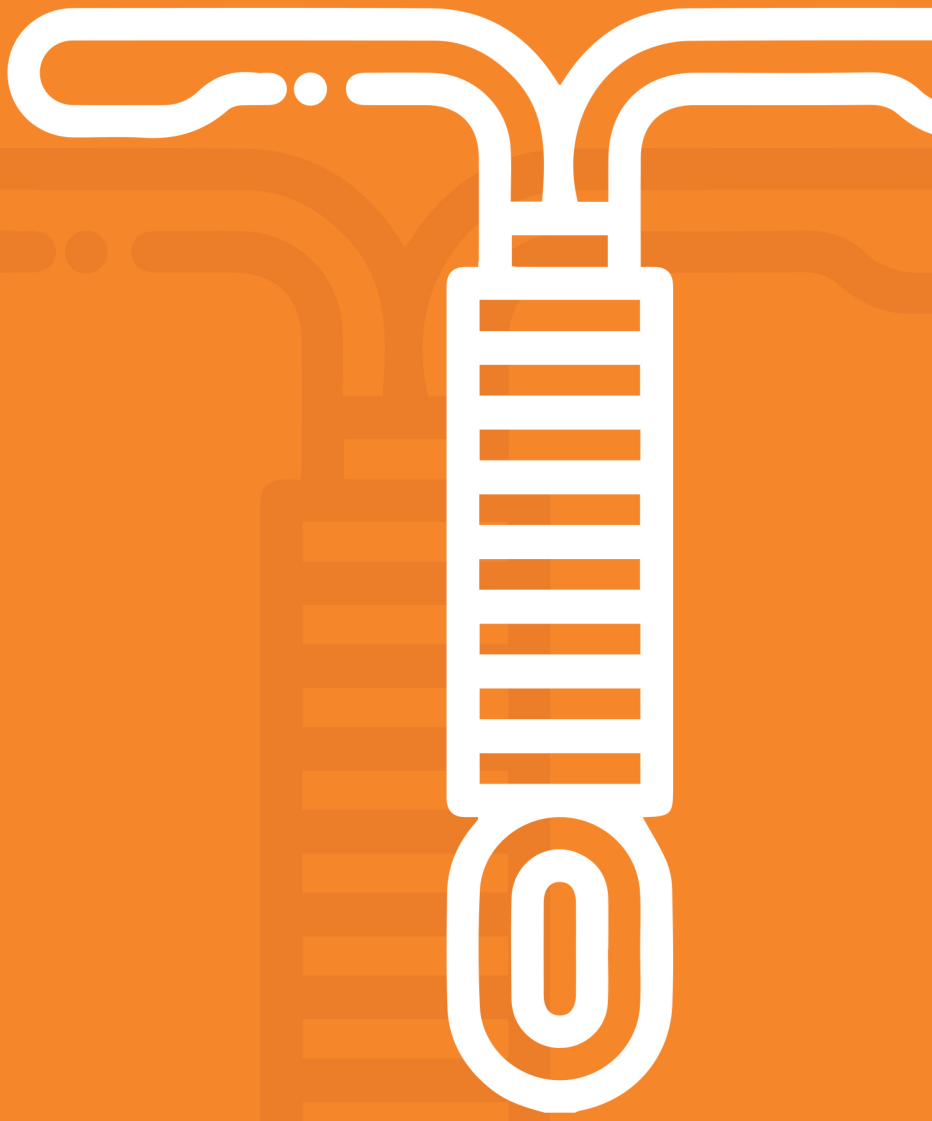
PLANIFICACIÓN FAMILIAR



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Breakthrough ACTION
FOMENTANDO EL CAMBIO SOCIAL Y DE COMPORTAMIENTO

VOLUMEN 2:
PLANIFICACIÓN FAMILIAR

María Elena Figueroa, PhD
Sandra Sáenz de Tejada, PhD
Carmen Cronin, MPH

Johns Hopkins University Center for Communication Programs
111 Market Place, suite 310
Baltimore, MD 21202, USA

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN..... 5

CUADRO 7: 6
Planificación familiar (PF)

CUADRO 8:..... 30
Espaciamiento de embarazos

CUADRO 9:..... 39
Demorar el primer embarazo

Figueroa, M. E., Saenz de Tejada, S., & Cronin, C. (2021). Revisión de literatura sobre nutrición, planificación familiar, búsqueda de servicios, higiene, y violencia. Johns Hopkins Center for Communication Programs.

This study is made possible by the generous support of the American people through the United States Agency for International Development (USAID). The contents are the responsibility of Breakthrough ACTION and do not necessarily reflect the views of USAID or the United States Government.
© Johns Hopkins University. All rights Reserved.

INTRODUCCIÓN

Este volumen contiene los resultados de la revisión de literatura sobre los tres comportamientos vinculados a la planificación familiar:

7. Uso de métodos de planificación familiar
8. Espaciamiento de los embarazos
9. Demorar el primer embarazo

La numeración de los cuadros en este volumen sigue la numeración original que aparece en el Resumen General. Los resultados se han organizado en forma de cuadros que contienen para cada determinante del modelo socio ecológico (MSE), el detalle de la información identificada. Cada cuadro representa un comportamiento específico y la información se organiza en dos columnas: la primera presenta los factores determinantes para cada nivel del modelo socio ecológico y la segunda columna presenta la información encontrada para cada uno de estos factores. Cada uno de estos textos representan **extractos** de los documentos originales que han sido **editados para facilitar la lectura y comprensión**. Algunos de estos extractos pueden referirse a más de un determinante y se asignaron al determinante considerado más pertinente. Al final de cada cuadro, se incluye información sobre i) intervenciones enfocadas al mejoramiento de la práctica en cuestión, y en algunos casos, las lecciones aprendidas, ii) datos sobre la conducta correspondiente u otra información relevante a dicha conducta, y iii) brechas de información. En algunos casos se incluyen citas notables y referencias a cuadros que ofrecen más detalle. Las filas en blanco significan que no hay información disponible para ese determinante. Una explicación del MSE, sus niveles y determinantes a cada nivel se puede encontrar en el Resumen General de la revisión de la literatura.

El nivel de detalle que se presenta en cada cuadro es copioso y se recomienda la lectura completa para conocer a profundidad los resultados de la revisión realizada y utilizar los hallazgos para definir o afinar estrategias de comunicación u otro tipo de intervenciones que reduzcan las barreras encontradas y aprovechen o magnifiquen los aciertos.

CUADRO 7: PLANIFICACIÓN FAMILIAR (PF)

INDIVIDUAL: COGNITIVO

- Conocimientos

- Más del 30% de todas las mujeres en los cinco países mesoamericanos no conocían ningún anticonceptivo moderno y, en promedio, conocían menos de dos. Los métodos hormonales de acción corta [SAHC, por sus siglas en inglés] fueron los más conocidos, oscilando entre el 83.3% (Nicaragua) y el 25.7% (Chiapas). En todos los países, los métodos tradicionales fueron reportados por el 6% de las mujeres. La anticoncepción de emergencia fue, en general, desconocida (Rios-Zertuche et al., 2017).

- Todas las personas en el Altiplano expresaron gran interés en aumentar la educación para adolescentes y adultos sobre el espaciamiento de los embarazos. La mayoría de ellas recomendó, específicamente, educar a los hombres, y la mitad sugirió educar a la pareja. El lugar principal para recibir información y acceder a métodos anticonceptivos es el puesto de salud. Otras fuentes incluyen promotores, hospitales urbanos, ferias de salud, familiares y amigos (Schultz et al., 2018).

- Frecuentemente se piensa que todos los métodos anticonceptivos podrían conducir al cáncer y a otras enfermedades; su uso se asociaba a un mayor riesgo de promiscuidad, esterilidad y problemas con los próximos embarazos. La falta de conocimiento contribuyó a la rápida interrupción al sentir las mujeres los efectos secundarios (Schultz et al., 2018).

- Los métodos anticonceptivos más conocidos en Santa Apolonia, entre las mujeres; son las pastillas, las inyecciones, el collar y el condón; la T de Cobre y “la operación” fueron poco mencionadas. Los hombres mencionaron una mayor diversidad de métodos. (Instituto Multidisciplinario para la Salud (IMSALUD), 2011).

- Entre jóvenes de 15 a 19 años, el 85% conoce al menos un método anticonceptivo moderno, cifra menor entre las mujeres sin educación e indígenas (60% y 70%, respectivamente). La calidad y la cobertura de la educación sexual son inadecuadas: sólo una de cada cuatro recibido alguna instrucción sobre PF y menos de 30% ha aprendido sobre salud reproductiva, incluyendo la menstruación y el VIH/SIDA. Los adolescentes en las zonas rurales y los que pertenecen a los estratos socioeconómicos más bajos tienen incluso menor acceso a una educación de calidad y atención médica (Dongarwar & Salihu, 2019; Figueroa et al., 2006).

- La mayoría de las mujeres en las aldeas había oído hablar de la PF y muchas dijeron que planeaban usarla en el futuro, pero al preguntarles qué método moderno de PF preferirían usar, muy pocas mujeres pudieron mencionar uno. Aunque la tercera parte dijo que se inclinaban por métodos “naturales”, ninguna pudo mencionar un método natural específico. Si bien el 85% de las ladinas podía detectar correctamente el tiempo de ovulación en el ciclo menstrual, solo la mitad de las mujeres indígenas lo sabía (De Broe et al., 2005).

- Los estudios en otros países de ingresos bajos y medios han encontrado que la mayoría de las usuarias de implantes inician su uso después del parto. En nuestro estudio, las mujeres en

esta situación tendían a elegir anticonceptivos hormonales de acción corta (SAHC, por sus siglas en inglés) en lugar de implantes y las nuevas usuarias de implantes tenían más probabilidades de haber sido usuarias de SAHC. Parecería que las mujeres con más experiencia en el uso de anticonceptivos están cambiando a anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC, por sus siglas en inglés) no debido a la insatisfacción con SAHC, sino porque desean de un método más eficaz cuando esté disponible (Austad et al., 2018).

- La influencia que las iglesias cristianas en Guatemala se ha documentado: el uso de anticonceptivos se asocia con el pecado mortal y las iglesias se aseguran de que los jóvenes no reciban información adecuada sobre los métodos modernos de PF (Wulifan et al., 2016).

- El conocimiento sobre la PF se asoció negativamente a la demanda insatisfecha y con el espaciamiento de embarazos. En los estudios cualitativos se encontró que tanto el conocimiento de la PF como la transferencia de conocimientos eran muy bajos para todos los métodos y más limitados entre los hombres que entre las mujeres. En los entornos donde el uso de PF está estigmatizado, como es el caso en Guatemala, el intercambio de conocimientos de PF entre mujeres es limitado (Wulifan et al., 2016).

- Actitudes, creencias

- Dentro de la cultura maya se cree que la fertilidad, el número de hijos, la muerte y la ocupación están predeterminados y que cada mujer nace con el número exacto de hijos que eventualmente concebirá. La utilización de la PF puede verse como una resistencia al plan predeterminado de Dios. Además, la influencia de la Iglesia Católica en la comunidad maya y su postura pro natalista juega un papel importante en la salud reproductiva y refuerza la creencia de que la maternidad está predestinada. En una encuesta, el 13% de las mujeres indígenas, contra el 4% de las ladinas, consideraron que el número ideal de hijos es “tantos como Dios quiera” (De Broe, 2005; Festa & Shirazian, 2018; Instituto Multidisciplinario para la Salud (IMSALUD), 2011; K. Ishida et al., 2012; P. K. Ishida et al., 2013; Richardson et al., 2016).

- Muchos mayas creen que la píldora puede causar un rápido aumento o pérdida de peso, por lo que a las mujeres les preocupaba que el cambio de peso revelara su uso de anticonceptivos, lo que les traería críticas de la comunidad. Los rumores sobre la PF se sustentan en historias de mujeres que fueron hospitalizadas o murieron después de usar métodos anticonceptivos modernos (Festa & Shirazian, 2018).

- En Jocotán los proveedores de PF dijeron que las madres ch’orti a menudo responden “hay suficiente tierra para enterrarlos (a los niños muertos)” cuando se les pregunta sobre su intención de usar la PF para reducir la mortalidad infantil (De Broe et al., 2005).

- Los jóvenes hablan con libertad sobre PF, pero el primer embarazo raramente es planificado y a veces se piensa que es dañino para una nulípara tomar cualquier tipo de anticonceptivos. Además, persiste la idea que la razón fundamental de la vida en pareja es la procreación, por lo que el primer embarazo lejos de ser evitado es anhelado (Saenz de Tejada & Figueroa, 2017).

- En Chimaltenango dicen elegir métodos que no afectan la salud de la mujer y que no interrumpe el trabajo de Dios, como “el collar, porque es un método natural, no tiene químicos y es algo que Dios nos ha dejado”. Sin embargo, la efectividad del collar depende del conocimiento adecuado de su uso. Las inyecciones no son apreciadas, pues se cree que reduce el tamaño del útero. “La operación” en el hombre o la mujer no la consideran una buena opción (Instituto Multidisciplinario para la Salud (IMSALUD), 2011).

- Valores

- Las familias jóvenes aspiran a poder invertir más en sus hijos, cuyo número se ha reducido gracias al mayor acceso a la PF. Esta inversión significa poder ofrecerles mayor escolaridad y un mejor cuidado: los niños son ahora más valorados y los padres buscan mejores condiciones para evitarles las mismas penurias que ellos pasaron (Saenz de Tejada & Figueroa, 2017).

- La familia ideal en Chiquimula es numerosa y trae 'felicidad' porque uno tiene compañía, y en comunidades agrarias, es una decisión económica pues se desea aumentar la mano de obra familiar. Pero la lógica de la familia numerosa está empezando a cambiar y se piensa que se puede atender mejor a una familia pequeña (Gillespie, 2018).

- Percepción de riesgo

- En Patzún la desinformación, el miedo a los efectos secundarios y la infertilidad eran frecuentes. A menudo, los efectos secundarios se conocían por la experiencia de otras mujeres, en ocasiones basadas en rumores. (Richardson et al., 2016).

- A pesar de la incompatibilidad entre la PF biomédica y la cultura maya, existe una demanda insatisfecha. Desde 2009 se encontró que el 19% de las mujeres sin escolaridad ya tenían más hijos que su número ideal, comparado con el 4,5% de las mujeres del nivel más alto de educación. Al momento del estudio, el 42% de las indígenas en unión expresaron que ya no deseaban tener más hijos, y el 31% de las mujeres casadas que no usaban anticonceptivos dijeron desear posponer o evitar un nuevo embarazo. Muchos mayas reconocen el riesgo de tener hijos más allá de su capacidad para proporcionar una atención adecuada. Para controlar su fertilidad muchos han recurrido al método del ritmo, método poco confiable y usado incorrectamente (Festa & Shirazian, 2018).

- Un estudio cualitativo en Guatemala destacó que las mujeres multíparas de entre 35-40 años tenían una mayor necesidad de métodos de espaciamiento: sentían que su salud se vería afectada al tener más hijos, poniendo también en peligro su capacidad económica para para alimentar y cuidar a los que ya tenían (Wulifan et al., 2016).

- Percepción de gravedad

- Percepción de las normas

- Autoimagen

- El fuerte estigma que rodea a las madres solteras puede motivar a algunas mujeres sexualmente activas que no están en unión a practicar la PF (Figueroa et al., 2006).

- Locus de control

- *"Ahora estoy usando la PF, pero el pastor no sabe que me estoy cuidando, aunque Dios lo sabe todo. Algunas mujeres lo hacen sin siquiera el conocimiento de su marido"* (Gillespie, 2018).

- La elección del método puede estar asociada a la intensidad del deseo de evitar un embarazo. Quienes están más motivadas a evitarlo tienen más probabilidades de usar el DIU, mientras que quienes desean simplemente posponer un próximo embarazo, o son más ambivalentes sobre su fertilidad, tienen más probabilidades de usar un método dependiente del usuario, lo que implica un mayor riesgo de descontinuar su uso (Barden-O'Fallon et al., 2008).

INDIVIDUAL: EMOCIONAL

- Respuesta emocional

Un factor clave para no usar o interrumpir el uso de los anticonceptivos es el miedo a los efectos secundarios, particularmente los hormonales (Schultz et al., 2018).

El menor uso de anticonceptivos y mayor demanda insatisfecha entre los indígenas, en su mayoría rurales, es en parte un legado de la brutal guerra civil. Los mayas a menudo desconfían de los programas de salud pública y, en cierta medida, los consideran parte de un complot ladino para disminuir a la población indígena. La población guatemalteca ha aumentado significativamente en las últimas décadas y la mayor parte de este aumento proviene de la población indígena y rural (Nichols & Farias, 2018; Schuler et al., 2015).

- Empatía

- Autoeficacia

Las características individuales de la mujer, incluidas las motivaciones para evitar el embarazo, la autoeficacia y la autonomía, están asociadas con la adopción y uso efectivo de anticonceptivos (Barden-O'Fallon et al., 2008).

Varios estudios cualitativos han encontrado que usualmente los hombres son los únicos que toman decisiones en cuanto al tamaño de la familia pero que, incluso en entornos machistas, las mujeres tenían estrategias específicas para mantener cierto nivel de autonomía sexual, como el uso secreto de anticonceptivos o formas de evadir contactos sexuales socialmente aceptables. Además, la evidencia cuantitativa, señala que contar con un ingreso independiente y un poder de decisión económico también les permite a las mujeres una mayor autonomía reproductiva (Wulifan et al., 2016).

INDIVIDUAL: SOCIAL

- Apoyo social

- Abogacía personal

Casi todas las mujeres de la cabecera municipal de Jocotán habían oído hablar de la PF. Más de la mitad se había enterado a través de un amigo, por la radio o en las unidades de salud pública de su localidad (De Broe et al., 2005)

HOGAR

- Madre, cuidadora

- Padre, pareja

Entre los mayas, el hombre es quien toma la mayor parte de las decisiones dentro de un hogar, incluidas las relacionadas a la salud reproductiva de su esposa, pero tienden a estar mal informados sobre la anticoncepción. Aunque más del 80% conocía la píldora y el condón masculino, muchos tenían percepciones negativas y creencias erradas, por lo que eran poco utilizados. Además, pocos conocen bien el uso correcto de los métodos naturales de PF: el

81% de ellos no pudieron indicar el momento en que su pareja estaría más fértil (Festa & Shirazian, 2018, FLACSO Guatemala 2015).

- La desaprobación del esposo fue la barrera más mencionada para la adopción de PF. Además, la presión social para tener hijos puede hacer que algunas mujeres oculten su uso de la PF, a veces incluso de sus maridos. En este contexto, combinado con opciones limitadas de PF, pueden llevar a algunas mujeres a usar y seguir usando métodos anticonceptivos que les causen reacciones adversas. (Richardson et al., 2016; Schultz et al., 2018).

- Para mejor apoyar a los hijos, varios padres mencionaron dos estrategias: la más mencionada fue poder generar ingresos suficientes; la otra, mencionada únicamente por los padres más jóvenes, se refiere a planificar cuántos hijos tener (Saenz de Tejada & Figueroa, 2017).

- En Jocotán, una madre cuyo recién nacido era muy delgado y había muerto, dijo que su hijo de un año seguía siendo muy pequeño: *"Por eso me decidí a la PF. Mi esposo dijo: "Hagámoslo, no queremos que nuestros hijos sufran"* (Gillespie, 2018).

- En Patzún el apoyo del esposo ayudó a resistir la presión y sanción social (Richardson et al., 2016).

- A los esposos no les gusta que sus esposas asistan solas a las clínicas por temor a que puedan llegar a tomar decisiones de forma unilateral: *"si es para planificar, es mejor que se oriente a la pareja, para que los dos podamos comprender"* (Instituto Multidisciplinario para la Salud (IMSALUD), 2011).

- Suegra, abuelas

- En Patzún una mujer explicó que pensaba diferente a su suegra: "ella *ya ha vivido su vida y nosotros no; apenas estamos comenzando, así que la conversación es solo entre nosotros dos".* Curiosamente, esta misma pareja, para aliviar la presión de la madre del esposo, le dijeron que usarían métodos naturales los cuales son menos rechazados. Varias mujeres dijeron que, aunque los suegros intentaran involucrarse en la decisión de la pareja de usar PF, esta era realmente una decisión de la pareja (Richardson et al., 2016).

- Comunicación familiar

- Toma de decisiones

- Los hombres mayas tienden a hablar poco con sus esposas sobre opciones de PF. Al preguntarles con qué frecuencia hablaban con sus parejas sobre PF, el 20% dijo que lo hacían frecuentemente, el 41% lo había hecho una o dos veces y el 39% nunca lo habían hecho (Festa & Shirazian, 2018). Resultados similares fueron reportados también en otras partes del Altiplano (De Broe, 2005, Schuler et al., 2015; Schultz et al., 2018; Wulifan et al., 2016).

- Como resultado de la cultura patriarcal que limita severamente la autonomía de las mujeres, la mayoría de ellas prefieren no tomar decisiones de PF por su cuenta, ante la amenaza de enfrentar el abuso verbal, físico o económico de su pareja. Los hombres sienten que sus esposas no tienen la capacidad intelectual o verbal para comunicarse eficazmente con los proveedores de salud y que pueden terminar con un método anticonceptivo que les haga daño (Festa & Shirazian, 2018; Maero & de León Alvarado, 2013).

- Algunos argumentan que la decisión sobre la PF es conjunta y se toma en pareja, otros plantean que la decisión la toma Dios, no la pareja. En algunos casos hay inconformidad con las mujeres que deciden planificar sin el consentimiento de su pareja, lo cual es fuente de conflictos para la familia (Instituto Multidisciplinario para la Salud (IMSALUD), 2011).

- Distribución de tareas

- Normas sociales

Las mujeres indígenas enumeraron la oposición de sus madres, suegras, ancianos de la comunidad y cónyuges como factores importantes que limitan su autonomía para tomar decisiones sobre PF. Hay un sentimiento entre los mayas de que quienes usan PF tienden a ser infieles y que muchas mujeres temen la posible crítica comunitaria y el ostracismo derivado de su uso. Parece claro que los entornos culturales, sociales y religiosos de las comunidades mayas en Guatemala desempeñan un papel importante en la promoción del estigma que rodea el uso de anticonceptivos y, en última instancia, actúan como una barrera para acceder al conocimiento y los servicios de PF (Festa & Shirazian, 2018).

- Violencia

En Patzún, tanto las enfermeras que han atendido a víctimas de violencia doméstica como mujeres dijeron que era común encontrar usuarias de PF sin la anuencia del esposo, con riesgos reales de reacciones violentas si éste si se entera (Richardson et al., 2016).

Las mujeres que sufren violencia corren un mayor riesgo de embarazos no planificados y complicados, abortos inseguros y otros trastornos ginecológicos, incluyendo ITS y VIH. No obstante, la PF y otros programas de apoyo social a menudo no abordan este importante determinante de la salud de las mujeres (Duffy, 2018).

- Apoyo y recursos

- Estimación de costos

Cuatro estudios cualitativos exploraron la influencia de la economía doméstica como un posible determinante de la demanda insatisfecha de la PF. En algunos entornos rurales, los hombres consideraban que el control de la natalidad afectaba negativamente la productividad de un hogar, al reducir el tamaño de la familia en contextos en que se depende de los ingresos agrícolas, así como por los gastos adicionales en que se podría incurrir en caso de tener efectos secundarios por el uso de anticonceptivos. Para las mujeres, en cambio, especialmente en entornos urbanos, la PF apoyaba a la economía doméstica, ya que los costos de la crianza de los hijos podrían controlarse mejor (Wulifan et al., 2016).

COMUNIDAD

- Líderes

La PF es un tema que se ha difundido y en todas las comunidades visitadas se informó sobre familias que están planificando, sobre todo las más jóvenes. “Ya no hay terreno”, justificó un líder de la Aldea Bella Vista, Colotenango; ante la ausencia de servicios de salud en esta comunidad, la población busca el consejo sobre PF con el director de la escuela. Aunque la PF está presente en las comunidades, sus efectos son diferenciados: mientras en San Cristóbal se habla de familias de 2 a 3 hijos, en Colotenango se dice que las familias han disminuido de 12 a 8 miembros (Ramírez et al., 2016).

En las comunidades de Chiquimula la PF es un tema controversial. Para algunas personas es pecado, mientras que para otras el tema no era tan sencillo. Varios líderes religiosos dijeron que estaban reflexionando sobre cuál era el peor pecado: el control de la natalidad o la muerte por desnutrición: *“no tener hijos o tenerlos con hambre”* (Gillespie 2018).

- Participación comunitaria

- Organizaciones

- Capital social

- Acceso a recursos

- Normas sociales

- Violencia

- Eficacia colectiva

Las redes sociales estrechas, las barreras lingüísticas, la discriminación y la mala calidad de los servicios de salud y educación entre los grupos indígenas siguen desempeñando un papel importante en su comportamiento reproductivo. La falta de comunicación y los prejuicios entre los diferentes grupos sociales a nivel micro impiden el flujo de información sobre la PF, restringiendo su propagación a través de la sociedad (De Broe, 2005).

En Chimaltenango existen dos posiciones en cuanto al uso de la PF: quienes la valoran consideran que ésta les permite atender mejor a cada uno de los hijos. Hay un sentir generalizado de que lo natural es lo mejor, dado que la PF puede traer enfermedades, *"muchas familias no planifican, porque para ellos tener un hijo es un regalo de Dios y los abuelos les han enseñado que es un pecado evitar tenerlos"* (Instituto Multidisciplinario para la Salud (IMSALUD), 2011).

Otras formas de control sobre el cuerpo y la sexualidad de las mujeres es la prohibición a la PF e incluso por acceder a servicios médicos. (Maero & de León Alvarado, 2013).

SERVICIOS

- Proveedores

Durante el trabajo de campo se observó que los proveedores de salud parecían tener bajas expectativas de la población rural: *"Las aldeas lejanas, allí las mujeres no entienden, pero creo que en las aldeas alrededor de Jocotán que son civilizadas las mujeres probablemente entienden estas cosas [PF]".* En su opinión, los factores socioculturales siguen siendo la barrera principal para la adopción de la PF (De Broe, 2005).

Según los proveedores de PF, los métodos disponibles tienen efectos secundarios que son inaceptables para la población indígena analfabeta: la Depoprovera causa trastornos menstruales, la píldora es impopular porque los hombres ch'orti creen que facilita la infidelidad. (De Broe et al., 2005).

Hay casos de discriminación de parte del proveedor cuando deja de prestar un servicio; un estudio que encontró que el 13% de ellos no ofrecen anticonceptivos sin el consentimiento de su esposo. Otro estudio señaló que a menudo los condones no se vendían a las adolescentes mayas debido a su edad, género y etnia (Steinhaus et al., 2019).

Algunas adolescentes dijeron que la actitud prejuiciosa del personal de salud sobre su condición las expuso a recibir malos tratos y a la falta de información oportuna sobre su salud, la de su recién nacido y sobre la PF (FLASCO Guatemala, 2016).

Aunque los DIU están disponibles de forma gratuita, los proveedores de salud no siempre los ofrecen y los rumores desalientan su uso y las intervenciones dirigidas a la oferta no han

mejorado su aceptación. La reciente introducción de implantes abre una nueva posibilidad para las mujeres pobres. El procedimiento de inserción más simple y los efectos de acción prolongada pueden fomentar un mayor uso (Rios-Zertuche et al., 2017).

- Suministros

- El sector público es la mayor fuente de servicios de PF en Guatemala y ofrece a las mujeres una variedad de métodos gratuitos. La calidad de los servicios de PF es cuestionable y las clínicas públicas tienen desabastecimientos frecuentes, particularmente en áreas rurales e indígenas. Si bien se proporciona información sobre varios métodos, a menudo el método deseado no está disponible. La colocación y extracción de métodos LARC no se ofrecía diariamente, sino que se proporcionaba a través de misiones intermitentes coordinadas por centros de salud (Nandi et al., 2020; Santiso-Galvez et al., 2015).

- En el suroeste, los inyectables de tres meses fue el método de PF más frecuente porque es el más disponible y discreto, seguido de las píldoras. La esterilización permanente también se mencionó como una opción disponible en las ferias de salud o a través de hospitales urbanos, a menudo en el entorno posparto o después de una tercera cesárea. Los métodos menos utilizados fueron el Jadelle, el DIU y los métodos naturales (Schultz et al., 2018).

- Cinco estudios cuantitativos examinaron los determinantes agrupados a nivel de servicios de salud, tales como el acceso a la información de PF, el acceso a los servicios de PF o la disponibilidad de métodos LARC. Se encontró que se asociaban negativamente con la demanda total insatisfecha de PF, pero también con la demanda insatisfecha de espaciamiento (Wulifan et al., 2016).

- Acceso

- Cuando se les preguntó de dónde obtendrían sus métodos de PF, la mayoría de las mujeres de Jocotán de ambos grupos étnicos dijeron que irían a las clínicas públicas o al APROFAM. Las ladinas se inclinaban a consultar al médico privado para la PF y tendían a conocer mejor dónde obtener los métodos de PF que las madres indígenas (De Broe, 2005).

- La mayoría de las mujeres (81%) en comunidades en Huehuetenango sin un programa de salud comunitaria dijeron no usar PF, mientras que aproximadamente la mitad (56%) de las mujeres en comunidades con este programa dijeron usarla (Little et al., 2019).

- Luzmilda esperaba evitar su embarazo actual: “Fui a ponerme la inyección, pero el centro estaba cerrado, y justo al mes siguiente me quedé embarazada de nuevo”. (El centro está a una hora a pie de la colina, y el personal a menudo está ausente debido a las actividades programadas en otros lugares) (Gillespie, 2018).

- Según datos nacionales, entre el 49% de las mujeres que actualmente usan un anticonceptivo moderno, el 7% usa un método LARC. Un programa de PF que eliminó múltiples barreras al proporcionar una gama completa de métodos sin costo, en lugares remotos y por proveedores culturalmente competentes, por el contrario, mostró que la mayoría (79%) de las mujeres que deseaban PF eligieron un método LARC. Este hallazgo confirma que en países de ingresos medios y bajos las barreras de acceso, en oposición a la simple preferencia de la usuaria por SAHC, son una causa importante de la baja utilización de LARC (Austad et al., 2018; Harrison et al., 2019).

- El costo podría ser un problema para la población indígena pobre. A pesar de que las clínicas públicas tienden a ofrecer atención de mala calidad, siguen siendo el servicio más importante para los pueblos indígenas porque es gratuito. (De Broe et al, 2015, Nandi et al., 2020). Los métodos de PF están disponibles en farmacias y en el hospital, pero su costo es una

barrera significativa (Schultz et al., 2018).

- Los resultados de análisis multivariados sugieren que una parte estadísticamente significativa de las diferencias étnicas en el uso de los servicios de parto institucional y la demanda satisfecha de anticonceptivos modernos no puede explicarse por barreras lingüísticas o diferencias étnicas en el nivel socioeconómico y residencia rural. Los estudios cualitativos señalan que los contextos sociales y culturales son factores importantes en el uso de los servicios biomédicos por parte de las mujeres indígenas y ladinas (K. Ishida et al., 2012).

- La alta proporción de indígenas que reciben APN sugiere que se podría aumentar su uso de parto institucional y de PF si se integraran aún más los tres servicios. Las madres que asisten a APN tienen más probabilidades de usar PF que las que no lo hacen. (Ishida et al., 2012).

- En Guatemala es un desafío continuo mejorar la coordinación entre los diferentes proveedores de PF para eliminar las inequidades de acceso a los servicios basados en el nivel educativo, origen étnico e ingreso, particularmente en las zonas rurales. El sistema de salud primaria no proporciona una cobertura adecuada en el Altiplano, donde reside la mayoría de la población indígena (Santizo et al., 2015).

- El programa de distribución comunitaria [CBD por sus siglas en inglés] creció rápidamente. Los promotores recibieron capacitación intensiva y apoyo de APROFAM, recibiendo el 40% de los ingresos recaudados por la venta de anticonceptivos. El CBD sigue siendo un importante modelo de prestación de servicios para el MSPAS (Santiso-Galvez et al., 2015).

- La intensidad del uso de servicios de salud materno infantil se asocia positivamente con el uso de anticonceptivos entre las mujeres guatemaltecas. (Seiber et al., 2005).

- Las razones para no usar un método de PF van desde el desconocimiento, la inaccesibilidad, por estar embarazadas y el no querer usarlo (FLACSO Guatemala 2016, Harrison et al., 2020). Las mujeres con menores probabilidades de usar anticonceptivos son aquellas con más embarazos, las que viven lejos de un servicio de salud y las que provienen de hogares extremadamente pobres (Rios-Zertuche et al., 2017).

- En América Latina el acceso de las adolescentes a la PF es muy limitado. Los protocolos son inconsistentes y no hay suficientes proveedores de atención capacitados, en especial para las muy jóvenes. Los hombres jóvenes están también desatendidos, reciben poca educación sobre salud sexual y reproductiva; además, ellos no consideran que la prevención del embarazo o la crianza de los hijos sean su responsabilidad (Sánchez, 2019).

Comunicación interpersonal

- Una explicación posible, aunque especulativa, podría ser que las enfermeras en el programa aquí examinado hubiesen proporcionado una consejería de alta calidad, lo cual podría haber reducido el temor hacia los efectos secundarios menores de SAHC y alentar el uso de estos métodos. (Austad et al., 2018).

- El uso efectivo de la PF se vuelve cada vez más importante a medida que aumenta la prevalencia de anticonceptivos y disminuye el tamaño deseado de la familia. Este estudio encontró una gran proporción de fallas del método anticonceptivo. Si se asume que estas mujeres no son usuarias ambivalentes, el hallazgo indica que se debe mejorar los servicios de PF para reducir los embarazos inoportunos y no deseados, incluyendo una mejor consejería

(Barden-O'Fallon et al., 2008).

- Entre las mujeres indígenas la PF se ve muy afectada por varias barreras socioculturales, especialmente el idioma, pues pocos proveedores hablan ch'orti. Además, la larga historia de discriminación que han sufrido los ch'orti hace que las mujeres sean reacias a consultar sobre temas de salud reproductiva (De Broe, 2005).

- En 2009 el MSPAS presentó recomendaciones para la incorporación de creencias y prácticas mayas en la APN. La guía carece de una sección sobre sensibilidad cultural y sobre la anticoncepción, lo que no permite mejorar la sensibilidad cultural de los servicios de PF. La implementación de atención culturalmente pertinente y no discriminatoria es vital, ya que existe una alta prevalencia de creencias erróneas sobre la PF entre la comunidad maya. Sin la confianza y la comunicación que se desarrolla como resultado de la atención culturalmente sensible, seguirá habiendo barreras para erradicar la desinformación y reeducar a la comunidad sobre los beneficios de varios métodos de PF (Festa & Shirazian, 2018).

- Algunas mujeres indígenas no hablan español. En lugar de utilizar un traductor capacitado, muchos proveedores le piden a otro miembro de la familia, otro paciente o incluso a un guardia de seguridad que ayude con la traducción. Uno puede imaginar los problemas de privacidad que esto supone, inhibiendo a algunas mujeres a revelar su historial sexual o a preguntar sobre su salud reproductiva (Festa y Shirazian 2018; Nandi et al., 2020).

- La consejería en las unidades de salud es crucial para satisfacer la demanda insatisfecha, especialmente en países con bajas tasas de prevalencia como Guatemala. (Rios-Zertuche et al., 2017).

- Las historias de las pacientes señalan la existencia de sesgo étnico en los servicios de PF del sector público en Guatemala. Una indígena relató que ella esperaba tener más hijos, pero que los médicos del hospital público "no lo permitieron" y la llevaron a firmar el formulario de consentimiento para la ligadura de trompas por haber tenido dos cesáreas previas. Otra mujer contó que, durante su último parto, los médicos le preguntaron repetidamente por qué no aceptaba la esterilización quirúrgica y le interrogaron sobre los medios que tenía para mantener a sus hijos (Nandi et al., 2020).

- Destrezas técnicas

- Los desafíos más grandes en la prestación de servicios de PF parecen ser cumplir con la cantidad y calidad de los suministros y de los materiales de información, pero también garantizar la destreza del personal (Wulifan et al., 2016).

- Se han establecido 14 centros de capacitación en anticoncepción quirúrgica en siete áreas de salud y siete hospitales. Desde el año 2000, más de 15,000 personas han sido capacitadas para proporcionar servicios y consejería de PF, incluyendo, médicos, enfermeras y personal del PEC. El programa produjo videos de capacitación interactivos y material de ICC para el cambio de comportamiento (Santiso-Galvez et al., 2015).

- En los primeros seis meses después del parto, el uso de métodos orales combinados puede disminuir la producción de leche, afectando la duración de la lactancia materna y el crecimiento del recién nacido. Es crucial explicar esta información a todo el personal médico y de enfermería y sugerir el uso de la píldora solo de progestágeno en lugar del anticonceptivo oral combinado (Kestler et al., 2011).

- El método anticonceptivo menos ofrecido y solicitado en los hospitales públicos a nivel

nacional fue el DIU. Es ampliamente conocido que el DIU se puede insertar dentro de las 48 horas posteriores al nacimiento, pero la inserción idealmente debe hacerse dentro de los 10 minutos posteriores a la expulsión de la placenta, cuando el riesgo de expulsión del DIU es menor (Kestler et al., 2011).

- Calidad

- Varios estudios han demostrado que hay poca diferencia de acceso físico a los servicios de PF entre la población mayas y ladina, pero que puede haber diferencias en la calidad de los servicios que se ofrecen en estos lugares (Festa & Shirazian, 2018).

- Muchas clínicas de PF no ofrecen servicios culturalmente pertinentes, carecen de privacidad y no toman en cuenta las necesidades de las mujeres indígenas. Como resultado, muchas mujeres salen de estas clínicas sin información sobre sus opciones de salud reproductiva (Festa & Shirazian, 2018).

- La calidad del servicio en las clínicas estatales es tan deficiente que algunas mujeres prefieren viajar más lejos y consultar las clínicas privadas de APROFAM. Un estudio en 2002 encontró que las clínicas de APROFAM eran la instalación más cercana para sólo el 7% de las encuestadas, pero que el 48% de ellas utilizaron sus servicios. Sin embargo, debido a la disminución del apoyo de los donantes, los precios de APROFAM dejaron de ser accesible para las mujeres indígenas más pobres. (Festa & Shirazian, 2018).

- Muchas indígenas sienten que sus proveedores ladinos las tratan mal debido a su origen étnico y a su dificultad para hablar español; sienten que no entienden sus necesidades y no confían en los servicios ni en la información que brindan. Un estudio reciente mostró que muchos proveedores ladinos tienen actitudes discriminatorias hacia las indígenas, las consideran menos inteligentes y capaces de entender y usar adecuadamente los métodos de PF. Muchos proveedores ladinos admitieron retener información sobre ciertos métodos, ya que sentían las mujeres indígenas no podrían entenderla (Festa & Shirazian, 2018).

- Cinco estudios identificaron la falta de confianza hacia los proveedores de PF como un factor contribuyente a la demanda insatisfecha. Las usuarias de los servicios de PF dicen ser tratadas con grosería, tener una confianza limitada en sus destrezas clínicas y en garantizar la confidencialidad de sus pacientes, señalan la mala distribución de los puntos de atención de PF y que la consejería no se proporciona en idiomas locales. Además, los hombres se quejan que los servicios de PF se dirigen principalmente a las mujeres, quedando ellos excluidos o poco apreciados (Wulifan et al., 2016).

- Productos, tecnologías

ESTRUCTURAL

- Pobreza

- Transporte

- Empleo

- Geografía

- Educación, edad

- El uso de métodos anticonceptivos modernos ha aumentado significativamente entre adolescentes, pero sigue siendo bajo. Entre 1987 y el 2002 no hubo cambios en la edad de la primera relación sexual, primera unión o primer nacimiento entre los adolescentes. Los adolescentes de mayor escolaridad y un nivel socioeconómico más alto tenían mayores probabilidades de haber utilizado un método moderno, aunque en ninguno de los grupos su uso estuvo por arriba del 10% (Samandari & Speizer, 2010).

- Por ley, el Mineduc debe proporcionar a los estudiantes información apropiada para su edad sobre SSR, pero la ley no siempre se cumple. A pesar del apoyo recibido para producir materiales de IEC, estos no han sido utilizados dada la falta de apoyo de las autoridades de alto nivel. La escuela aún tiene una deuda pendiente con las adolescentes para ofrecer educación integral en sexualidad, incluyendo la prevención de la violencia sexual (FLASCO Guatemala, 2016; Santiso-Galvez et al., 2015).

- Quienes menos usan anticonceptivos son las mujeres de 15 a 19 años y mujeres de 30 a 34 son quienes más los usan (Rios-Zertuche et al., 2017).

- Las mujeres más jóvenes tenían más probabilidades de tener un intervalo de intergenésico más corto que las mujeres mayores, posiblemente porque las mujeres mayores pueden haber alcanzado el número de hijos deseado y estar más interesadas en la PF. En nuestra población estas mujeres mayores son más propensas a usar la esterilización, disponible en el hospital más cercano a una hora de distancia (Harrison et al., 2020).

- Exploramos las características demográficas y clínicas de nuestra población que se correlacionaban con el uso de LARC. Encontramos un uso más alto entre mujeres de más edad, pero la paridad no fue estadísticamente significativa (Austad et al., 2018).

- Etnicidad

- Las desigualdades estructurales que enfrentan las mujeres mayas, incluida la pobreza, el aislamiento rural y las barreras lingüísticas, están bien documentadas y explican, al menos en parte, las disparidades en la salud reproductiva. Por ejemplo, el 54% de las adolescentes indígenas dijeron no haber utilizado PF, frente a un 79% de las adolescentes ladinas (FLASCO Guatemala, 2016; Nandi et al., 2020; Rios-Zertuche et al., 2017).

- Las primeras investigaciones sobre PF en Guatemala mostraron brechas persistentes entre ladinas e indígenas en conocimiento y prácticas, particularmente en las áreas rurales. Estas tendencias se han monitoreado a lo largo del tiempo, mostrando brechas crecientes, aunque aún no queda claro a qué se deben. En un principio se pensó que era por a diferencias de acceso, pero esta hipótesis fue refutada más tarde al analizar los datos del hogar con los datos a nivel de las unidades de atención, el cual mostró que la distancia física a los proveedores de PF no era significativamente diferente entre ladinas e indígenas. También se encontró que una gran mayo-ría de las usuarias de PF obtenían el método de una unidad de salud distinta a la más cercana a su hogar, también sugiriendo que el acceso no es el factor decisivo (Richardson et al., 2016).

- La calidad de los servicios podría explicar el acceso diferencial, ya que los mayas reciben servicios discriminatorios en instalaciones inferiores y por proveedores que raramente hablan su idioma. A pesar de que se ha establecido que no hablar español representa la mayor parte de los diferenciales étnicos en la demanda satisfecha de anticonceptivos modernos, hay una diferencia residual en el uso de éstos entre indígenas y ladinas que no puede explicarse por ninguno de los factores cuantitativos. Probablemente se relaciona con influencias sociales y culturales que no son posibles de capturar cuantitativamente (Richardson et al., 2016).

- Normas sociales

- Medios masivos

- Infraestructura de WASH

- Migración

- Seguridad

- Agricultura

- Seguridad alimentaria

- Sistemas de salud

Las mujeres mayas tienen casi el doble de probabilidades de tener demanda insatisfecha de anticoncepción que las ladinas y tienen más probabilidades de satisfacer esa necesidad con métodos de acción corta en lugar de LARC (De Broe, 2005, Austad et al., 2018)

Las normas culturales con relación a la reproducción son factores contribuyentes importantes de la demanda insatisfecha de PF. Las fuertes tradiciones patriarcales, una mayor valoración para niños que para las niñas, y principalmente las prácticas rurales que garantizan la seguridad económica o social basada en el tamaño de las familias grandes incide en la expectativa que las mujeres tengan muchos hijos (Wulifan et al., 2016).

En la Aldea San Ramón, San Cristóbal Totonicapán el Cuerpo de Paz realizó una campaña sobre la PF, la cual, en un contexto de alta migración masculina ha producido disminución en la matrícula escolar asociada a menor número de niños en la comunidad. Como describió una madre, "Ya no hay marido, ya no hay patojos". (Ramírez et al., 2016).

En 2010 Guatemala gastó el 7% del PIB en salud, US$327 por persona. Del gasto total en salud, el 35% está cubierto por el gobierno, el 65% por fuentes privadas, de las cuales la mayor parte [81%] es "del bolsillo". La disminución del gasto gubernamental en salud limita el acceso a los servicios para los más pobres y amenaza la estabilidad de las familias que viven por encima de la línea de pobreza, pero no ganan lo suficiente para cubrir los gastos de salud de bolsillo (Santiso-Galvez et al., 2015).

Hasta el año 2000 el principal proveedor de métodos modernos fue el sector de las ONG, cubriendo el 70% del mercado. Sin embargo, desde que el gobierno comenzó a proporcionar un apoyo más sistemático a la PF a partir de 2000, las funciones se han invertido. El uso de los servicios del sector público ha aumentado al 60% de los usuarios: el MSPAS (51%) y el IGSS (9%). El sector privado/ONG cubre desde entonces solo el 38% del mercado, liderado por el APROFAM (16%) y las farmacias privadas (12%). Una encuesta reciente en 30 municipios en el Altiplano muestra que el 80% de las usuarias de PF obtienen sus métodos del MSPAS (Festa & Shirazian, 2018; Santiso-Galvez et al., 2015).

La prestación de servicios de PF se ha ampliado, logrando avances significativos, debido en parte a la disponibilidad de más información, a una creciente aceptación de la PF dentro de las comunidades y una consejería que busca equilibrar las necesidades de la población con un enfoque multicultural y de género, basado en el derecho individual a decidir libremente el número y el espaciamiento de sus hijos. La promoción y el cabildeo de las mujeres indígenas y ladinas en diferentes áreas del país también han sido fundamentales. Se destaca entre estos grupos la ALIANMISAR, una red de organizaciones compuesta por unos 200 grupos de mujeres indígenas quienes, con el apoyo de USAID, promueve los servicios de SSR basados en la comunidad. Sin embargo, queda pendiente resolver las deficiencias en el sistema logístico y de adquisición de productos básicos. Un segundo desafío se relaciona con las

barreras institucionales y médicas, como los sesgos de los proveedores. Aunque éstos han recibido capacitación, algunos carecen de sensibilidad hacia el derecho de las usuarias a recibir información completa adaptada a su nivel de educación, origen étnico y condición social (Santiso-Galvez et al., 2015).

- Gobernanza

Después de años de controversia en torno a PF y salud reproductiva, a partir del 2014 Guatemala contó con un marco legal robusto para la PF. La sociedad civil ha aumentado su participación y el gobierno ha destinado recursos financieros para la PF. USAID continuó apoyando los esfuerzos para ayudar al gobierno a abordar las posibles barreras relacionadas con la adquisición de anticonceptivos y los marcos regulatorios. Sin embargo, el monitoreo cuidadoso de las regulaciones y procedimientos actuales es esencial para garantizar el cumplimiento de las leyes y planes nacionales (Santiso-Galvez et al., 2015).

En 2009 el gobierno formó la Comisión Nacional para la Seguridad Anticonceptiva. Este programa está dirigido el MSPAS y tiene la intención de desarrollar mecanismos para obtener anticonceptivos asequibles para las mujeres y asignar fondos gubernamentales para la PF. Cuenta con una Estrategia de segmentación del mercado y una Estrategia Nacional de Planificación Familiar, 2014–2020, establece metas para la prevalencia de anticonceptivos y la demanda insatisfechas, así como objetivos intermedios para el financiamiento y la disponibilidad de productos anticonceptivos, prestación de servicios, y calidad. Aunque la creación de esta comisión es un paso en la dirección correcta, la continua mala gestión de fondos y el uso ineficiente de los recursos han impedido que esta iniciativa alcance su potencial (Festa & Shirazian, 2018).

La falta de compromiso gubernamental con las políticas de PF significa que los esfuerzos del programa hasta ahora han sido insuficientes para superar las barreras socioculturales que enfrentan los pueblos indígenas, así como por el trato y actitudes de los proveedores de servicios hacia ellos (De Broe, 2005).

INTERVENCIONES

- Enfoque

Este proyecto, implementado por Maya Health Alliance (MHA), está diseñado para superar las barreras de acceso físico y cultural que enfrentan las mujeres mayas para recibir servicios de salud en las clínicas públicas. MHA ofrece educación anticonceptiva a través de clases grupales y consejería individual para mujeres. Las enfermeras indígenas bilingües administran todos los métodos anticonceptivos, incluidos los implantes y los DIU, sin costo, a través de clínicas móviles y visitas domiciliarias programadas (Austad et al., 2018).

En 2012 se publicaron los resultados de una prueba de campo cuyo objetivo fue probar si la promoción de la equidad de género en el contexto de la PF entre la población rural conduciría a un mayor uso de anticonceptivos y actitudes de género más igualitarias. En 30 comunidades en el Altiplano se invitó a mujeres y hombres indígenas a talleres cuyo objetivo era llevar a la reflexión sobre género, ejercicios de comunicación de pareja y la toma de decisiones compartida sobre el uso de la PF. La intervención creó actitudes más igualitarias de género y un mayor conocimiento de los métodos anticonceptivos (Festa & Shirazian, 2018).

En 2016, la USAID y PSI implementaron en el Altiplano otro programa transformador de género, en el que se convocó a un amplio grupo de participantes, incluyendo comadronas,

para pensar críticamente sobre las normas de género en el contexto de la PF y cómo estas normas afectan el bienestar de los miembros de su comunidad. El programa incluyó a medios de comunicación locales para resaltar la responsabilidad compartida de hombres y mujeres en la gestión de las finanzas familiares, la salud y educación de los niños y la PF (Festa & Shirazian, 2018).

Nuestro primer paso para enfrentar el sesgo del proveedor fue seleccionar un enfoque de consejería para combatir todos los tipos de sesgos. Implementamos un enfoque compartido de toma de decisiones en la consejería que prioriza la autonomía, el control y las experiencias personales al aclarar primero las preferencias de la usuaria y guiarla al método de "mejor ajuste" (Nandi et al., 2020).

El proyecto Madres Sanas proporciona cuatro visitas prenatales y dos postnatales a las mujeres en sus hogares. Inició en 2011 y ha priorizado la educación anticonceptiva para abordar las barreras de la falta de conocimiento y el miedo a los efectos adversos. El proyecto es impartido por enfermeras de salud comunitaria, quienes se movilizan en parejas para servir a comunidades específicas, cinco días a la semana (Harrison et al., 2019).

En las comunidades de estudio las barreras para el uso de los LARC incluyen la falta de aprobación conyugal, la dificultad para acceder a los métodos anticonceptivos, la falta de conocimiento y el miedo a los efectos adversos. Planteamos la hipótesis de que llevar anticonceptivos a los hogares aumentaría el uso de implantes. Para los grupos de intervención, las enfermeras ofrecieron preservativos, píldoras, inyectables e implantes, así como todos los materiales necesarios para administrarlos. Los anticonceptivos se ofrecieron sin costo. Antes de ofrecer estos métodos, las pacientes fueron examinadas utilizando criterios de elegibilidad médica. Durante la visita posparto [40 días después del parto], a las mujeres se les tamizó y ofreció participar en el ensayo. Quienes consintieron recibieron anticonceptivos en su hogar, seguido de un año de observación de sus decisiones anticonceptivas y reproductivas; el grupo intervención recibió implantes. Se brindó atención posparto de rutina a las mujeres en los dos grupos y educación anticonceptiva integral (Harrison et al., 2019).

El Proyecto Red Segura, promovido por PASMO y que operaba a través de médicos privados, se ofrecieron servicios ginecológicos de calidad, DIU e implantes a precios asequibles en cumplimiento de las normas y protocolos internacionales (Santiso-Galvez et al., 2015).

La intervención de APROFAM en el 2012 abordó las normas de género relacionados con la sexualidad y la PF, involucrando a las parejas en entornos comunitarios, con la autorización de los líderes locales. El objetivo de este trabajo fue investigar los efectos de la intervención en tres resultados: actitudes de género, conocimiento de la anticoncepción moderna y uso de anticonceptivos. La intervención consistió en seis sesiones con parejas durante un mes: dos para los hombres, dos para las mujeres y dos para ambos. Cerca de 1200 personas participaron en los talleres, un promedio de 20 parejas en cada una de las 30 comunidades. APROFAM realizó clínicas móviles en todos los sitios, poco después de que se completaron los talleres (Schuler et al., 2015).

- Resultados

Posiblemente habríamos logrado una mayor utilización de los servicios de PF de haber proseguido el PEC. Los resultados más exitosos fueron aquellos donde el proyecto pudo satisfacer la demanda que había creado, tales como prácticas domésticas y atención materno y neonatal en sus Casas Maternas (Perry et al., 2016).

La mayoría de las usuarias eligieron un LARC (79%), especialmente los implantes (98%)

y de quienes eligieron un SAHC prefirieron los inyectables (97%). En general, el 75% de las mujeres habían usado anticonceptivos previamente, pero solo el 5% había usado LARC. La mayoría de quienes eligieron implantes ya habían usado SAHC (50%), mientras que quienes nunca habían usado PF eligieron principalmente los inyectables (Austad et al., 2018).

El 50% de las mujeres que dijeron haber usado SAHC alguna vez en su vida (n = 205) estaban insatisfechas con el método, pero esto no predijo la transición a LARC. La mayoría de las mujeres experimentaron cambios menstruales (87%) u otros efectos secundarios (41%) mientras usaban SAHC, pero esto tampoco se correlación con el uso de LARC, ni siquiera entre el subconjunto de mujeres que interrumpieron SAHC específicamente por estos efectos secundarios. Las mujeres que suspendieron SAHC para quedar embarazadas tuvieron más probabilidades de regresar estos métodos después del parto. En el modelo final de regresión, solo el uso actual de anticonceptivos y la edad se correlacionaron significativamente con la aceptación de LARC (Austad et al., 2018).

Entre todas las mujeres que usaron anticonceptivos en el año anterior al embarazo, la razón principal para la interrupción fue el deseo de quedar embarazadas (45%); la falla del método anticonceptivo representó el 32% de las interrupciones (Barden-O'Fallon et al., 2008).

Según un análisis de regresión logística, las probabilidades de que las indígenas utilicen la PF son un 64% más bajas que para las ladinas después de controlar el nivel educativo, el estado civil y el apego a la tradición. La edad en el primer parto, paridad, trabajo fuera de casa y condiciones de vida no fueron estadísticamente significativas. Las indígenas ch'orti, que en esta región eran mayoría, mostraron una gran variación en su aceptación de la PF (30% en Jocotán cabecera y 1% en las aldeas). (De Broe, 2005).

Dado el bajo uso de LARC en América Latina se ha llamado a aumentar su disponibilidad y consejería. En nuestro estudio, casi un tercio de las mujeres (28%) optaron inicialmente por un implante LARC. Nuestro trabajo ha demostrado que la consejería y un mejor acceso ha aumentado su aceptación (Harrison et al., 2019).

Las guatemaltecas han preferido principalmente (72%) los inyectables en el posparto. Los grupos de intervención tuvieron una mayor tasa de uso de anticonceptivos, pero en toda la población del estudio su uso a los tres meses posparto fue del 67%. Las tasas significativamente más altas en los grupos de intervención se debieron al uso de implantes. En estos grupos, las tasas de uso continuado variaron del 50 al 90%, con la cifra más alta entre las usuarias de implantes, el 90% de las cuales se sentía satisfecha. En los grupos control, entre las mujeres que iniciaron un método a los tres meses, el 95% estaba satisfecha con su elección (Harrison et al., 2019).

El 90% de las mujeres posparto recibió consejería sobre PF y el 31% inició la anticoncepción efectiva al salir del hospital, con diferencias por tipo de nacimiento: 29% entre las que tuvieron parto y 38% entre quienes tuvieron una cesárea. El uso efectivo de anticonceptivos después del parto aumentó del 13% en 2006 al 31% en 2007; en los casos de cesárea, el aumento fue del 25% al 40%. Solo el 1% de los hombres se sometió a una vasectomía mientras las mujeres estaban en el hospital. El uso efectivo de anticonceptivos fue mayor en los hospitales distritales (43%) que en los hospitales regionales (26%) y departamentales (28%), tanto para las mujeres que tuvieron parto como cesárea (Kestler et al., 2011).

Los talleres lograron algunos cambios de actitud, tanto entre mujeres como entre hombres, especialmente en cuanto a la comunicación de pareja, los derechos de la mujer y la

responsabilidad de los hombres. No se hizo referencia específica a la iglesia en ninguna de las sesiones del taller, pero hubo un fuerte énfasis en la responsabilidad personal y los beneficios de la PF. Los cambios en el grupo control fueron más modestos (Schuler et al., 2015).

- Se encontró un aumento sustancial en el uso de anticonceptivos modernos en las comunidades de intervención: 11 puntos porcentuales en un intervalo de menos de 2 meses. Este es un gran aumento, notable incluso si hubiese ocurrido a lo largo de un año. Estos resultados apuntan a que los talleres posiblemente influyeron en el uso de anticonceptivos modernos, pero su uso ha ido en aumento en la población general (Schuler et al., 2015).

- Hubo un efecto sustancial en el conocimiento de los métodos anticonceptivos, en parte debido a que en los talleres se entregó un folleto que explicaba los diferentes métodos disponibles. Además, los promotores de APROFAM señalaron que después de los talleres hubo un aumento del interés en aprender más sobre los métodos anticonceptivos disponibles. Por lo tanto, parece que los participantes se interesaron en leer los folletos y buscaron más información sobre la PF (Schuler et al., 2015).

Recomendaciones

- La tasa total de fecundidad no deseada en Guatemala se vería reducida en un 44% si se evitaran la falla y la interrupción en el uso de los anticonceptivos. Por eso se recomienda centrarse en mejorar su uso continuo, en lugar de tratar de convencer a las no usuarias de que los adopten. Se debe ampliar las opciones para facilitar cambiar de método, de modo que las mujeres que experimentan problemas con un método puedan continuar usando otro. También se podría capacitar mejor a los proveedores para que a las usuarias se les ofrezca un método apropiado basado en sus objetivos de fertilidad, preferencias de métodos y experiencia previa con la anticoncepción (Barden-O'Fallon et al., 2008).

- Se podría promover el uso de las PF entre las indígenas si se mejorara la capacitación en pertinencia cultural, abordando los estereotipos y la discriminación, adaptando la consejería y apoyando el desarrollo de una fuerza laboral de salud local. Abordar primero la demanda insatisfecha de las mujeres que no se oponen a la PF podría ayudar a eliminar las barreras culturales y alentar a otras mujeres (Rios-Zertuche et al., 2017). Además, es crucial que la atención se provea en su propio idioma (Ishida et al., 2012).

- La PF y la salud reproductiva ya forman parte de la agenda nacional de Guatemala; el desafío es adaptar los servicios para aumentar el acceso y satisfacer las necesidades y preferencias de los usuarios potenciales, especialmente los jóvenes y los indígenas. Es crucial mejorar la calidad de los servicios (Santiso-Galvez et al., 2015).

- Para lograr servicios universales, equitativos y gratuitos de PF y salud reproductiva, Guatemala debe: a) mantener una firme voluntad política para garantizar la provisión equitativa de estos servicios, amigables y culturalmente apropiados para toda la población, particularmente los sectores vulnerables, b) fortalecer y mejorar la adquisición, distribución, logística, almacena-miento y entrega de anticonceptivos en todo el país y c) eliminar las barreras médicas e institucionales que impiden la igualdad de acceso a servicios de calidad (Santiso-Galvez et al., 2015). Se debe capacitar también sobre los criterios de elegibilidad médica para seleccionar los métodos anticonceptivos (Kestler et al., 2011).

- Dado que los programas móviles de PF tienen un impacto positivo en la adopción de LARC, deben ser analizados rigurosamente para comprender qué aspectos del diseño y de la implementación son exitosos. Dado que solo el 2% de las usuarias de LARC eligieron un DIU, se debe utilizar un modelo similar para superar las barreras y probar enfoques para aumentar

su demanda (Austad et al., 2018).

En poblaciones socialmente aisladas es más probable que las mujeres escuchen más a un vecino de confianza que a proveedores de salud de otras comunidades. En donde la emigración es común se podría reclutar como promotoras de PF a ex migrantes. La experiencia de vivir y trabajar en lugares urbanos o internacionales puede mejorar el estatus y la credibilidad de estas mujeres, convirtiéndolas en promotoras efectivas de la PF (Lindstrom & Muñoz-Franco, 2006).

La salud reproductiva de las mujeres indígenas está estrechamente conectada con su entorno sociocultural. Resulta prometedor que para un tema tan multifacético y complicado se pueda lograr un cambio rápido al involucrar a la comunidad a pensar críticamente sobre sus normas de género. Dado el éxito comprobado de los programas transformadores de género, el gobierno debe enfocar fondos y actividades de PF en este tipo de programas. No obstante, es importante comprender sus limitaciones y problemas. Entre ellos está i) sobredimensionar el papel que desempeña la masculinidad en problemas complejos de salud, ignorando los determinantes estructurales, económicos y culturales que también contribuyen a este problema; ii) la dificultad de encontrar hombres que estando en desventajas económicas, culturales o sociales estén dis-puestos a aceptar mujeres más empoderadas; y iii) cómo mantener los nuevos comportamientos y actitudes en los hombres después de finalizado el programa (Festa & Shirazian, 2018).

Los resultados del estudio muestran cómo la presencia o ausencia de una barrera puede reforzar o debilitar la influencia de otros obstáculos. Existe una superposición de tres tipos de barreras: a) la sanción social por usar PF, b) la renuencia del esposo hacia la PF y c) el temor o experiencia de efectos secundarios. La interrelación de las barreras tiene implicaciones. Por ejemplo, la resolución de las barreras relacionadas a los efectos secundarios es multifacética: se debe ampliar el acceso a más métodos y a la información sobre los efectos secundarios, pero si se limitan las opciones que se pueden usar en secreto, las mujeres no podrían beneficiarse de una mayor oferta. Por lo tanto, es crucial educar a los esposos y a otras personas de influencia y ayudar a las mujeres a desarrollar destrezas para convencer a sus esposos cuando ellas deseen usar la PF (Richardson et al., 2016; Schultz et al., 2018).

Hay dos enfoques que podrían adoptarse con relación a la renuencia de los esposos: a largo plazo se van a necesitar programas y políticas que mejoren la equidad de género y afiancen la confianza de las mujeres en su propio poder dentro de la relación. Pero incluso a corto plazo se podría avanzar mejorando los conocimientos de PF de los esposos jóvenes. Invitan a hombres a sesiones en sus propias comunidades puede ser poco productivo, dado el tabú alrededor del tema y la presión social existente contra la PF. Sin embargo, los programas y la información que abordan a los hombres en otros entornos podrían resultar altamente efectivos (Richardson et al., 2016, Harrison et al., 2019).

Las mujeres aseguraron que la enseñanza más efectiva es de hombre a hombre y de mujer a mujer, lo cual es también medio efectivo para aumentar el apoyo de los hombres al uso de la PF. Abordar los conceptos erróneos con respecto a la PF y mejorar la educación en salud repro-ductiva dirigida hacia los hombres podrían ser particularmente efectivos en la región (Schultz et al., 2018).

Teniendo en cuenta la variación en la demanda insatisfecha de PF a lo largo de la vida, las necesidades reproductivas de la mujer deben entenderse de manera más individual y abordarse de manera más diferenciada. Por ejemplo, la disponibilidad de métodos de PF

debería reflejar mejor las necesidades reproductivas. Mientras que las mujeres más jóvenes pueden optar por formas temporales y menos invasivas de anticoncepción, las mayores podrían preferir métodos más duraderos o incluso permanentes (Wulifan et al., 2016).

Dado el papel central que ocupa la maternidad en la mayoría de las sociedades, los programas de salud reproductiva deben abordar las preocupaciones culturales específicas que impiden que las mujeres asuman la PF. Los proveedores de salud deben poder reducir estas barreras. El primer paso hacia la prestación de servicios culturalmente pertinentes incluye una ubicación apropiada, ofreciendo un trato amigable, respetuosos y confidencial. Integrar los servicios de PF en la prestación de otros servicios podría ser una forma posible de llegar a más mujeres y reducir las brechas en la demanda insatisfecha (Wulifan et al., 2016).

Las más jóvenes carecen de conocimientos básicos sobre fisiología reproductiva y sobre la PF, lo cual dificulta su uso. Llenar estas brechas de conocimiento requerirá inversiones continuas en campañas de concientización de diversas formas. (Wulifan et al., 2016). Además, las mujeres jóvenes tienen un acceso limitado a servicios de SSR de calidad y sus necesidades de PF no siempre se abordan de manera efectiva. Es crucial fomentar la escolaridad post primaria e integrar un currículo de salud sexual y reproductiva. Se ha demostrado que las intervenciones que aumentan la educación, proporcionan educación sexual integral y apoyan el desarrollo económico de los jóvenes retrasan el inicio de la actividad sexual o las uniones y aumenta el uso de los servicios de PF (Rios-Zertuche et al., 2017; Samandari & Speizer, 2010).

Una estrategia sería ganarse a grupos religiosos o proveedores de clínicas ligados a iglesias para apoyar la promoción de la PF, incluyendo enfoques programáticos que involucren y eduquen a los hombres de manera más explícita sobre los aspectos de la PF y fortalezcan la capacidad de las parejas, y especialmente de las mujeres, para decidir sobre sus propias necesidades reproductivas (Wulifan et al., 2016).

El 52% de todas las mujeres jóvenes sexualmente activas, estén en unión o no, tienen una demanda insatisfecha de anticoncepción moderna. Los servicios para las adolescentes son cruciales, los programas que las atienden deben ser mejor financiados y replicados y los proveedores deben ser capacitados sobre sus necesidades (Figueroa et al., 2006).

Dado que la mayor parte de la maternidad adolescente en Guatemala ocurre dentro de una unión, a las parejas de estas jóvenes se les debe proporcionar una educación integral sobre anticoncepción, habilidades de comunicación y la importancia del espaciamiento de los embarazos para evitar los múltiples riesgos de tener un segundo embarazo durante la adolescencia (Figueroa et al., 2006).

DATOS, COMPORTAMIENTOS

En Centroamérica los avances en el uso de la PF en los últimos 20 años se deben en gran medida a la esterilización y el uso de los SAHC. La esterilización es mayor entre las mujeres con más escolaridad e ingresos. El uso de inyectables ha aumentado notablemente, de 10% en 1998 a 27% en 2009, con un uso algo mayor en áreas rurales (Santiso-Galvez et al., 2015). El uso de los LARC ofrece una alternativa segura y rentable que podría ayudar a espaciar o limitar los embarazos, pero su uso sigue siendo poco común (Austad et al., 2018).

En Jocotán, los servicios de salud pública ofrecen la píldora, inyecciones y condones sin costo; también están disponibles en las farmacias. Además, los voluntarios de APROFAM proporcionan información y venden condones, píldora y tabletas vaginales. El dispensario Betania, ligado a la Iglesia Católica, es un importante proveedor de servicios de salud, pero solo ofrece información sobre el método del ritmo. En Jocotán la esterilización es la forma dominante de anticoncepción, la cual requiere acceso a un hospital de Chiquimula, a más de una hora. Con una sola excepción, todas las mujeres de la muestra se sometieron a la esterilización al día siguiente de dar a luz. Sin embargo, la mitad de las madres indígenas en Jocotán dan a luz en casa y sin asistencia médica (De Broe, 2005).

La proporción de embarazos no deseados es alta. En Jocotán un tercio de las madres dijo que no deseaban su último embarazo, lo cual indica una alta demanda insatisfecha. La mayoría de las ladinas había usado PF en el pasado, comparado con sólo la mitad de las indígenas. El uso de métodos modernos representó al menos el 60% de todos los métodos y casi la mitad de las usuarias se había hecho la esterilización quirúrgica. Esto fue seguido, en orden de frecuencia descendiente, por la píldora, la abstinencia y las inyecciones; la esterilización masculina no fue mencionada por ninguna. El uso de PF está fuertemente asociada a la educación secundaria (casi 60% vs. 20% entre aquella sin escolaridad) y al trabajo fuera de la casa (53% vs. 31% entre amas de casa) (Barden-O'Fallon et al., 2008; De Broe, 2005; Festa & Shirazian, 2018).

La interrupción en el uso de los anticonceptivos está asociada a factores como la edad, paridad y los objetivos de fertilidad. Las mujeres jóvenes, las de más paridad y quienes desean espaciar más que limitar los embarazos nacimientos son las más propensas a interrumpir; los factores socioeconómicos, como educación, residencia y nivel socioeconómico, tienen una menor asociación con la interrupción. El tipo de método anticonceptivo también se relaciona: quienes usan DIU y otros implantes tienden a suspender menos que las que usan los métodos dependientes de la usuaria como la píldora, las inyecciones, los condones y la abstinencia (Barden-O'Fallon et al., 2008).

Un estudio nacional realizado en 2009 por el MSPAS señaló que el 64% de las mujeres indígenas sexualmente activas vivían en áreas rurales, en comparación con solo el 38% de las ladinas. El 32% de las indígenas sexualmente activas se encontraban en el quintil más pobre, comparado con el 8% de las ladinas. De hecho, en 2006 el Banco Mundial encontró que el 76% de la población indígena vivía en la pobreza, y el 28% vivía en la pobreza extrema, el doble del promedio nacional. Estas diferencias en la residencia y pobreza entre las poblaciones maya y ladina están altamente correlacionadas con las tasas de uso de anticonceptivos: el 26% de las mujeres en el quintil más pobre usan una forma de anticoncepción moderna en comparación con el 62% de las mujeres en el quintil más alto. Debido a su pobreza, las mujeres indígenas tienden a depender más de los servicios de salud pública y más del 80% de las personas en el quintil más pobre utilizaron servicios gubernamentales de PF. En esta situación, las mujeres indígenas se ven afectadas de manera desproporcionada por el nivel gasto del gobierno en salud y PF (Festa & Shirazian, 2018; Kestler et al., 2011).

Como resultado del bajo uso de anticonceptivos, el aborto inseguro sigue siendo una de las principales causas mortalidad en Guatemala, donde el aborto es ilegal. Las mujeres, en situación desesperada, han recurrido a abortivos peligrosos y poco confiables o al descuido posparto del bebé para mantener el número de hijos que desean (Festa & Shirazian, 2018).

En una encuesta a 155 mujeres en Santiago Atitlán se encontró que el 21% de la muestra había tenido al menos cinco embarazos y que el 64% nunca había usado anticonceptivos.

El 56% dijo que los principales obstáculos para el uso de anticonceptivos eran sus creencias culturales y religiosas; además, casi una quinta parte sintió que no podía hablar abiertamente sobre salud reproductiva con los proveedores de salud ni con sus cónyuges (Festa & Shirazian, 2018).

Se ha estimado una demanda insatisfecha de anticoncepción posparto del 68% y que sólo el 26% de la población utiliza anticonceptivos modernos posparto. En el suroeste del país, alrededor del 88% de las puérperas están usando o quieren usar anticonceptivos a los 40 días después del parto: el 72% optó por la anticoncepción inyectable, el 21% esterilización y el 4% LARC (alrededor del 3% usando el implante) (Harrison et al., 2019).

No hablar español es el obstáculo más importante en el uso de los servicios de salud por parte de las mujeres indígenas. En comparación con otras características que contribuyen a la diferencia étnica en la demanda satisfecha de anticonceptivos modernos, la residencia rural y la educación son menos importantes. Este hallazgo es consistente con hallazgos anteriores de que el acceso a los anticonceptivos en Guatemala no difiere significativamente según el origen étnico debido a que los programas de PF se han dirigido por décadas a la población maya rural (K. Ishida et al., 2012).

Entre las mujeres en unión, las más vulnerables son las más jóvenes: solo el 28% de los hombres de 15 a 19 años usa anticonceptivos modernos y casi el 75% de las adolescentes guatemaltecas nunca habían usado anticonceptivos modernos y el 67% de éstas tuvieron un embarazo (Dongarwar & Salihu, 2019) Una proporción muy alta (83%) de los hombres de 15 a 19 años en unión dicen que no quieren tener un hijo en los próximos dos años, pero una proporción mucho menor de sus parejas (el 18%), utiliza un método anticonceptivo moderno (Figueroa et al., 2008). Varios factores contribuyen a las dificultades experimentadas por este grupo: pobreza, discriminación étnica, desigualdad de género, falta de oportunidades de educación y empleo, y presión por el matrimonio y maternidad precoz (Santiso-Galvez et al., 2015).

La tasa de prevalencia de anticonceptivos entre mujeres en unión de 15 a 49 años se ha más que duplicado entre 1987 y 2008, aumentando del 23% al 54%, para todos los métodos, y del 19% al 44% para los métodos modernos, con tasas más altas en las áreas urbanas. La demanda insatisfecha de PF fue del 21% en todo el país, pero fue más alta entre las mujeres indígenas (30%) que entre las ladinas (15%). El número deseado de hijos por mujer en las zonas urbanas fue inferior (2,3) a la tasa real (2,9). En las zonas rurales, el patrón fue similar: 3,5 (deseado) en comparación con 4,2 (real) (Santiso-Galvez et al., 2015).

Entre los grupos para los que tenemos datos confiables, la demanda insatisfecha disminuyó en un 6-19% entre todos los subgrupos de mujeres, excepto uno: las indígenas tienen el nivel más alto de demanda insatisfecha (67%) y, por lo tanto, continúan estando en mayor riesgo de embarazo no deseado (Figueroa et al., 2006).

Aunque casi tres cuartas partes de las guatemaltecas desean más información y acceso a la PF, tienen el segundo uso de anticonceptivos más bajo de América Latina, con una demanda insatisfecha solo superada por Haití (Schultz et al., 2018).

A pesar de la proporción uniformemente alta de adolescentes en unión que no desean un embarazo, no todas pueden evitarlo. Por ejemplo, la proporción que utiliza un método moderno es más del doble entre las mujeres urbanas que rurales (31% vs. el 13%), tres veces más alta entre las ladinas (26% vs. el 8%) y cinco veces más alta entre las mujeres con más

escolaridad (40% vs. el 8%). Estas disparidades reflejan el poco acceso a la atención, la escasez de servicios gubernamentales en las zonas rurales y la resistencia a los anticonceptivos modernos (Figueroa et al., 2006).

El 44% de las adolescentes indicó haber recibido información sobre cómo prevenir el embarazo, con diferencias por origen étnico: el 55% entre las ladinas y 32% entre las indígenas (FLASCO Guatemala, 2016).

INVESTIGACIÓN

- Brechas

Se necesita documentar mejor el alcance del sesgo étnico en la atención anticonceptiva en entornos más vulnerables: los pueblos indígenas y quienes viven en la pobreza. El desarrollo de la evidencia empírica debe tomar en cuenta la creciente discusión sobre la atención irrespetuosa. Dada la fuerte correlación negativa entre ser indígena y el estatus económico y el alfabetismo, separar el papel de cada uno de estos factores será un desafío metodológico (Nandi et al., 2020, Schultz et al., 2018).

- Citas notables

Cuando nuestra ONG comenzó a ofrecer implantes hubo una gran aceptación entre las mujeres indígenas, incluso en las aldeas, donde también podían conseguirlos sin costo. Muchas de estas mujeres dijeron que en los servicios de salud pública se les había dicho repetidamente que tenían "demasiados hijos" y temían que el médico se negara a retirar el implante si no estaban satisfechas o deseaban un embarazo. Una mujer declaró que *"no valoran a nuestros hijos porque somos de piel oscura"*. En otros casos, las mujeres han tenido la duda de haber quedado estériles después de una cesárea en el hospital público. De hecho, hay un estudio en una comunidad rural guatemalteca que documenta a mujeres sometidas, sin consentimiento, a ligaduras de trompas después de una cesárea (Nandi et al., 2020).

No contar con el apoyo del marido podría traer críticas de terceros causando problemas en la relación: *Es bueno tomar la decisión en pareja, porque si solo una mujer y no él, todos empiezan a hablar. Entonces comienzas a tener problemas en la pareja* (Richardson et al., 2016).

Las mujeres escuchan relatos de otras mujeres sobre los efectos secundarios, a menudo suficientes para disuadirlas a usar la PF, aunque algunas se cuestionaban su exactitud. Por ejemplo, un participante explicó: Dicen que causa cáncer, pero ¿quién sabe? No sé si es verdad o mentira. ¿Quién sabe? (Richardson et al., 2016).

"¿Crees que los hombres deberían participar en la conversación sobre el control de la natalidad?" --"Sí, son la razón por la que quedamos embarazadas ... es raro encontrar un hombre que colabore y valore a una mujer". "Hay algunos hombres que no piensan. Solo quieren niños, niños y más niños, ¿y quién sufre? La mujer". (Schultz et al., 2018).

- Cuadros de interés

Recuadro. Estrategias útiles para aumentar la conciencia del sesgo del proveedor en la PF y Recuadro. Ejercicios para romper hábitos y disminuir sesgos (Nandi et al., 2020).

Cuadro 4. Los participantes discuten si la anticoncepción es un pecado; Cuadro 5. Los partici-pantes discuten su grado de confianza en la superación de barreras (Richardson et al., 2016).

- Fig. 1 Barreras para el uso de la PF; Cuadro 3. Ejemplos de mitos de PF (Schultz et al., 2018).
- El Cuadro 5 Razones dadas para no usar PF por grupos étnicos; Cuadro 6. Fuente prevista de PF entre mujeres siempre casadas o en unión, por etnia: Jocotán, 2001 (De Broe, 2005).
- Recomendaciones por niveles (FLASCO Guatemala, 2016).

REFERENCIAS

Austad, K., Shah, P., & Rohloff, P. (2018). Correlates of long-acting reversible contraception uptake among rural women in Guatemala. PLoS ONE, 13(6), 1–11. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199536

Barden-O'Fallon, J. L., Speizer, I. S., & White, J. S. (2008). Association between contraceptive discontinuation and pregnancy intentions in Guatemala. American Journal of Public Health, 23(6).

De Broe, S. (2005). Diversity in the use of pregnancy-related care among ethnic groups in Guatemala. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care, 31(3), 199–205. https://doi.org/10.1783/1471189054483889

De Broe, S., Hinde, A., Matthews, Z., & Padmadas, S. S. (2005). Diversity in family planning use among ethnic groups in Guatemala. Journal of Biosocial Science, 37(3), 301–317. https://doi.org/10.1017/S0021932004006650

Dongarwar, D., & Salihu, H. M. (2019). Influence of Sexual and Reproductive Health Literacy on Single and Recurrent Adolescent Pregnancy in Latin America. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 32(5), 506–513. https://doi.org/10.1016/j.jpag.2019.06.003

Duffy, L. (2018). Viewing gendered violence in Guatemala through Photovoice. Violence Against Women, 24(4), 421–451. https://doi.org/10.1177/1077801217708058

Festa, J., & Shirazian, T. (2018). Family planning methods among Mayan women in Guatemala and the challenges facing the indigenous population. In D. Schwartz (Ed.), Maternal death and pregnancy-related morbidity among indigenous women of Mexico and Central America: An anthropological, epidemiological, and biomedical approach (pp. 635–650). Springer International.

Figueroa, W., Lopez, F., Remez, L., Prada, E., & Drescher, J. (2006). Early childbearing in Guatemala: a continuing challenge. In In brief (No. 5; 2006, Issue 5).

FLASCO Guatemala. (2015). Uniones tempranas, embarazos y vulneración de derechos en las adolescentes: Resumen ejecutivo.

FLASCO Guatemala. (2016). ¡Me cambió la vida! Uniones, embarazos y vulneración de derechos en adolescentes.

Gillespie, B. (2018). Sprinkles and spacing: Mothers' reactions to nutrition programmes in Guatemala's dry corridor. Anthropology in Action, 25(2), 24–35. https://doi.org/10.3167/aia.2018.250204

Harrison, M. S., Bunge-Montes, S., Rivera, C., Jimenez-Zambrano, A., Heinrichs, G., Bolanos, A., Asturias, E., Berman, S., & Sheeder, J. (2020). Primary and secondary three-month outcomes of a cluster-randomized trial of home-based postpartum contraceptive delivery in southwest Trifinio, Guatemala. Reproductive Health, 17(1), 1–13. https://doi.org/10.1186/s12978-020-00974-z

Harrison, M. S., Bunge-Montes, S., Rivera, C., Jimenez-Zambrano, A., Heinrichs, G., Scarbro, S., Juarez-Colunga, E., Bolanos, A., Asturias, E., Berman, S., & Sheeder, J. (2019). Delivery of home-based post-partum contraception in rural Guatemalan women: feasibility, recruitment and retention in a cluster-randomized trial. International Health, 1–3. https://doi.org/10.1093/inthealth/ihz098

Instituto Multidisciplinario para la Salud (IMSALUD). (2011). Determinantes del Acceso a Servicios de Salud Reproductiva en el municipio de Santa Apolonia Chimaltenango. In Determinantes del Acceso a Servicios de Salud Reproductiva en el municipio de Santa Apolonia Chimaltenango. http://www.unfpa.org.gt/sites/default/files/Acceso a servicios de salud Reproductiva - Sta Apolonia Chimaltenango.pdf

Ishida, K., Stupp, P., Turcios-Ruiz, R., William, D. B., & Espinoza, E. (2012). Ethnic inequality in Guatemalan women's use of modern reproductive health care. International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 38(2), 99–108. https://doi.org/10.1363/3809912

Ishida, P. K., Stupp, P., Turcios-Ruiz, R., William, D. B., & Espinoza, E. (2013). Desigualdades por grupo étnico en el uso de servicios modernos de salud reproductiva en guatemala. International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, SPEC. ISSUE, 14–24. https://doi.org/10.1363/SP01413

Kestler, E., Del Rosario Orozco, M., Palma, S., & Flores, R. (2011). Initiation of effective postpartum contraceptive use in public hospitals in Guatemala. Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health, 29(2), 103–107. https://doi.org/10.1590/S1020-49892011000200005

Lindstrom, D., & Muñoz-Franco, E. (2006). Migration and maternal health services utilization in rural Guatemala. Social Science and Medicine, 63(3), 706–721. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.02.007

Little, E. E., Polanco, M. A., Baldizon, S. R., Wagner, P., & Shakya, H. (2019). Breastfeeding knowledge and health behavior among Mayan women in rural Guatemala. Social Science and Medicine, 242(August), 112565. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112565

Maero, G., & de León Alvarado, C. Y. (2013). Ser mujer en San Miguel Acatán Entre violencias y procesos de justicia. CEDFOG.

Nandi, M., Moore, J., Colom, M., Del Rosario Garcia Quezada, A., Chary, A., & Austad, K. (2020). Insights into provider bias in family planning from a novel shared decision making based counseling initiative in Rural, Indigenous Guatemala. Global Health Science and Practice, 8(1), 10–17. https://doi.org/10.9745/GHSP-D-19-00377

Nichols, B., & Farias, L. (2018). Maternal care in Guatemala: Problematizing discourses of development, transnational advocacy, and indigeneity. In D. A. Schwartz (Ed.), Maternal death and pregnancy-related morbidity among indigenous women of Mexico and Central America: An anthropological, epidemiological, and biomedical approach (pp. 553–566). Springer International.

P, B. D., & Lindstrom, D. P. (2006). Internal Migration and Contraceptive Knowledge And Use in Guatemala. International Family Planning Perspectives, 32(3), 146–153.

Perry, H. B., Valdez, M., Stollak, I., & LLanque, R. (2016). Focused Strategic Assessment: USAID Child Survival and Health Grants Program: "Community-based, impact-oriented child survival in Huehuetenango, Guatemala."

Ramírez, M., Mazariegos, L. M., & Sáenz de Tejada, S. (2016). Estudio de Casos: Reducción de la desnutrición crónica en Totonicapán y Huehuetenango.

Richardson, E., Allison, K., Gesink, D., & Berry, A. (2016). Barriers to accessing and using contraception in highland Guatemala: the development of a family planning self-efficacy scale. Open Access Journal of Contraception, 77. https://doi.org/10.2147/oajc.s95674

Rios-Zertuche, D., Blanco, L. C., Zúñiga-Brenes, P., Palmisano, E. B., Colombara, D. V., Mokdad, A. H., & Iriarte, E. (2017). Contraceptive knowledge and use among women living in the poorest areas of five Mesoamerican countries. Contraception, 95(6), 549–557. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.01.005

Saenz de Tejada, S., & Figueroa, M. E. (2017). "Abriendo la mentalidad": Investigación formativa sobre aspiraciones y dinámica familiar en relación a la higiene y nutrición.

Samandari, G., & Speizer, I. S. (2010). Adolescent sexual behavior and reproductive outcomes in Central America: Trends over the past two decades. Int Perspect Sex Reprod Health, 36(1), 26–35. https://doi.org/10.1363/ipsrh.36.026.10.Adolescent

Sánchez, R. C. (2019, July 10). Las sietes causas del matrimonio infantil en América Latina. Noticias ONU. https://news.un.org/es/news/topic/sdgs

Santiso-Galvez, R., Bertrand, J., & Ward, V. (2015). Family Planning in Guatemala: The Achievements of 50 Years (Issue April). http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/483.pdf

Schuler, S. R., Nanda, G., Ramírez, L. F., & Chen, M. (2015). Interactive Workshops To Promote Gender Equity and Family Planning in Rural Communities of Guatemala: Results of a Community Randomized Study. Journal of Biosocial Science, 47(5), 667–686. https://doi.org/10.1017/S0021932014000418

Schultz, C., Larrea, N., Celada, M., & Heinrichs, G. (2018). A Qualitative Assessment of Community Attitudes and Barriers to Family Planning Use in the Trifinio Region of Southwest Guatemala. Maternal and Child Health Journal, 22(4), 461–466. https://doi.org/10.1007/s10995-018-2479-0

Seiber, E. E., Hotchkiss, D. R., Rous, J. J., & Berruti, A. A. (2005). Maternal and child health and family planning service utilization in Guatemala: Implications for service integration. Social Science and Medicine, 61(2), 279–291. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.11.068

Steinhaus, M., Hinson, L., Rizzo, A. T., & Gregowski, A. (2019). Measuring Social Norms Related to Child Marriage Among Adult Decision-Makers of Young Girls in Phalombe and Thyolo, Malawi. Journal of Adolescent Health, 64(4), S37–S44. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.12.019

Wulifan, J. K., Brenner, S., Jahn, A., & De Allegri, M. (2016). A scoping review on determinants of unmet need for family planning among women of reproductive age in low and middle income countries. BMC Women's

CUADRO 8: ESPACIAMIENTO DE EMBARAZOS

INDIVIDUAL: COGNITIVO

- Conocimientos

Los participantes pudieron dar una definición precisa del espaciamiento de embarazos e identificaron el intervalo ideal entre los nacimientos es entre tres y cinco años. Los encuestados articularon varios beneficios del espaciamiento, el más mencionado fue poder ofrecer una mejor nutrición para los niños, seguido de una mejor educación y salud. Otros beneficios mencionados incluyeron una mejor calidad de vida para los niños, una mayor atención a los niños, la provisión de ropa y mejores finanzas (Schultz et al., 2018).

En Chiquimula, varias madres jóvenes me contaron cómo habían pasado la información de la enfermera a sus maridos y que habían logrado comenzar a usar anticonceptivos. Otras intentaron espaciar con métodos naturales, "naturalmente" (refiriéndose a métodos como observar sus ciclos), y que ambos métodos han sido mencionados como formas de evitar emergencias de salud infantil (Gillespie, 2018).

- Actitudes, creencias

En las aldeas de estudio en Nebaj, el machismo exacerbado ha dado paso a relaciones más horizontales entre los cónyuges (*"yo comparto con mi esposa porque ella es mi compañera"*) y los hombres están más dispuestos a colaborar, aunque sea mínimamente, con algunas tareas domésticas. La edad al matrimonio (o unión de hecho) tiende a ser más tardía y la ambición expresada por varios participantes es aplazar el matrimonio hasta que se tenga algún capital acumulado. Como decían las abuelas, estos jóvenes "tienen otra mentalidad". En opinión de los líderes, ahora hay menos violencia doméstica y menos alcoholismo; consideran que hay más fuentes de mediación y orientación debido a la mayor presencia de iglesias, de los servicios de salud y de las charlas que reciben de los proyectos. Otra diferencia notable entre las personas de esta generación es su deseo de limitar su fecundidad (Saenz de Tejada & Figueroa, 2017).

Tanto en el área urbana como rural, las madres mam mencionaron que cuidarse durante la cuarentena incluye no tener relaciones sexuales con sus esposos (García & Solomons, 2011).

No existe un consenso entre los grupos sobre la edad óptima para empezar a tener hijos, pero las mujeres tienden a mencionar edades un tanto más tempranas (18-25) que los hombres (20-25). Todos los grupos entrevistados relacionan estas edades con la responsabilidad, la madurez, la capacidad, el conocimiento y la experiencia. Los hombres basan su preferencia en su preparación educativa y económica, mientras las mujeres lo hacen por una diversidad de aspectos: mayor madurez física, emocional, mental, educativa y económica. Se piensa que antes de esas edades no se tiene la madurez ni se han desarrollado los valores y destrezas necesarias para cuidar hijos ni se tienen los recursos económicos para mantenerlos. Las mujeres, además, mencionaron el rechazo y el desprecio de la familia ante un embarazo temprano. Dicen también que, al tener hijos muy jóvenes, se tienen muchos hijos, con poco espaciamiento. El grupo más joven (15-19 años, ambos sexos) opinaba que era factible atrasar el primer embarazo únicamente cuando la pareja se comunica, llega a un acuerdo y utiliza métodos anticonceptivos. Además, las mujeres consideraron que los jóvenes necesitan tener

un mayor conocimiento sobre estos temas, porque cuando ellas crecieron, no había nadie que las aconsejara. Consideraban que la PF podía usarse para retrasar el primer embarazo, primordialmente, para que la pareja se preparara antes de tener un hijo, tanto en el sentido económico, como profesional y emocional. Las mujeres enfatizaron que era preferible utilizar métodos naturales. Otros, por el contrario, opinaron que no era factible retrasar el primer embarazo dado el machismo imperante, dado que el hombre desea verificar la fertilidad de su esposa, con la opción de abandonarla si no resulta encinta en un tiempo razonable. También mencionaron creencias religiosas, según las cuales la mujer debe tener los hijos que Dios le manda. Las normas sociales dictan que se debe tener un hijo en el transcurso del primer año de la unión, a modo de evitar la desaprobación y la crítica social, ya que la procreación es la razón de ser del matrimonio. También se mencionó que muchas parejas sencillamente no saben cómo atrasar el embarazo. Algunos participantes, especialmente las mujeres, opinaron que no convenía usar PF desde un inicio, pues esto incidía en dañar la salud de la mujer e incluso la del niño, el cual podía llegar a nacer "con cara de pastilla" (Saenz de Tejada, 2013).

- Valores

- Percepción de riesgo

- Percepción de gravedad

- Percepción de las normas

- Autoimagen

- Locus de control

Por medio de estudios cualitativos se señaló que, como resultado de la modernización, en **Burkina Faso** y **Kenia** se han perdido conceptos y prácticas tradicionales que prolongan los intervalos de embarazos. Estos hallazgos cualitativos podrían ayudar a explicar algunas asociaciones en estudios cuantitativos: por ejemplo, que la asociación entre la educación superior y el nivel socioeconómico más alto y un corto intervalo intergenésico podrían explicarse, en parte, por la pérdida de tradiciones, ya que las mujeres más privilegiadas podrían estar más aculturadas (Schultz et al., 2018).

INDIVIDUAL: EMOCIONAL

- Respuesta emocional

- Empatía

- Autoeficacia

Los investigadores que realizaron los estudios en esta revisión con frecuencia señalaron la asociación entre el resultado adverso del embarazo anterior, incluido el aborto y el parto múltiple, y un corto intervalo intergenésico. En uno de ellos se sugirió que un resultado adverso podría influir en las mujeres para que se apresurasen al próximo embarazo, sin esperar a recuperarse completamente del último embarazo. Los primeros investigadores sobre mortalidad infantil y fertilidad describieron este fenómeno como reemplazo: "el reemplazo sería la respuesta a la mortalidad sufrida [...] Si los niños mueren muy pequeños y la madre puede tener otro hijo, se puede aproximar el mismo ciclo de vida mediante el reemplazo". (Pimentel et al., 2020).

INDIVIDUAL: SOCIAL

- Apoyo social
- Abogacía personal

HOGAR

- Madre, cuidadora
- Padre, pareja
- Suegra, abuelas
- Comunicación familiar
- Toma de decisiones
- Distribución de tareas
- Normas sociales
- Violencia
- Apoyo y recursos
- Estimación de costos
- Servicios de WASH

Los estudios cualitativos consideraron otros factores no examinados en los estudios cuantitativos. Los participantes en los primeros mencionaron que la comunicación entre parejas y familias, la influencia de los medios locales y la sociedad, y la observación de otras parejas podrían influir en el espaciamiento de embarazos (Pimentel et al., 2020).

COMUNIDAD

- Líderes
- Participación comunitaria

- Organizaciones
- Capital social
- Acceso a recursos
- Normas sociales
- Violencia
- Eficacia colectiva

SERVICIOS

- Proveedores
- Suministros
- Acceso

Como explicó una señora que esperaba evitar su embarazo actual: *"fui a ponerme la inyección, pero el centro estaba cerrado, y justo al mes siguiente quedé embarazada de nuevo".* (El centro está a una hora a pie de la colina, y el personal a menudo está ausente debido a las actividades programadas en otros lugares) (Gillespie, 2018).

La mayoría de los estudios de esta revisión encontraron un intervalo intergenésico más corto entre las mujeres más pobres. Se ha sugerido que las mujeres más ricas tienen un mejor acceso a la información, los servicios y los suministros de atención médica y, por lo tanto, pueden usar métodos anticonceptivos modernos y espaciar los embarazos (Pimentel et al., 2020).

- Comunicación interpersonal

El personal del centro de salud actualmente está ayudando a las familias a ver el vínculo entre el espaciamiento de embarazos y la salud infantil, especialmente para las familias que han sufrido la pérdida de un hijo pequeño debido a un nuevo embarazo. Una joven madre me dijo: *"Recibí la inyección después de que mi hijo murió, por estar delgado, debido al nuevo bebé. Me la dieron el mismo día"* (Gillespie, 2018).

Dado que una gran parte de las diferencias étnicas en el uso de los servicios de parto institucional y los anticonceptivos modernos fue atribuible a las mujeres indígenas que no hablan español, aumentar el número de proveedores que hablen el idioma local podría aumentar el uso de los servicios de salud entre los pueblos indígenas. Una mejor comunicación, en el idioma de los usuarios, debe facilitar ofrecer información imparcial sobre los beneficios de usar la atención biomédica, incluyendo el tratamiento de las complicaciones del embarazo y el parto y los beneficios del espaciamiento adecuado de los hijos (Ishida et al., 2012).

- Destrezas técnicas
- Calidad
- Productos, tecnologías

- Pobreza
- Transporte
- Empleo
- Geografía
- Educación, edad

Claramente, no usar anticonceptivos, la interrupción y la falla de los anticonceptivos son contribuyentes importantes a los embarazos no deseados. La mayoría de los estudios examinan uno u otro factor (no uso o interrupción y fracaso de los anticonceptivos), con menos atención a las contribuciones de ambos en el embarazo no deseado. Además, pocos estudios sobre el riesgo de embarazo no deseado incluyen en los modelos el uso y el estado de interrupción. Se ha demostrado que las mujeres más propensas a experimentar embarazos inoportunos son más jóvenes, más educadas, no están en unión, tienen un intervalo intergenésico corto o tienen un mayor número de hijos. Lo mismo es cierto para las mujeres que experimentan embarazos no deseados, con la excepción de que tienden a ser mayores y menos educadas (Barden-O'Fallon et al., 2008).

Las mujeres más jóvenes tenían más probabilidades de tener un intervalo intergenésico más corto en comparación con las mujeres mayores. Planteamos la hipótesis de que la edad y la paridad están correlacionadas y que las mujeres mayores pueden haber alcanzado el tamaño familiar deseado y estar más interesadas en el uso de anticonceptivos en ese momento. Sabemos por algunos análisis de datos históricos que las mujeres mayores son más propensas a usar la esterilización para la anticoncepción. Este método está disponible a aproximadamente una hora de distancia en el hospital más cercano, lo cual también podría explicar por qué las mujeres mayores son más propensas a buscar anticoncepción definitiva (Harrison et al., 2020).

La mayoría de los estudios encontraron un intervalo intergenésico más corto en madres más jóvenes, quienes son generalmente más fértiles y sexualmente más activas. Es probable que las mujeres muy jóvenes estén en desventaja económica y tengan menos acceso a los anticon-ceptivos modernos, lo que podría explicar esta asociación, aunque la forma en que esto se desarrolla dependerá del contexto local de cada región. Es probable que las mujeres mayores hayan alcanzado el tamaño familiar deseado y sean menos fértiles y, por lo tanto, propensas a intervalos intergenésicos más largos (Schultz et al., 2018).

La mayoría de los estudios han señalado que las mujeres con menor escolaridad tienen un menor intervalo intergenésico. Podría ser que las mujeres con más educación puedan tomar decisiones mejor fundamentadas, tener más autonomía y utilizar servicios de atención médica de mayor calidad. Sin embargo, un estudio mostro lo opuesto. Las mujeres altamente educadas tienden a retrasar su primer embarazo y se ha pensado que ellas podrían querer comprimir la maternidad en menos años, observando intervalos intergenésicos más cortos (Pimentel et al., 2020).

- Etnicidad
- Normas sociales

Las parejas se siguen casando jóvenes, aunque no tanto como antes. Una vez en unión,

se espera que la mujer deje la vida que llevaba antes (estudios, trabajo) y se dedique de lleno a las tareas domésticas, en un principio bajo la tutela de su suegra. Se espera un embarazo dentro del primer año de unión, después del cual se espera que espacie los embarazos al menos dos años, pues son pocas las parejas que quieren tener más de tres hijos. Si bien en décadas pasadas las mujeres jóvenes estaban bajo la presión de tener todos los hijos que le enviara "el destino", ahora parece darse una sutil presión del personal de servicios de salud y del de los programas a tener familias pequeñas (Saenz de Tejada & Figueroa, 2017).

Nuestra revisión sistemática muestra dos factores consistentemente asociados con un corto intervalo intergenésico: lactancia materna más corta y haber tenido una niña en el parto anterior. La preferencia por un hijo está muy extendida en el norte de África y Asia, donde se prefiere a los hijos varones porque ganan más, perpetúan la línea familiar y son ellos quienes recibirán la herencia familiar. (Pimentel et al., 2020).

- Medios masivos
- Infraestructura de WASH
- Migración
- Seguridad
- Agricultura
- Seguridad alimentaria
- Sistemas de salud
- Gobernanza

INTERVENCIONES

- Enfoque

La Universidad de Colorado fundó una organización de servicios de salud llamada Centro para el Desarrollo Humano ('el Centro') en el Trifinio, en asociación con una agroindustria local. El Centro apoya programas comunitarios de salud materno infantil y a través de un programa llamado Madres Sanas ofrece atención prenatal, parto y posparto en doce comunidades de la región. Las mujeres son visitadas en sus hogares durante el embarazo y el posparto por enfermeras y sus hijos reciben atención hasta los tres años. Actualmente enfermeras especializadas ofrecen cuatro visitas prenatales y dos durante el postparto, con la opción de visitas adicionales. La educación sobre la anticoncepción posparto se inicia en la primera visita prenatal y continúa durante todo el embarazo. Las mujeres son atendidas para su última visita materna en sus hogares alrededor de los 40 días después del parto (Harrison et al., 2019).

El componente adolescente del Programa de Salud Reproductiva ordena a las entidades del sector público, como el MSPAS y el IGSS, a que brinden servicios separados y especializados a los adolescentes, incluidos los servicios para espaciar los embarazos. Además, la ley exige educación sexual "en todos los centros educativos del país y en todos los niveles" para ayudar a prevenir los embarazos no deseados entre los adolescentes, y estipula que las adolescentes no pueden ser expulsadas de las escuelas debido al embarazo (Figueroa et al., 2006).

- Resultados

En Huehuetenango, el porcentaje de madres de niños de 0 a 23 meses que conocen al menos dos riesgos de tener un intervalo de nacimiento de menos de 24 meses aumentó sustancial y significativamente desde el inicio hasta la línea final en ambas áreas. A pesar de este aumento en el conocimiento, el porcentaje de mujeres no embarazadas que dijeron haber usado un método anticonceptivo moderno no cambió. No obstante, el porcentaje de mujeres cuyo intervalo intergenésico entre sus dos hijos más pequeños fue igual o menor a 24 meses disminuyó significativamente en el Área de Fase 1. Los niveles del indicador de conocimiento del riesgo de un espaciamiento corto de la línea final para esta área fueron significativamente más altos que en el Área de Fase 2 y el porcentaje de nacimientos con un intervalo intergenésico corto fue significativamente menor en el Área de Fase 1. Estos resultados fueron confirmados por el análisis DID, con cambios porcentuales entre las líneas basal y final para ambos indicadores mayores en el Área de Fase 1 que en el Área de Fase 2 (Perry et al., 2016).

Nuestra hipótesis es que haber logrado un intervalo entre embarazos de 24 meses en la mayoría de las mujeres de esta comunidad en el Trifinio se debe a la diligencia de las enfermeras de Madres Sanas que, desde el 2011, han educado sobre los beneficios del espaciamiento adecuado del embarazo. Esto refleja la eficacia de la política de la OMS sobre la anticoncepción posparto para lograr un espaciamiento adecuado del embarazo, así con la disponibilidad de preservativos, píldoras y anticonceptivos inyectables en los servicios de salud en la región (Harrison et al., 2020).

La mayoría de los estudios señalaron las asociaciones esperadas entre los intervalos intergenésicos más largos y el uso de anticonceptivos. Un estudio transversal basado en encuestas de DHS mostró resultados opuestos y los autores sugirieron que esta asociación entre el intervalo de parto corto y el uso de anticonceptivos modernos podría haberse debido al sesgo de temporalidad, de modo que las mujeres que habían tenido espaciamiento de embarazo corto no deseado estaban más motivadas a usar anticonceptivos modernos (Pimentel et al., 2020).

Recomendaciones

El gobierno debe educar mejor a todos los adolescentes, pero especialmente a los adolescentes rurales e indígenas, sobre la importancia de una atención de calidad durante el periodo prenatal y el parto. Los proveedores de salud deben sensibilizarse mejor sobre las necesidades de las adolescentes indígenas embarazadas. Además, los adolescentes necesitan un mejor acceso a anticonceptivos para espaciar adecuadamente los embarazos (Figueroa et al., 2006).

Dado que la mayor parte de los embarazos adolescentes en Guatemala ocurre dentro de una unión, las parejas de estas madres jóvenes deben participar en los esfuerzos para limitar las consecuencias sociales y de salud de la maternidad muy temprana. Se debe proporcionar una educación integral sobre anticoncepción, habilidades de comunicación y la importancia del espaciamiento de los embarazos para evitar los efectos potencialmente más dañinos no solo en la salud, sino también sociales y económicos, de tener un segundo nacimiento durante la adolescencia (Figueroa et al., 2006).

DATOS, COMPORTAMIENTOS

Se estima que 867 millones de mujeres de países de ingresos bajos y medios desean evitar un embarazo. En Centro América los avances en el uso de la planificación familiar en los últimos 20 años se deben en gran medida a la esterilización y el uso de anticonceptivos hormonales de acción corta, como los inyectables y los anticonceptivos orales combinados. La anticoncepción reversible de acción prolongada, incluidos los dispositivos intrauterinos (DIU) y los implantes subdérmicos, ofrecen una alternativa segura y rentable que podría ayudar a las mujeres a espaciar o limitar los nacimientos. Si bien su uso está aumentando lentamente en algunas naciones desarrolladas, siguen siendo poco comunes en la mayoría de los países de ingresos bajos y medios (Austad et al., 2018).

INVESTIGACIÓN

- Brechas

La recopilación de datos cualitativos sería útil para comprender mejor cómo y por qué las mujeres de más edad pueden tener un intervalo más largo, así como lo contrario entre las mujeres más jóvenes. Estas últimas pueden querer tener más hijos, pero más espaciados; esto podría representar una brecha en el uso de anticonceptivos reversibles de acción prolongada que debe abordarse (Harrison et al., 2020).

- Cuadros de interés

Tabla 3 Factores asociados al espaciamiento de los nacimientos a partir de estudios cualitativos (Pimentel et al., 2020, pp. 13–14)

REFERENCIAS

Austad, K., Shah, P., & Rohloff, P. (2018). Correlates of long-acting reversible contraception uptake among rural women in Guatemala. PLoS ONE, 13(6), 1–11. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199536

Barden-O'Fallon, J. L., Speizer, I. S., & White, J. S. (2008). Association between contraceptive discontinuation and pregnancy intentions in Guatemala. American Journal of Public Health, 23(6).

Feldman, B. S., Zaslavsky, A. M., Ezzati, M., Peterson, K. E., & Mitchell, M. (2009). Contraceptive use, birth spacing, and autonomy: An analysis of the oportunidades program in Rural Mexico. Studies in Family Planning, 40(1), 51–62. https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2009.00186.x

Figueroa, W., Lopez, F., Remez, L., Prada, E., & Drescher, J. (2006). Early childbearing in Guatemala: a continuing challenge. In In brief (No. 5; 2006, Issue 5).

García, R., & Solomons, N. W. (2011). The "Cuarentena" Perceptions and practices of maternal care during early postpartum period among Mayan women from the Guatemalan Western Highlands.

Gillespie, B. (2018). Sprinkles and spacing: Mothers' reactions to nutrition programmes in Guatemala's dry corridor. Anthropology in Action, 25(2), 24–35. https://doi.org/10.3167/aia.2018.250204

Harrison, M. S., Bunge-Montes, S., Rivera, C., Jimenez-Zambrano, A., Heinrichs, G., Bolanos, A., Asturias, E., Berman, S., & Sheeder, J. (2020). Primary and secondary three-month outcomes of a cluster-randomized trial of home-based postpartum contraceptive delivery in southwest Trifinio, Guatemala. Reproductive Health, 17(1), 1–13. https://doi.org/10.1186/s12978-020-00974-z

Harrison, M. S., Bunge-Montes, S., Rivera, C., Jimenez-Zambrano, A., Heinrichs, G., Scarbro, S., Juarez-Colunga, E., Bolanos, A., Asturias, E., Berman, S., & Sheeder, J. (2019). Delivery of home-based post-partum contraception in rural Guatemalan women: feasibility, recruitment and retention in a cluster-randomized trial. International Health, 1–3. https://doi.org/10.1093/inthealth/ihz098

Ishida, K., Stupp, P., Turcios-Ruiz, R., William, D. B., & Espinoza, E. (2012). Ethnic inequality in Guatemalan women's use of modern reproductive health care. International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 38(2), 99–108. https://doi.org/10.1363/3809912

Perry, H. B., Valdez, M., Stollak, I., & LLanque, R. (2016). Focused Strategic Assessment: USAID Child Survival and Health Grants Program: "Community-based, impact-oriented child survival in Huehuetenango, Guatemala."

Pimentel, J., Ansari, U., Omer, K., Gidado, Y., Baba, M. C., Andersson, N., & Cockcroft, A. (2020). Factors associated with short birth interval in low- And middle-income countries: A systematic review. BMC Pregnancy and Childbirth, 20(1), 1–17. https://doi.org/10.1186/s12884-020-2852-z

Saenz de Tejada, S. (2013). Análisis de la situación: Revisión bibliográfica de 18 comportamientos prioritarios.

Saenz de Tejada, S., & Figueroa, M. E. (2017). "Abriendo la mentalidad": Investigación formativa sobre aspiraciones y dinámica familiar en relación a la higiene y nutrición.

Schultz, C., Larrea, N., Celada, M., & Heinrichs, G. (2018). A Qualitative Assessment of Community Attitudes and Barriers to Family Planning Use in the Trifinio Region of Southwest Guatemala. Maternal and Child Health Journal, 22(4), 461–466. https://doi.org/10.1007/s10995-018-2479-0

CUADRO 9: DEMORAR EL PRIMER EMBARAZO

INDIVIDUAL: COGNITIVO

- Conocimientos

Los adolescentes deben contar con la educación, los recursos y las habilidades que necesitan para tomar decisiones responsables e informadas, pero el 70% de los estudiantes en América Latina no tienen acceso a una educación sexual integral. Esta es de suma importancia para ayudar a los adolescentes a retrasar el inicio de las relaciones sexuales, reducir las posibilidades de embarazo no deseado y no planificado y aumentar la edad de la anticoncepción. Los adolescentes de las zonas rurales y los que pertenecen a los estratos socioeconómicos más bajos tienen poco acceso a una educación de calidad, atención médica y los medios necesarios para ser adquirir conciencia de la carga del embarazo por el resto de sus vidas. La poca educación en este campo conduce a mayores posibilidades de embarazo adolescente, lo que a su vez causa el abandono escolar, resultando en un círculo vicioso de generaciones de madres adolescentes (Dongarwar & Salihu, 2019).

A pesar de que, en promedio, las indígenas tienen su primera relación sexual dos años antes que su primera unión, sus familias persisten en no orientarlas con relación a su sexualidad. Los estudios consultados coinciden que en casa no se habla del sexo. Se ha documentado que los padres evitan hablar "de eso" y que no es inusual considerar que cualquier conversación sobre sexualidad sea "sucia", infundiendo un sentido de vergüenza sobre el tema. Las familias evitan estos temas por temor a inducir a sus hijos a relaciones prematrimoniales y a la convicción que del sexo se aprende sobre la marcha, una vez en unión. Es común que se crea que hablar con los padres sobre la sexualidad es una falta de respeto. Dada la reticencia de sus padres, los jóvenes buscan información de otras fuentes, muchas de ellas poco confiables (Saenz de Tejada, 2013).

- Actitudes, creencias

A pesar de la incompatibilidad del uso de anticonceptivos en la cultura maya, parece haber una fuerte necesidad entre las mujeres mayas de controlar su fertilidad. En 2009, se encontró que el 18,8% de las mujeres sin educación ya tenían más hijos que su tamaño ideal, en comparación con solo el 4,5% de las mujeres con el nivel más alto de educación. De hecho, al momento del estudio, el 41,7% de las mujeres indígenas casadas expresaron que ya no deseaban tener más hijos, y el 31% de las mujeres casadas que actualmente no usaban anticonceptivos expresaron el deseo de posponer o evitar el embarazo. Muchos mayas reconocen el peligro de tener hijos más allá de su capacidad para mantenerlos de manera adecuada. Para controlar su fertilidad, evitando al mismo tiempo el estigma asociado con los métodos anticonceptivos modernos, muchos mayas han recurrido al método del ritmo. Sin embargo, este método no es confiable, y la mayoría de los mayas lo usan incorrectamente (Festa & Shirazian, 2018).

El conservadurismo social, presente en todo el país, es imperante: la sexualidad sigue siendo un tema tabú. Cuando se le aborda, se hace con énfasis en lo puramente biológico, obviándose la parte emotiva. Incluso la menstruación, en especial la menarquía, no se siempre se aborda abiertamente. De modo que no sorprende que la mayoría de los adolescentes hablen del sexo y con temor y vergüenza, mostrando bastante reticencia o incomodidad,

aunque parecen saber más de lo que expresan. Con frecuencia persiste la idea que es el hombre quien debe decidir si se usa algún método anticonceptivo y muchas veces éstos exigen que la primera relación sea libre de protección, como "prueba de amor." (Saenz de Tejada, 2013).

Varios de los informantes dijeron que el hecho de que las adolescentes tengan hijos a temprana edad las hace ser buenas mujeres, porque si no tienen hijos son estériles y no sirven (FLASCO Guatemala, 2016).

En el 2006 se realizó una investigación formativa sobre espaciamiento óptimo de embarazos y edad del primer embarazo. Se entrevistó a jóvenes de 15-19 y 20-29 años, de ambos sexos y provenientes de cinco de las siete regiones del país y a proveedores de salud. Se encontró que la actitud hacia la abstinencia sexual varía entre un género y otro: en tanto las jóvenes no le ven ninguna desventaja, los jóvenes piensan que les limita canalizar su deseo sexual y que eventualmente podría hacerles surgir inseguridad de estar con una mujer y poner en duda su masculinidad. También hay diferencias de género en las actitudes hacia el condón: en tanto los varones consideran que lo pueden usar todas las personas sexualmente activas, las mujeres piensan que son innecesarios en un contexto de fidelidad y algunas rechazaron su uso por creencias religiosas. La percepción de riesgo en su uso varía por género: ellos decían que si no se usa adecuadamente la mujer puede quedar embarazada, en tanto ellas consideraron que el riesgo es que el condón quede dentro de sus cuerpos y les provoque la muerte (Saenz de Tejada, 2013).

La comunidad ejerce una fuerte presión en cuanto al uso del condón, ya sea porque lo perciben como pecado o porque lo asocian a una falta de respeto y pérdida de la moral y de las costumbres tradicionales. Las prácticas generalizadas y colectivas de castigos, expulsiones y de violencia ejercen un fuerte control sobre la juventud. El condón, a pesar de ser conocido y de amplia distribución, es poco usado debido a tabús, la vergüenza de ir a comprarlos y la percepción de que reduce la sensibilidad en la relación sexual. Se piensa que su uso denota infidelidad y falta de confianza, lo cual dificulta la negociación del condón entre las parejas. Además, está la idea que cuando la mujer se casa su cuerpo le pertenece al hombre y sus derechos a opinar sobre el mismo se restringen (Saenz de Tejada, 2013).

Varias participantes estaban utilizando métodos tradicionales. Una mujer, por ejemplo, había utilizado un método tradicional durante su primer año de matrimonio para retrasar el embarazo. Sin embargo, a pesar del uso exitoso de un método tradicional, la ENSMI/DHS la se clasificaría como que tiene una necesidad insatisfecha.

- *"Bueno, nosotros [mi esposo y yo] estábamos pensando que era hora de que tuviéramos un hijo, después de un año de estar casados. Así uno está un poco más preparado económicamente. O tal vez ya con las cosas necesarias. Porque cuando una ya está embarazada... o una simplemente se reúne y queda embarazada, una no está lista. Entonces, estábamos decidiendo que era mejor esperar un poco, obtener un poco de dinero y así […] Al principio usamos el collar [método del ritmo]"* (Khalil & Richardson, 2019).

La mayoría de los participantes identificaron las edades de 18 a 24 años como el momento ideal para iniciar la maternidad. Las mujeres dijeron que a esa edad el cuerpo de una mujer ya se ha desarrollado suficientemente, lo que hace que el parto sea más seguro. Otra creencia preponderante fue que retrasar la maternidad les da a las mujeres más tiempo para madurar, terminar sus estudios y tener sus propias profesiones e ingresos en caso de problemas matrimoniales (Schultz et al., 2018).

¿Hasta qué punto la maternidad temprana es vista como una parte inevitable, no sólo de estar en unión sino de la vida? En muchas comunidades, las uniones de adolescentes, el embarazo y la maternidad no se perciben como limitantes o negativas. En muchas regiones hay pocas oportunidades educativas o laborales para las mujeres, y dado que las normas culturales guatemaltecas apoyan firmemente la maternidad temprana, las mujeres jóvenes pueden considerar que unirse y convertirse en madres sea su mejor opción. Además, en muchas comunidades indígenas y rurales, la unión temprana y la maternidad son a menudo la única opción para las jóvenes, especialmente dada la falta de autonomía de las mujeres indígenas y su creencia de que las mujeres están predestinadas a tener un cierto número de hijos (Figueroa et al., 2006).

- Valores
- Percepción de riesgo
- Percepción de gravedad
- Percepción de las normas
- Autoimagen
- Locus de control

INDIVIDUAL: EMOCIONAL

- Respuesta emocional
- Empatía
- Autoeficacia

INDIVIDUAL: SOCIAL

- Apoyo social
- Abogacía personal

HOGAR

- Madre, cuidadora
- Padre, pareja
- Suegra, abuelas
- Toma de decisiones
- Distribución de tareas
- Normas sociales
- Violencia
- Apoyo y recursos
- Estimación de costos
- Servicios de WASH

En un estudio de 2018 en **Etiopía e India**, las jóvenes expresaron sentimientos de impotencia en la negociación del uso de anticonceptivos debido al temor de molestar a las parejas y suegros. En algunos casos, la presión para dar a luz llevó a los suegros y parejas a usar la violencia contra las niñas. Temerosas del divorcio y de la vergüenza que provoca, las niñas accedieron a las presiones para dar a luz inmediatamente después del matrimonio (Malhotra & Elnakib, 2021).

COMUNIDAD

- Líderes
- Participación comunitaria
- Organi-zaciones
- Capital social
- Acceso a recursos
- Normas sociales
- Violencia
- Eficacia colectiva

SERVICIOS

- Proveedores
- Suministros
- Acceso
- Comunicación interpersonal
- Destrezas técnicas
- Calidad
- Productos, tecnologías

En América Latina la mayoría de las mujeres tienen su primer hijo antes de cumplir los 20 años, lo que refleja deficiencias generales en los servicios de salud sexual y reproductiva para amplios sectores de estas poblaciones (Greene, 2019)

ESTRUCTURAL

- Pobreza
- Transporte

Las adolescentes centroamericanas de un nivel socioeconómico bajo tenían más probabilidades de haber tenido relaciones sexuales o de haber estado alguna vez en una unión, y tenían menos probabilidades de haber usado un anticonceptivo moderno, que las adolescentes en los grupos socioeconómicos más altos. En **Nicaragua**, las adolescentes más pobres también tenían más probabilidades de haber dado a luz que aquellas con un estatus socioeconómico medio o alto. Estos hallazgos son consistentes con investigaciones previas que demostraron la importancia del nivel educativo de las adolescentes, el estatus socioeconómico y la edad en el inicio de uniones, actividad sexual y maternidad (Samandari & Speizer, 2010).

La pobreza, que va de la mano con una baja escolaridad, es otro determinante importante de la maternidad adolescente. La proporción de mujeres de 20 a 24 años que eran madres adolescentes disminuye constantemente con el aumento del nivel socioeconómico. El 62% de las mujeres más pobres menos dieron a luz cuando eran adolescentes, en comparación con el 52% de las que estaban en el rango de ingresos medios y el 27% de las más ricas. Dado que las mujeres indígenas y rurales son especialmente propensas a ser pobres, corren el mayor riesgo de dar a luz a una edad muy temprana (Figueroa et al., 2006).

Es importante comprender el contexto en el que se produce la maternidad temprana para poder abordar el problema de manera efectiva. Por ejemplo, es probable que las mujeres que dan a luz en la adolescencia sean pobres y que la maternidad temprana puede crear más desventajas económicas y sociales. Las mujeres que comienzan a tener hijos a una edad temprana tienden a tener familias más grandes y estas madres muy jóvenes y sus hijos a menudo no pueden salir de la pobreza (Figueroa et al., 2006).

- Empleo
- Geografía
- Educación, edad

En Guatemala el número de embarazos de adolescentes es preocupante y, en algunos casos, se utiliza como un indicador para dar cuenta del subregistro los matrimonios arreglados, porque la mayoría de las veces estos matrimonios son de uniones informales. En el 2019 hubo 114,858 embarazos adolescentes entre niñas de entre 10 y 19 años, y 99,656 desde enero hasta principios de diciembre de 2020, según el OSAR (Fernández Simon, 2021).

En su estudio multinacional de 2013 en el **sur de Asia**, se encontró que las novias infantiles tenían más probabilidades de tener embarazos tempranos y no deseados, y menos probabilidades de usar anticonceptivos, siendo este especialmente el caso entre aquellas casadas antes de los 15 años (Malhotra & Elnakib, 2021).

La mayor parte de las mujeres en América Latina que contrajo matrimonio durante la infancia dio a luz antes de los 18 años, y más de 8 de cada 10 antes de los 20 años (UNICEF, 2017).

El embarazo temprano puede restringir severamente las oportunidades educativas de las jóvenes y limitar sus perspectivas de empleo. Por el contrario, dada la relación entre escolaridad y nivel de vida, las mujeres que retrasan su primer parto hasta después de la adolescencia pueden ir a la escuela por más tiempo, lo que les permite tener más autonomía y determinación en su futuro y el de sus hijos (Figueroa et al., 2006).

En Guatemala, como en gran parte del mundo en desarrollo, cuando las mujeres forman uniones tempranas, también empiezan a tener hijos a una edad temprana. En general, el 44% de las mujeres de 20 a 24 años en 2002 habían tenido un bebé antes de los 20 años; apenas 7% menos que en 1995. Sin embargo, la ya baja proporción de partos antes de los 15 años se redujo en un tercio entre 1995 y 2002, del 4% a menos del 3% (Figueroa et al., 2006).

Desde el año 2006 el Ministerio de Educación tiene el mandato legal de ofrecer educación sexual, pero más de la mitad de los jóvenes siguen sin recibirla. Además, los esfuerzos de educar a los jóvenes tienden a no ser evaluados (Saenz de Tejada, 2013).

- Etnicidad
- Normas sociales
- Medios masivos
- Infraestructura de WASH
- Migración

En Gualán dijeron que debido a que no se puede mantener un fuerte control parental, muchas adolescentes se han vuelto promiscuas, lo que ha llevado a un aumento en la maternidad en niñas de tan solo 12 o 13 años. Para muchas niñas, engancharse con un nuevo migrante retornado parece ser su boleto de salida de Gualán (Moran-Taylor, 2008).

- Seguridad
- Agricultura
- Seguridad alimentaria

- Sistemas de salud
- Gobernanza

INTERVENCIONES

- Enfoque
- Resultados

Desde el 2004 el Population Council se ha venido realizando una intervención para lograr "espacios seguros" para niñas mayas de siete grupos étnicos en más de 40 comunidades rurales. Las niñas del programa Abriendo oportunidades se dividen por edad en cohortes (8 a 12 y 13 a 18) y participan en un programa de actividades específicas del ciclo de vida. Por medio de talleres que se llevan a cabo con las niñas y sus madres se incluyen sesiones sobre autoestima, habilidades para la vida cotidiana, desarrollo de aspiraciones y planificación del futuro y salud sexual y reproductiva. El programa ha tenido un efecto transformador: "el acceso de las niñas a modelos positivos de roles en la comunidad está aumentando, sus fuentes de apoyo social están creciendo, están ganando confianza y autoestima y están aprendiendo nuevas habilidades". La intervención ha logrado que más niñas permanezcan en la escuela, ha aumentado su autoestima y autonomía y ha logrado retrasar la edad del primer nacimiento: solo el 3% de las jóvenes (15-19 años) tuvieron un hijo durante el programa, comparado con el 22% a nivel nacional (Saenz de Tejada, 2013).

- Recomendaciones

DATOS, COMPORTAMIENTOS

Del total de nacimientos ocurridos en 2017 (383,223), el 19% fue de madres de entre 10 y 19 años, porcentaje que se ha mantenido similar durante los últimos 8 años. Sin embargo, las estadísticas indican que 2,004 niñas entre 10 y 14 años fueron madres, es decir un 1 % del total. El dato resulta sumamente preocupante, ya que para la legislación de Guatemala estos casos representan violaciones sexuales (UNFPA, 2020).

Los abusos y violaciones a las poblaciones más jóvenes también se pueden relacionar con las uniones tempranas o infantiles. Al considerar las madres adolescentes según su estado civil o conyugal, se verifica que en 2017 el 88.7% de madres de 10 a 19 años eran solteras (65,961 del total) (UNFPA, 2020).

Para muchas jóvenes guatemaltecas, en especial las del área rural, la maternidad continúa siendo su única opción de vida. A pesar de los avances en educación, la cobertura nacional de mujeres en el ciclo básico fue apenas del 36% y del 21% en el diversificado (UNICEF, 2019) La falta de educación incide en la falta de información para que puedan protegerse, no sólo de un embarazo, sino también de enfermedades de transmisión sexual y de VIH: el 23% de los casos corresponde a jóvenes entre 15 y 24 años, y de éstos el 22% corresponde a población indígena. Las adolescentes son especialmente vulnerables: la razón hombre-mujer

en casos de VIH entre 15-19 años es 1:3.4 (UNICEF, 2019). La tasa de embarazo adolescente en Guatemala se estima que es de 98 por cada mil mujeres de 15-19 años, una cifra arriba del promedio de América Latina y el Caribe (52/1000) (Saenz de Tejada, 2013).

Ilustrando claramente las expectativas culturales de que las mujeres jóvenes comienzan sus familias poco después de entrar en una unión, muy pocas adolescentes en unión practican la anticoncepción antes de haber tenido un hijo: el 3% de aquellas que aún no tienen hijos usa un método moderno, en comparación con el 25% de los que ya han tenido uno (Figueroa et al., 2006).

Cuando la necesidad de anticoncepción no se satisface, inevitablemente se dan lugar a embarazos no planificados. Aunque la mayoría de los partos de mujeres de 15 a 19 años en Guatemala están planeados, una proporción creciente es inoportuna (se desea, pero en una fecha posterior) o no se quiere en absoluto. En general, el 29% de los nacimientos recientes (en los últimos cinco años) a los de 15 a 19 años en 2002 no fueron planificados, un aumento del 24% reportado en 1995 (Figueroa et al., 2006).

INVESTIGACIÓN

- Brechas

REFERENCIAS

Dongarwar, D., & Salihu, H. M. (2019). Influence of Sexual and Reproductive Health Literacy on Single and Recurrent Adolescent Pregnancy in Latin America. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 32(5), 506–513. https://doi.org/10.1016/j.jpag.2019.06.003

Fernández Simon, M. (2021, March 8). Child marriage is on the rise during the pandemic. Here's how one girl fought for her freedom in Guatemala. The Lily.

Festa, J., & Shirazian, T. (2018). Family planning methods among Mayan women in Guatemala and the challenges facing the indigenous population. In D. Schwartz (Ed.), Maternal death and pregnancy-related morbidity among indigenous women of Mexico and Central America: An anthropological, epidemiological, and biomedical approach (pp. 635–650). Springer International.

Figueroa, W., Lopez, F., Remez, L., Prada, E., & Drescher, J. (2006). Early childbearing in Guatemala: a continuing challenge. In In brief (No. 5; 2006, Issue 5).

FLASCO Guatemala. (2016). ¡Me cambió la vida! Uniones, embarazos y vulneración de derechos en adolescentes.

Greene, M. E. (2019). Una realidad oculta para niñas y adolescentes. Matrimonios y uniones infantiles, tempranas y forzadas en América Latina y el Caribe. Reporte regional. https://osarguatemala.org/una-realidad-oculta-para-ninas-y-adolescentes-matrimonios-y-uniones-infantiles-tempranas-y-forzadas-en-america-latina-y-el-caribe/

Khalil, I., & Richardson, E. Z. (2019). "When you least expect, this happens, it's already growing": Problematizing the definition of unmet need for family planning. Open Access Journal of Contraception, Volume 10, 7–18. https://doi.org/10.2147/

oajc.s184909

Malhotra, A., & Elnakib, S. (2021). Evolution in the Evidence base on child marriage 2000-2019.

Moran-Taylor, M. J. (2008). When mothers and fathers migrate north: Caretakers, children, and child rearing in Guatemala. Latin American Perspectives, 35(4), 79–95. https://doi.org/10.1177/0094582X08318980

Saenz de Tejada, S. (2013). Análisis de la situación: Revisión bibliográfica de 18 comportamientos prioritarios.

Samandari, G., & Speizer, I. S. (2010). Adolescent sexual behavior and reproductive outcomes in Central America: Trends over the past two decades. Int Perspect Sex Reprod Health, 36(1), 26–35. https://doi.org/10.1363/ipsrh.36.026.10.Adolescent

Schultz, C., Larrea, N., Celada, M., & Heinrichs, G. (2018). A Qualitative Assessment of Community Attitudes and Barriers to Family Planning Use in the Trifinio Region of Southwest Guatemala. Maternal and Child Health Journal, 22(4), 461–466. https://doi.org/10.1007/s10995-018-2479-0

UNFPA. (2020). Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en Guatemala. Implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adelscentes en países de América Latina y el Caribe-M1 1.0.

UNICEF. (2017). Statistical Update. In Children and AIDS: Statistical Update December 2017. http://circle.adventist.org/files/jae/en/jae201072055203.pdf

UNICEF. (2019). Perfil del matrimonio infantil y las uniones tempranas en América Latina y el Caribe.