 años son vitales para el crecimiento económico, debido a que niñas sanas se convertirán en mujeres sanas que son más productivas y que ejercerán mayor control sobre su fecundidad y de esta forma acelerarán la transición demográfica.⁶¹

Por tanto, la educación formal y la salud deberían ser prioridad de inversión para los gobiernos y cooperaciones de países que desean tener un dividendo demográfico, tomando acciones como el aumento o el buen uso del presupuesto destinados a prevenir los embarazos adolescentes, el matrimonio temprano y la violencia sexual.^{24, 61}

5.2. Educación sexual integral desde edades tempranas

La educación sexual integral constituye una inversión esencial en especial en las adolescentes que pronto llegarán a la pubertad e iniciarán su edad fértil. Actualmente, la mayoría de los programas están enfocados en adolescentes desde los 12 o 14 años de edad, pero sería de mucha ayuda extenderlos a las niñas desde los 10 años y que dichos programas tengan como propósito orientarlas a conocer su cuerpo y empoderarlas a tomar decisiones propias.⁶¹

Una mejor educación sexual, salud reproductiva y un acceso más amplio a los servicios e información sobre la anticoncepción, generarían la seguridad de eliminar las barreras que no permiten que los jóvenes desarrollen completamente su potencial.⁶²

Según la encuesta del 2015 “My world” los jóvenes de todo el mundo piensan que para lograr mayores oportunidades de cambiar su vida se necesitan: una mejor educación, una mejor atención médica y gobiernos honrados y receptivos.⁶²

Parece que los países que han puesto en marcha estrategias o programas con buenos resultados en la reducción de embarazos adolescentes han entendido muy bien estos conceptos ya que sus programas están basados en estos ejes principalmente, la educación y salud, estos se orientan a la prevención a través de la información y el acceso a los servicios de salud sin limitantes y a edades tempranas.

5.3. Fomentar el uso de anticonceptivos en los adolescentes

El uso de los anticonceptivos en los adolescentes siempre ha sido un tema que trae consigo mucha controversia, sin embargo, existe evidencia de la eficacia de su promoción y difusión en este grupo etario, aunque no existe un anticonceptivo que sea de uso exclusivo para los adolescentes, tampoco hay evidencia médica que el uso de los mismos sea perjudicial para la salud por la cual negar su uso.⁶³

El objetivo principal debería ser el retrasar el inicio de la vida sexual, este es el método más eficaz para prevenir los embarazos.⁶³ pero las estadísticas indican que la mayoría de los jóvenes inician su vida sexual a temprana edad, por lo que es necesario ofrecer un acceso adecuado a los métodos anticonceptivos así mismo a educación y orientación de su uso.⁶⁴

Como se puede observar el los ejemplos de Argentina donde se implantaron anticonceptivos de larga duración en las adolescentes de las provincias del país y el caso de Colombia donde se repartieron anticonceptivos de barrera, se logró llegar hasta los adolescentes para fomentar su uso de manera conscientes y evitando así el aumento de los embarazos no deseados.

Varios estudios realizados en África y El Reino Unido, asocian los embarazos adolescentes con la baja prevalencia del uso de métodos anticonceptivos a esta edad.⁶⁵ En Perú en el año 2017 se realizó un estudio que buscaba conocer las razones por las cuales los adolescentes mantenían relaciones sexuales sin protección, donde las causas más comunes eran:

- a) Una confianza limitada para hablar con los padres sobre sexualidad, en el caso de las mujeres, sin embargo, los hombres refirieron tener más orientación por parte sus padres.
- b) La influencia de pares quienes pueden influir en el uso o no de métodos anticonceptivos.

c) El abuso de sustancias, ya que cuando hay influencia de alcohol u otras sustancias nocivas se pierde el conocimiento y no se toman las precauciones necesarias al momento de una relación sexual.⁶⁶

Por lo que el uso de anticonceptivos en la adolescencia puede marcar la diferencia en los índices elevados de embarazos adolescentes.

5.4. Derribar las barreras culturales

Las barreras culturales se definen como las diferencias que existe entre la cultura del proveedor y la cultura del usuario, lo que dificulta el acceso completo a los servicios.⁶⁷

Las barreras culturales son uno de los factores más importantes que influyen en que una adolescente quede embarazada,⁶⁸ por lo tanto es importante derribar todas las barreras culturales sobre todo en este tema, por ejemplo, las creencias, las ideas o los hábitos que se van heredando de generación en generación, y que impiden llegar hacia los adolescentes directamente, ya que estas influyen en las actitudes de las personas con respecto a la salud.⁶⁴

Guatemala siendo un país multicultural tiene demasiadas barreras que necesitan ser eliminadas. Una de ellas es el idioma, por lo que es de vital importancia la creación de guías y programas que sean reproducidos en todos los idiomas mayas, para que las adolescentes de todas las etnias y culturas tengan acceso a la información en sus idiomas maternos.

5.5. Trabajar en conjunto con otras disciplinas

Las campañas enfocadas en la prevención de los embarazos adolescentes deberían de ir acompañadas de disciplinas como el mercadeo, ya que este puede aportar elementos importantes en el éxito o fracasos de las mismas. El mercadeo social es una rama del mercadeo comercial, que tiene como fin el logro de cambios de conductas en los individuos, las cuales pueden resultar perjudiciales tanto para el individuo como para la sociedad.⁶⁹

El mercadeo social trabaja con intervenciones masivas con el objetivo de promover cambios de actitud y comportamiento en públicos focalizados, este tipo de herramientas podría ser de gran ayuda para las distintas estrategias que se quieran llevar a cabo en Guatemala.⁶⁹

Cuando se aplica el mercadeo social en temas de salud, este se ayuda de mensajes persuasivos, se enfoca en públicos segmentados por edades, ya que esto permite una línea de comunicación especial en función de factores conductuales, demográficos y psicosociales de cada grupo, que se identifican en la base del comportamiento nocivo y el deseado.⁶⁹

Según esta disciplina, el éxito de los programas de intervención social radica en cuatro puntos claves:

- a) La identificación de las variables requeridas para la resolución del problema.
- b) Es de suma importancia tener en cuenta que los logros obedecen no solo a los esfuerzos de las instituciones o gobierno, la colaboración de las familias es crucial por medio de conversaciones que confronten al mismo tiempo que enseñen. Puede ser un factor de protección para los niños y adolescentes.⁷⁰ La capacitación de maestros y padres de familia es básica ya que ellos son los actores que se comprometerán a llevar esa ardua tarea de educar y orientar.
- c) Es fundamental las intervenciones desde edades tempranas si se buscan efectos a largo plazo, se sabe que la efectividad de los mensajes de prevención es menor en conductas ya instaladas en los individuos, pero son más efectivas si el comportamiento aún no se ha presentado.
- d) Se debe presentar la información lo más claro posible de manera que pueda ser entendible para todos los que la reciban,⁶⁹ idealmente en su idioma materno, para el caso de los países multilingües.

5.6. Velar por el cumplimiento del marco legal

El grupo más propenso a sufrir violencia sexual son las niñas y mujeres, especialmente las indígenas, ya que en las áreas rurales los roles de género son muy marcados y muchas veces se da poca importancia a los abusos perpetrados por los mismos miembros de su comunidad, demostrando la desvalorización de las mujeres en Guatemala.⁷¹

Aunque hoy en día ya se cuenta con un marco jurídico de derechos humanos, se puede observar mayor indignación por parte de las personas que son testigos de abusos y el panorama

se vea más alentador, la justicia aún no es una realidad, ya que aún existe una discrepancia entre las leyes y la práctica.⁷²

Guatemala ha firmado muchos convenios y tratados internacionales donde se compromete a proteger los derechos de la niñez y la adolescencia erradicando la discriminación en contra de los mismos, de los cuales se puede mencionar todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y la Convención de los Derechos del Niño, a pesar de ello este grupo sigue siendo vulnerable a la violencia sexual provocando los embarazos precoces.⁷³

En cuanto a las leyes y decretos que han sido creados por el estado de Guatemala expuestos en el capítulo 1.4.3. es necesario velar por el cumplimiento de los mismos, ya que las estadísticas siguen revelando datos preocupantes, es indispensable un acompañamiento cercano de las entidades creadoras como las que desarrollan las leyes.⁷⁰

5.7. Proyecto de vida

Hoy en día hay 1 800 millones de adolescentes y jóvenes entre 10 a 24 años de edad, siendo esta es la cifra más alta en toda la historia de la humanidad, lo que demuestra que, el futuro está en manos de los adolescentes y jóvenes.⁶⁴

Durante la adolescencia, se empiezan a condensar motivaciones específicas que los acercaran o alejaran de su ideal de vida futura,⁶¹ las orientaciones se ven influenciadas por todo el entorno donde el adolescente se desenvuelve, la construcción de su proyecto de vida debería de ser una prioridad.⁷⁴

El proyecto de vida ensambla la identidad personal y social, en tiempo presente pero también se extienden hacia el futuro, siendo un modelo de lo que el individuo espera o desea ser o hacer. Si un adolescente tiene claro su proyecto de vida, tomará decisiones correctas y trabajará para cumplir sus metas.⁷⁵

Queda demostrado que enfocar los esfuerzos en mejorar la educación formal y sexual, salud reproductiva, fomentar el uso de anticonceptivos, derribar barreras culturales, trabajar en conjunto con otras disciplinas, y velar por el cumplimiento del marco legal reducirían los índices de embarazos adolescentes en Guatemala por lo que invertir en estos aspectos sería la mejor estrategia.

CONCLUSIONES

A nivel mundial el 11% de los nacimientos proceden de madres adolescentes, de los cuales el 95 % ocurren en países en vías de desarrollo, Latinoamérica tiene la segunda tasa más alta de embarazos en adolescentes en el mundo con un 75.67 por cada 1000 mujeres entre 15 a 19 años, de toda Latinoamérica, Centroamérica es la región que encabeza la lista de mayor índice de embarazos en adolescentes, teniendo la tasa de fecundidad más alta, siendo Guatemala uno de los primero tres, en Guatemala según el último censo poblacional realizado en el año 2018, el 11.07% de la población total son mujeres entre 10 y 19 años de edad, y de este grupo etario el 33% tuvo su primer hijo antes de los 20 años de edad, los departamentos con más casos reportados en Guatemala son: Guatemala, Alta Verapaz, Huehuetenango, Quetzaltenango, Quiché, Totonicapán, Petén, Izabal y Escuintla, por lo que es considerado un problema de salud pública que debe ser abordado con urgencia.

La pobreza, la falta de oportunidades y la desigualdad son factores asociados a la maternidad temprana, que limita las oportunidades de desarrollo y la probabilidad de éxito económico en las adolescentes. En Guatemala, la población con mayor vulnerabilidad son las adolescentes indígenas, con poca educación, aislamiento social, violencia sexual y pobreza, este círculo vicioso es lo que obliga a los adolescentes a asumir roles de adultos y reproducción en los hogares. El embarazo en adolescentes provoca consecuencias negativas en el desarrollo integral de la sociedad, siendo considerado no solo un fenómeno demográfico sino un fenómeno social complejo que tiene graves consecuencias en la salud, educación y oportunidades de desarrollo para la niñez.

Siendo los embarazos en adolescentes una problemática que azota a América Latina y el Caribe, muchos países como Paraguay, Costa Rica, Colombia, Uruguay y Argentina representados por entes gubernamentales, asociaciones independientes y estudiantes se han planteado programas y estrategias con el fin de reducirlos a los niveles más bajos, con herramientas como la creación de unidades de salud familiar (USF) que garantizaban el acceso y la cobertura universal de la salud reproductiva, información y empoderamiento para el disfrute pleno y responsable de la sexualidad desde edades tempranas con lo que se logró la reducción considerable de embarazos en adolescentes en las ciudades en las que se implementaron estas estrategias.

Así como existen programas y estrategias con buenos resultados también existen programas que no han sido exitosos debido a factores como: falta de planificación, fijar metas inalcanzables, no romper las barreras culturales, falta de presupuesto y mal uso de la mercadotecnia, factores que se ven reflejados también en Guatemala.

RECOMENDACIONES

Tomando en cuenta que Guatemala es uno de los primeros 3 países que encabezan la lista de mayor índice de embarazos en adolescentes se recomienda:

Invertir en educación y salud. Múltiples estudios respaldan el hecho que una adolescente que no estudia está en mayor riesgo de quedar embarazada por lo tanto las inversiones que favorecen el fortalecimiento de la educación de calidad, el empoderamiento social y la salud, especialmente la sexual y reproductiva en niñas a partir de los 10 años de edad pude sacar el máximo provecho en un dividendo demográfico. Desde la perspectiva de los economistas se estima que al mejorar el acceso de la población a los servicios de salud sexual y reproductiva y el acceso a los métodos de anticoncepción se traduciría en un beneficio de al menos 120 dólares por cada dólar invertido, ya que todas las acciones que tiene como objetivo aumentar la escolaridad en niñas y adolescentes ayudan a retardar la fecundidad temprana. En cuanto a la salud, por cada dólar invertido en la escolaridad se generan para las áreas de salud 10 dólares en países en vías de desarrollo, por tanto, invertir en educación y salud resulta ser la mejor inversión del mundo.

Derribar las barreras culturales. Guatemala es un país pluricultural, multiétnico y plurilingüe, lo que implica que hay muchas barreras culturales que necesitan ser derribadas, una de las más importantes es el idioma, por lo que es de suma importancia la creación de guías y programas que sean reproducidos en todos idiomas mayas para que las adolescentes de todas las etnias tengan acceso a la información en sus idiomas maternos.

Velar por el cumplimiento de las leyes. Es evidente como se expone anteriormente que Guatemala tiene un amplio marco legal en contra de la violencia sexual, pero también vemos reflejado en las estadísticas que dicho marco legal no siempre se cumple, por lo que es necesario velar por el cumplimiento del mismo que castigue los delitos sexuales en contra de los adolescentes y evite el abuso de sus derechos. Por lo que se recomienda la creación de una comisión multidisciplinaria cuya función sea el procurar el cumplimiento de las leyes a favor de los adolescentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SánchezGarcía M. Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2019. [tesis Médico y Cirujano en línea]. Lima, Perú: Universidad Nacional Federico Villarreal, Facultad de Medicina “Hipólito UNANUE”; 2019. [citado 6 Abr 2020]. Disponible en: http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/2921/UNFV_SANCHEZ_GARCIA_MILAGROS_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Niño BA del P, Ortiz Rodríguez SP, Solano Aguilar S, Amaya CM, Serrano Henao L. Concepciones del embarazo en adolescentes gestantes de la ciudad de Bucaramanga. Rev Cuid [en línea]. 2017 Sept 1 [citado 26 Sept 2020];8(3):1875-86. Disponible en: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/448>
3. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en la adolescencia [en línea]. Ginebra: OMS; 2020 [citado 29 Mar 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
4. Organización Mundial de la Salud. Salud de la mujer [en línea]. Ginebra: OMS; 2018 [citado 30 Mar 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>
5. Organización Panamericana de la Salud. Acelerar el proceso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe [en línea]. Washington D.C: OPS; 2016 [citado 2 Abr 2020]. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ESP-EMBARAZO-ADOLESCENTE%20FINAL%205.PDF>
6. Barrios-Klee W. El drama de la maternidad forzada en Guatemala. En: Basail Rodriguez A, Castro Apreza I, de la Garza Chávez M, Ramos Maza T, Valdez Gordillo M, coord. Raíces comunes e historias compartidas. [en línea]. Mexico: CLASCO; 2018: 169-186. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/pdf/j.ctvn5tzmv.11.pdf>

7. Robaina-Castillo J, Hernández-García F, Ruiz-Gómez L. Consideraciones actuales sobre el embarazo en la adolescencia. UnivMédPinareña [en línea]. 2019 [citado 4 Abr 2020]; 15(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/331>
8. Guatemala. Consejo Nacional de la Juventud. Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes PLANEA Guatemala, 2018-2022 [en línea]. Guatemala: CONJUVE; 2017. [citado 2 Abr 2020]. Disponible en: <https://conjuve.gob.gt/descargas/PLANEA.pdf>
9. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía de prevención del embarazo en la adolescencia en Guatemala [en línea]. Guatemala: MSPAS, OPS; [2015?]. [citado 28 Feb 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=618-guia-de-prevencion-del-embarazo-en-la-adolescencia-en-guatemala&Itemid=518
10. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014-2015 [en línea]. Guatemala: INE; 2017. [citado 2 Abr 2020]. Disponible en: https://www.ine.gob.gt/images/2017/encuestas/ensmi2014_2015.pdf
11. Organización Mundial de la Salud. Desarrollo en la adolescencia [en línea]. Ginebra: OMS; 2013. [citado 29 Mar 2020]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
12. Guatemala. Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas del Sector Académico y el Sector Salud Sub Comisión de Investigación y Desarrollo Tecnológico. Áreas y prioridades de investigación para la salud en Guatemala 2014-2019. Guatemala: Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas del Sector Académico y el Sector Salud Sub Comisión de Investigación y Desarrollo Tecnológico; 2014.

13. Carvajal Barona R, Valencia Oliveros H, Rodríguez Amaya R. Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años en el municipio de Buenaventura, Colombia. Rev Univ Ind Santander Salud [en línea]. 2017 [citado 29 Mar 2020]; 49(2): 290-300. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-08072017000200290&script=sci_abstract&tlang=es
14. Organismo Andino de Salud. Diagnóstico de la situación del embarazo en la adolescencia en la Región Andina 2016 [en línea]. Lima, Perú:UNFPA; 2017 [citado 2 Abr 2020].Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/GRUPOS%20DE%20TRABAJO/SITUACION%20DEL%20EMBARAZO%20EN%20LA%20ADOLESCENCIA%20ANDINA%20%202016.pdf>
15. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Resultados del censo 2018 características de la población. pirámide de población [en línea]. Guatemala: INE; 2019 [citado 2 Abr 2020].Disponible en:<https://www.censopoblacion.gt/graficas>
16. Guatemala. Ministerio de Educación. Línea base de educación integral en sexualidad del nivel de educación primaria 2012 [en línea]. Guatemala: DIGEDUCA; 2012 [citado 3 Abr 2020].Disponible en: https://www.mineduc.gob.gt/DIGEDUCA/documents/investigaciones/linea_Base_EIS.pdf
17. Gramajo JM, Barrios MA. Guía didáctica, especialización en salud sexual y reproductiva. Guatemala: UNFPA; 2012.
18. Guatemala. Ministerio de Educación. Estrategias de educación integral en Sexualidad [en línea]. Guatemala: MINEDUC; 2016 [citado 3 Abr 2020].Disponible en: <http://www.mineduc.gob.gt/UNEGEPE/documents/experienciasTerritoriales/Resumen%20Estrategia%20EIS.PV.pdf>
19. Guatemala Ministerio de Educación. Estrategia nacional de educación para la convivencia pacífica y prevención de la violencia 2016-2020 [en línea]. Guatemala:

MINEDUC; 2016 [citado 3 Abr 2020]. Disponible en:
https://www.mineduc.gob.gt/portal/contenido/menu_lateral/estrategias/documents/ES TRATEGIA PREVENCION VIOLENCIA.pdf

20. Guatemala. Congreso de la República. Código Civil-Decreto número 106 [en línea]. Guatemala: Congreso de la República; 1963. [citado 3 Abr 2020]. Disponible en: <http://mcd.gob.gt/wp-content/uploads/2013/07/codigo-civil.pdf>
21. Guatemala. Congreso de la República. Reformas al Código Civil, En lo Relativo a la Aptitud Para Contraer Matrimonio Por Razones de Edad [en línea]. Guatemala: Congreso de la República; 2015. [citado 3 Abr 2020]. Disponible en: <http://ww2.oj.gob.gt/es/QueEsOJ/EstructuraOJ/UnidadesAdministrativas/CentroAnalisisDocumentacionJudicial/cds/CDs%20leyes/2015/pdfs/decretos/D08-2015.pdf>
22. Guatemala. Congreso de la República. Decreto 17-73 Código Penal. [en línea] Guatemala: Congreso de la República; 1973. [citado 3 Abr 2020]. Disponible en: http://ww2.oj.gob.gt/es/QueEsOJ/EstructuraOJ/UnidadesAdministrativas/CentroAnalisisDocumentacionJudicial/cds/CDs%20compilaciones/Compilacion%20Leyes%20Penales/expedientes/01_CodigoPenal.pdf
23. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Los desafíos de la baja fecundidad en América Latina y el Caribe [en línea]. Nueva York: UNFPA; 2018 [citado 3 Abr 2020]. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/public/Baja%20fecundidad%20en%20ALC%20-%20version%20web%20español.pdf>
24. Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales. Generación de conocimientos de inversión en niñas y adolescentes en Centroamérica. Plan internacional [en línea]. Guatemala: ICEFI; 2018 [citado 10 Abr 2020]. Disponible en: <https://icefi.org/sites/default/files/gt - prevencion embarazo - plan icefi .pdf>
25. Escobar Martínez A C. Características del embarazo en adolescentes en Guatemala. estudio realizado con base en la encuesta nacional de salud materno infantil 2009. [tesis]

de Postgrado Medicina en línea]. Guatemala: Universidad Rafael Landívar, Facultad de Ciencias de la Salud; 2017. [citado 3 Abr 2020]. Disponible en:
<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2017/09/11/Escobar-Ana.pdf>

26. Andrade P, Puyana A. La pobreza en América Latina [en línea]. Buenos Aires: CLACSO; 2016 [citado 3 Abr 2020]. Disponible en:
<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/clacso/crop/andrade.pdf>

27. CEPAL. Panorama Social de América Latina 2019 [en línea]. Santiago: CEPAL; 2019.[citado 3 Abr 2020]; (LC/PUB.2019/22-P/Re v.1) Disponible en:https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44969/5/S1901133_es.pdf

28. Florencia Valencia E M, Nava Chapa G, Arenas Monreal L. Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de salud pública. Rev Salud Publ [en línea]. 2017 [citado 2 Abr 2020]; 19 (3): 374-8. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v19n3/0124-0064-rsap-19-03-00374.pdf>

29. Gutierrez García H. Impactos culturales de los embarazos de niñas y adolescentes indígenas no casadas, comprendidas entre 11 y 17 años, en la aldea la Estancia, Santa Cruz del Quiché. [tesis Sociólogo en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Políticas; 2017. [citado 10 Abr 2020]. Disponible en:
http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/28/28_0991.pdf

30. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta nacional de condiciones de vida 2014 [en línea]. Guatemala: INE; 2016 [citado 4 Abr 2020]. Disponible en:
<https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2016/02/03/bWC7f6t7aSbEl4wmuExoNR0oScpSHKyB.pdf>

31. Guatemala. Ministerio de Educación. Guatemala, un país con diversidad étnica, cultural y lingüística [en línea]. Guatemala: DIGEBI; 2015 [citado 5 Mayo 2020].Disponible en:
<https://www.mineduc.gob.gt/DIGEBI/mapaLinguistico.html>

32. TinocoGuerra, A. Influencia de la cultura en el embarazo de adolescentes. En:Albornos Arias N, Mazuera Arias R, Carreño Paredes M, editor. Adolescencia:

vulnerabilidades.Unamirada interdisciplinaria[en línea]. 21 ed. Barranquilla: Universidad Simón Bolívar; 2018 [citado 3 Mayo 2020]; p.87-118.Disponible en:
http://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/2331/Cap_2%20_Influen_cia.pdf?sequence=6&isAllowed=y

33. Organización Mundial de la Salud.Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual [en línea]. Ginebra: OMS; 2013 [citado 3 Mayo 2020].Disponible en:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf?sequence=1
34. Martínez M. Violencia y abuso sexual en la niñez y la adolescencia. Rev SUGIA [en línea]. 2018 [citado 1 Mayo 2020]; 7 (3): 7-22. Disponible en:
<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Revista%20Sugia%202018%20Vol%207-3.pdf>
35. Guatemala. Secretaría contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas. Política pública contra la violencia sexual en Guatemala 2019-2029 [en línea]. Guatemala: SVET; 2019. [citado 28 Abr 2020].Disponible en:
<https://www.svet.gob.gt/sites/default/files/articulo10/Pol%C3%ADtica%20P%C3%BAlica%20contra%20la%20Violencia%20Sexual%20en%20Guatemala%202019-2029.pdf>
36. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística.Estadísticas de violencia en contra de la mujer 2014-2016. Datos a nivel nacional [en línea]. Guatemala: INE; 2017 [citado 2 May 2020].Disponible en:
<https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2018/11/30/2018113081722emO14nj4jr5XWfNPqRNeFnEgRxtdjJf.pdf>
37. Guatemala. Instituto Nacional de Ciencias Forenses. Evaluaciones en el área clínica por delitos sexuales 2018 [en línea]. Guatemala: INACIF; 2018 [citado 3 May 2020].Disponible en: <https://www.inacif.gob.gt/index.php/datos-numericos/informacion-anual>
38. Palacios E, Toro S. Dinámicas de la Población de la Republica de Corea a Partir de 1960 y su Relación con la Transición Demográfica. MAP [en línea]. 2016 [citado 4 Abr 2020]; 5

(8): 20-31. Disponible en:
<http://publicaciones.eafit.edu.co/index.php/map/article/view/3595/2879>

39. Ávalos DS, Recalde F, Cristaldo C, Cusihuaman Puma A, López P, Alonso Carbonell L. Estrategia de unidades de salud familiar: su impacto en la tasa de embarazo en adolescentes en Paraguay. RevPanam Salud Pública[en línea]. 2018[citado 4 Abr 2020];42(59): 1-7. Disponible en:<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.59>
40. Rosero-Bixby. Situación demográfica en Costa Rica. PSM [en línea] 2016 [citado 4 Abr 2020]; 13 (2): 2-71. Disponible en:
<http://publicaciones.eafit.edu.co/index.php/map/article/view/3595/2879>
41. Costa Rica. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Mujeres de 12 y más por hijos nacidos vivos, según provincia, zona, estado conyugal y edad [en línea] Costa Rica: INEC; 2019 [citado 4 Abr 2020].Disponible en: <https://www.inec.cr/poblacion/nacimientos>
42. Costa Rica. Ministerio de Educación Pública. Programa de estudios de educación para la efectividad y sexualidad integral III ciclo [en línea] Costa Rica: MEP; 2017 [citado 4 Abr 2020].Disponible en:
<https://www.mep.go.cr/sites/default/files/programadeestudio/programas/afectividad-sexualidad-3ciclo.pdf>
43. Costa Rica. Ministerio de Salud. Iniciativa Salud Mesoamérica-Costa Rica. Prevención de embarazo en adolescentes" [en línea]. Costa Rica: MSCR [2015?]. [citado 4 Abr 2020].Disponible en:
http://www.enfermeria.cr/docs/fiscalia/TERMINOS_REFERENCIA_APOYO_TECNICO.pdf
44. Costa Rica. Ministerio de Salud. País avanza hacia un modelo de atención integral en salud sexual y reproductiva de las adolescentes [en línea]. San José, Costa Rica: MSCR; 2016 [citado 4 Abr 2020].Disponible en:
<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/noticias/noticias-2016/984-pais-avanza-hacia-un-modelo-de-atencion-integral-en-salud-sexual-y-reproductiva-de-las-adolescentes>

45. Colombia. Sistema Estadístico Nacional. Demografía y población.Nacimiento y defunciones [en línea]. Bogotá: SEN; [201?]. [citado 4 Abr 2020].Disponible en:
<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion>
46. Colombia. Alcaldía Mayor de Bogotá, distrito capital. Proyecto 1093 prevención y atención de la maternidad y la paternidad temprana [en línea] Bogotá: BDPP; 2019 [citado 4 Abr 2020].Disponible en:
http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/1093_122_secretaria_distrital_de_integracion_social_0.pdf
47. Sexperto.com, Sácate esa duda de la cabeza en Sexperto [en línea] Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 2016 [citado 4 Abr 2020].Disponible en: <https://sexperto.co>
48. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Uruguay redujo cantidad de embarazos en adolescentes a su mínimo histórico: 36 nacimiento por cada 1.000 jóvenes [en línea]. Uruguay: MSP; 2019 [citado 4 Abr 2020].Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/uruguay-redujo-cantidad-embarazos-adolescentes-su-minimo-historico-36>
49. República Oriental del Uruguay. Estrategia intersectorial y nacional de prevención del embarazo no intencional en adolescentes [en línea]. Uruguay: GUB; 2019 [citado 4 Abr 2020].Disponible en: <https://www.gub.uy/comunicacion/publicaciones/estrategia-intersectorial-y-nacional-de-prevencion-del-embarazo-no>
50. Argentina. Presidencia de la Nación. Plan nacional de prevención y reducción del embarazo no intencional en la adolescencia 2017-2019 [en línea] Argentina: GOBAR; 2017 [citado 4 Abr 2020].Disponible en:
http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/argentina_documento_plan_nacional_de_prevencion_y_reduccion_embarazo_no_intencional_en_la_adolescencia_vf_1.pdf

51. Argentina. Ministerio de Salud. Programa nacional de salud integral en la adolescencia [en línea]. Argentina: Ministerio de Salud; [2017?] [citado 4 Abr 2020]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/dinamia/saludintegralenadolescencia>
52. Argentina. Presidencia de la Nación. El Embarazo y la maternidad en la adolescencia en la Argentina: datos y hallazgos para orientar rutas de acción [en línea]. Argentina: UNFPA; 2019 [citado 4 Abr 2020]. Disponible en: http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/dt_5_embarazo_y_maternidad_en_la_adolescencia_.pdf
53. Restrepo A M, Muñoz Y, Duque M A. Análisis de los elementos de mercadeo social implícitos en campañas de prevención de embarazo en adolescentes. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [en línea]. 2018 [citado 28 Mar 2020];36 (2): 18-27. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v36n2/0120-386X-rfnsp-36-02-00018.pdf>
54. Rico Díaz J C. Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo en Adolescentes GEPEA [en línea]. En: Encuentro Nacional de Grupos Estatales para la Prevención del Embarazo en Adolescentes; 2018 Mar 21-23; Ciudad de México. Sonora México: COESPO; [201?]. [citado 1 Abr 2020]. Disponible en: <http://www.coespo.sonora.gob.mx/gepea.html>
55. Pisanty-Alatorre J. Inequidades en la mortalidad materna en México: un análisis de la desigualdad a escala subestatal. Salud pública Méx [en línea]. 2017 Dic [citado 3 Abr 2020]; 59(6): 639-649. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342017000600639&lng=es. https://doi.org/10.21149/8788.
56. Prieto Donoso J H. La Estrategia Nacional Intersectorial De Planificación Familiar Y Prevención De Embarazos En Adolescentes (ENIPLA), En el marco de las directrices de la Organización Mundial de la Salud, aplicado en el Ecuador durante el período 2012-2014. [tesis Multilingüe en Negocios y Relaciones Internacionales en linea]. Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; Facultad de Comunicación, Lingüística y Literatura; 2016. [citado 13 Abr 2020]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12812/LA%20ESTRATEGIA%20NACIONAL%20INTERSECTORIAL%20DE%20PLANIFICACI%c3%93N%20FAMIL>

57. Soto Rodríguez J N. Estrategia de educación sexual de visitas a casa para prevenir el embarazo subsecuente en madres adolescentes entre 15 y 19 años del cantón Calvas. [tesis Psicología Clínica en linea]. Quito: Universidad San Francisco De Quito, Colegio Ciencias Sociales Y Humanidades; 2019. [citado 4 Abr 2020]. Disponible en: <http://192.188.53.14/bitstream/23000/8099/1/141965.pdf>
58. Herrera Unapanta F E. Análisis comparativo de la ENIPLA al Plan Familia Ecuador. Las políticas públicas sobre sexualidad y reproducción su influencia en el modelamiento de las masculinidad-es dominantes en la adolescencia. [tesis Comunicación social, periodismo y genero en linea]. La Plata: Universidad Nacional de la Plata, Facultad de Periodismo y Comunicación Social; 2016. [citado 9 Abr 2020]. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/56531/Documento_completo.pdf?sequence=3&isAllowed=y
59. El Salvador. Gabinete de Gestión Social e Inclusión. Estrategia nacional e intersectorial de prevención del embarazo en niñas y en adolescentes 2017-2027 [en línea]. El Salvador: UNFPA; 2017 [citado 5 Abr 2020].Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/estrategias/estrategia_prevencion_embarazos_a_dolescentes_2017_2027_v1.pdf
60. UNFPA.org. Dividendo demográfico [en línea]. Nueva York: UNFPA; 2014 [citado 5 Abr 2020].Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/dividendo-demogr%C3%A1fico>
61. UNFPA. Nuestro futuro depende de las niñas que cumplen esta edad decisiva [en linea]. Nueva York:UNFPA; 2016 [citado 6 Abr 2020].Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/sowp/downloads/The_State_of_World_Population_2016_-_Spanish.pdf
62. UNFPA. El poder de 18000 millones. Los adolescentes, los jóvenes y la transformación del futuro [en línea]. Nueva York:UNFPA; 2014 [citado 6 Abr 2020].Disponible en:

en:<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP2014%20Report%20Web%20Spanish.pdf>

63. Peláez Mendoza J. El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. Rev Cubana Obstet Ginecol [en línea]. 2016 [citado 10 Abr 2020]; 42(1): [aprox. 11 pant.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000100011&lng=es.
64. Linares Linares K. Barreras culturales en el acceso de adolescentes a los métodos anticonceptivos.[tesis Magíster en Ciencias Salud Pública en línea]. Arequipa, Perú: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Facultad de Medicina; 2018.[citado 10 Abr 2020]. Disponible en: <http://bibliotecas.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/6522/MDMlilikm.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
65. Acosta-Varela M, Cárdenas-Ayala V. Social and cultural barriers in pregnancy adolescents. Rev Med Inst Mex Seguro Soc[en línea]. 2012[citado 10 Abr 2020]; 50(4):371-374. Disponible en:<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenl.cgi?IDARTICULO=38685>
66. CarmonaG, Beltran J, Calderón M, Piazza M, Chávez, S. Contextualización del inicio sexual y barreras individuales del uso de anticonceptivos en adolescentes de Lima, Huamanga e Iquitos. Rev Peru MedExper[en línea]. 2019 [citado 10 Abr 2020]; 61(4): 549-550. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2019.v61n4/549-550/es>
67. Solórzano Laínez Y, Soriano Asencio M. *Barreras culturales que inciden en las embarazadas a contraer el virus del VIH en el Hospital Universitario de Guayaquil* 2019.[tesis Licenciatura en Enfermería en línea]. Ecuador: Universidad Estatal Península de Santa Elena, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud; 2019. [citado 12 Abr 2020]. Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/46000/5080/UPSE-TEN-2019-0043.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

68. Lozada Sanjinez R. Factores sociales y culturales asociados al embarazo en adolescentes que acuden al Hospital Carlos Alberto Cortez Jiménez, Tumbes 2019.[tesis Licenciatura en Antropología en linea]. Perú: Universidad Nacional de Trujillo, Facultad de Ciencias Sociales; 2019. [citado 13 Abr 2020]. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/15731/Ingrid%20Lozada%20Sanjinez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
69. Restrepo A, Muñoz Y, Duque M. Análisis de los elementos de mercadeo social implícitos en campañas de prevención de embarazo en adolescentes. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [en línea].2018[citado 13 Abr 2020];36(2):18-27. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v36n2/0120-386X-rfnsp-36-02-00018.pdf>
70. JARAMILLO J. *Políticas públicas de prevención del embarazo precoz en el marco de la realización de los objetivos de desarrollo del milenio: el caso de Medellín (Colombia)*. 2017. [tesis Doctoral en Relaciones Internacionales en línea]. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos, Facultad de Ciencias Sociales; 2017. [citado 12 Abr 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=171509>
71. Vásquez H. Regulación jurídico-penal de los delitos sexuales en Guatemala. En: Pérez Álvarez F, Díaz Cortés L, Heredero Campo M, Villasante Arroyo N, editores. Propuestas penales: nuevos retos y modernas tecnologías[en línea]. España: Ediciones Universidad de Salamanca; 2016 [citado 13 Abr 2020]; p. 206- 220. Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=qinyDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA205&ots=pG_7D5HzDD&sig=yeauTrA-fIKTIJlhoyCAUN2Duql#v=onepage&q&f=false
72. Meléndez López L. Hablemos de embarazos forzados y violencia sexual. D&S [en línea]. 2016 [citado 13 Abr 2020];(47):243-257. Disponible en: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechoysociedad/article/view/18888>
73. Nàjera J. Embarazos en niñas y adolescentes. Guatemala: Desviación, marginación y estigma. RevObsDigLat “Ezequiel Zamora”[en línea].2018 [citado 13 Abr 2020]; 1 (1):28-44. Disponible en: <http://unellez.edu.ve/revistas/index.php/rodlez/article/view/617>

74. Zambrano S, Cerón J. Adolescentes creando su proyecto de vida profesional desde el modelo DPC. *Rev Vir Uni Cat Nort*[en línea].2017 [citado 13 Abr 2020]; (50): 21-41. Disponible en:

<https://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/811>

75. Meléndez Ruiz R. El proyecto de vida como categoría de interpretación en la formación profesional. *MENDIVE* [en línea]. 2016 [citado 13 Abr 2020]; 14(2):174-179. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6320400.pdf>

ANEXOS

Anexo 1: Matrices de búsqueda bibliográfica

Tabla 1. Matriz de datos de buscadores y términos utilizados capítulo 2.

Google Scholar	Embarazo en adolescencia “panorama mundial”
	Embarazo en adolescencia “OMS”
	Embarazo en adolescencia “panorama latinoamericano”
	Embarazo en adolescencia “OPS”
	Embarazo en adolescencia “panorama centroamericano”
	Embarazo en adolescencia “panorama en Guatemala”
	Pirámide poblacional Guatemala
	Tasa de fecundidad global en Guatemala
	Observatorio en salud sexual y reproductiva (OSAR)
	Educación sexual y reproductiva
	Tasa de nacimientos de madres adolescentes en Guatemala
	Encuesta nacional de salud materno-infantil
	Prevención de embarazos adolescentes en Guatemala
	Estrategia de educación integral en sexualidad

Código civil de la república de Guatemala
“matrimonio”

Constitución de la república de Guatemala
“principio de igualdad de géneros”

Código penal de la república de Guatemala
“delitos contra la libertad e indemnidad
sexual de las personas”

Código civil de la república de Guatemala
“marco normativo y estratégico para la
prevención de los embarazos
adolescentes”

Código penal de la república de Guatemala
“marco normativo y estratégico para la
prevención de los embarazos
adolescentes”

Fuente: elaboración propia según fuentes de información citadas

Tabla 2. Matriz de datos de buscadores y términos utilizados capítulo 3.

Scielo	Embarazo en la adolescencia “un problema de salud pública”
	Violencia sexual “comprender y abordar la violencia contra las mujeres”
	Embarazos en adolescentes “factores biopsicosociales”
	Embarazo en adolescencia “pobreza”
	Embarazo en adolescencia “falta de educación formal”
	Embarazo en adolescencia “encuesta nacional de la juventud”
Google Scholar	Embarazo en adolescencia “violencia sexual”
	Embarazo en adolescencia “desarrollo integral”
	Maternidad en la adolescencia
	Incremento de los embarazos adolescentes
	Taza de embarazos y maternidad en adolescentes
	Bajo nivel educativo en adolescencia
	VI encuesta nacional de salud materno-infantil
	Comienzo temprano de la maternidad
	Salud y educación en Guatemala

	Prevención en salud sexual
	Idiomas mayas en Guatemala
	Violencia sexual “OMS”

Fuente: elaboración propia según fuentes de información citadas

Tabla 3. Matriz de datos de buscadores y términos utilizados capítulo 4.

Google Scholar	República de corea “dinámica de población”
	República de corea “relación con la transición demográfica”

Fuente: elaboración propia según fuentes de información citadas

Tabla 4. Matriz de datos de buscadores y términos utilizados capítulo 5.

Google Scholar	Estrategias en la reducción de embarazos adolescentes “Paraguay”
	Salud familiar en Paraguay
	Estrategias en la reducción de embarazos adolescentes “Costa Rica”
	Estrategia de salud sexual en Costa Rica
	Proyecto Mesoamérica en Costa Rica
	Estrategias en la reducción de embarazos adolescentes “Bogotá, Colombia”
	Programa distrital de prevención “Bogotá, Colombia”

	Atención de la maternidad y paternidad temprana “Bogotá, Colombia”
	Estrategias en la reducción de embarazos adolescentes “Uruguay”
	Estrategia intersectorial y nacional de prevención del embarazo no intencional en adolescentes “Uruguay”
	Estrategias en la reducción de embarazos adolescentes “Argentina”
	Plan nacional de prevención del embarazo no intencional en la adolescencia “Argentina”

Fuente: elaboración propia según fuentes de información citadas

Tabla 5. Matriz de datos de buscadores y términos utilizados capítulo 6.

Google Scholar	Estrategias en la reducción de embarazos adolescentes “Medellín, Colombia”
	Sexo a lo bien “Medellín, Colombia”
	Estrategias en la reducción de embarazos adolescentes “México”
	Estrategia nacional para prevenir embarazos adolescentes, un gran reto “México”
	Estrategias en la reducción de embarazos adolescentes “Ecuador”
	Estrategia nacional intersectorial de planificación familiar “Ecuador”
	Plan familia “Ecuador”

Fuente: elaboración propia según fuentes de información citadas

Anexo 2: Ejemplo de la Republica de Corea

La República de Corea es uno de los países con índices de fecundidad más bajos del mundo, a finales de la guerra, las tasas globales de fecundidad de Corea del Sur eran de 5 a 6 hijos por mujer, pero en menos de 30 años estas tasas se redujeron a 1.7 hijos por mujer.³⁸

Esta reducción en las cifras es un caso sin precedentes en la historia mundial. Debido a la diferencia entre las tasas de fecundidad y mortalidad, el país no estaba alcanzando sus objetivos de crecimiento económico sostenible, por lo que el presidente Park Chung Hee decidió tomar cartas en el asunto y su gobierno enfocó esfuerzos en reducir la tasa de fecundidad, el objetivo era formar familias con dos hijos como máximo como modelo familiar predominante, utilizando la planificación familiar como herramienta principal, teniendo resultados directos e indirectos en el ámbito de la salud a través de la reducción de la fecundidad.³⁸

El programa fue desarrollado a través del estado, el Ministerio del Interior y el Ministerio de Salud Pública y Asuntos Sociales, se ejecutó en red con más de 200 centros rurales y urbanos, colaboraron cerca de 3 000 funcionarios y se contó con la participación de 1 500 médicos que promovían los servicios clínicos en los centros de planificación familiar.³⁸

El objetivo trazado para los centros de planificación familiar era básicamente la distribución de anticonceptivos y la promoción de su uso, estas actividades se llevaban a cabo en conjunto con una exhausta campaña publicitaria por todos los medios de comunicación masivos, incluyendo una de las cadenas de televisión más importante de Corea la KBS quien produjo series que fomentaban el uso de la planificación familiar, se publicaron artículos y se implementaron charlas dirigidas a las jóvenes trabajadoras de fábricas en toda Corea.³⁸

Todo este esfuerzo del gobierno tenía la meta de reducir las tasas de fecundidad a solo 2 hijos por mujer utilizando campañas publicitarias enfocadas a parejas jóvenes con el eslogan, “ten menos hijos y críalos bien” o “3-3-35” que significaba tener tres hijos, uno cada tres años y detenerse a los 35 años. Increíblemente por los años de 1966 solo seis años después del fin de la guerra los índices de fecundidad comenzaron a reducirse.³⁸

A raíz de la disminución de la tasa de fecundidad también empezaron a reducirse las muertes infantiles, obteniendo Corea del Sur la mayor reducción a nivel mundial aún cuando no se habían creado ni modificado políticas con este objetivo.³⁸

La reducción de la tasa de fecundidad también contribuyó al incremento de la educación femenina, y el aumento de escolaridad en la mujer influyó en la fecundidad, ya que las mujeres

queriendo alcanzar logros académicos postergaban los matrimonios y por ende los embarazos, por ejemplo en 1985 la edad promedio de matrimonio en Corea del Sur era de 24.1 años, en 2007 la edad promedio del matrimonio era de 28.1, junto con el aumento en la edad para casarse aumento también el número de inscripciones a las universidades de mujeres y la participación femenina en el ambiente laboral.³⁸

Corea del Sur es un ejemplo para el mundo demostrando que la reducción de las tasas de fecundidad podría ser la clave para el desarrollo de todo el país.³⁸

ANEXO 3: Constancia de aprobación de referencias bibliográficas



Universidad de San Carlos de Guatemala

Facultad de Ciencias Médicas

**Biblioteca y Centro de documentación
"Dr. Julio de León Méndez"**



Constancia de aprobación de referencias bibliográficas

Fecha de entrega: 07/10/2020	Grado a obtener: Médico y Cirujano (Grado)
Título de tesis: Estrategias para la reducción de embarazos adolescentes en Guatemala según experiencias en Latinoamerica. Monografía	
Bibliotecario que revisó las referencias: Rosa Alicia Espinoza	
Asesor: Sergio Rolando Marroquín Castillo	

Autores de la tesis en la(s) siguiente(s) pagina(s).

ADMINISTRACIÓN DE BIBLIOTECA

NOTA: Esta es una constancia de que se le revisaron y aprobaron las referencias bibliográficas de la tesis mencionada.



Para verificar que la siguiente constancia es emitida por la Biblioteca y sus datos estén correctos escanea el código QR o ingresa al siguiente enlace:

<http://bibliomed.usac.edu.gt/constancia/verificar.php?ad=3&ed=f8eee&id=126&od=88199>